

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UN AÑO DE SERVICIO SOCIAL EN LA
COMUNIDAD DE SANTA RITA
DEPARTAMENTO DE COPAN 1973

TESIS

PRESENTADA POR EL

BR. JOSE ERNESTO MENDOZA CARIAS

PREVIO A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

614
M 53

OCT. 16 1975

TEGUCIGALPA, D. C.

AGOSTO DE 1975

HONDURAS, C. A.

Rovillo

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UN AÑO DE SERVICIO SOCIAL EN LA
COMUNIDAD DE SANTA RITA
DEPARTAMENTO DE COPAN 1973

TESIS

PRESENTADA POR EL

BR. JOSE ERNESTO MENDOZA CARIAS

PREVIO A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

Facultad de Ciencias Médicas

JURADO EXAMEN PUBLICO

DR. JULIO CESAR BATRES P.

DR. MARCIAL VIDES TURCIOS

DR. RENE DIAZ SALINAS

SUSTENTANTE

BR. JOSE ERNESTO MENDOZA CARIAS

ASESOR

PROF. EFRAIN ORDOÑEZ

AGOSTO 1975

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

A U T O R I D A D E S

RECTOR ;	Lic. Jorge Arturo Reina
SECRETARIO ;	Lic. René Alidio Murillo
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS :	
DECANO ;	Dr. Juan Almdarez Bonilla
VICE-DECANO ;	Dr. Dagoberto Espinoza M.
SECRETARIO ;	Dr. Pablo José Cámbar
PRO-SECRETARIO ;	Dra. María Luisa de Solerzano
VOCAL ;	Dr. Manuel Figueroa
VOCAL ;	Dr. Marco Bográn
VOCAL ;	Br. Oscar Montoya
VOCAL ;	Br. Rolando Cerrales
VOCAL ;	Br. Adelmo Arita
VOCAL ;	Br. Guillermo Ayes

* * * * * - * * * * *

S U M A R I O

INTRODUCCION.

- A. CAPITULO I ; ASPECTOS GEOGRAFICOS Y EDUCATIVOS
- B. CAPITULO II ; ASPECTOS DE SALUD
- C. CAPITULO III ; PROYECCION DEL MEDICO EN SERVICIO SOCIAL HACIA LA COMUNIDAD.
- D. CAPITULO IV ; RECOMENDACIONES

* * * * * - * * * * *

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

La presente tesis tiene como finalidad primordial la valoración, desde el punto de vista médico social; de la comunidad municipal de Santa Rita de Copán.

Basados en las tesis previamente elaboradas por los Médicos en Servicio Social, que han trabajado en los dos últimos años, en el mencionado lugar, es que nos atrevemos a presentar a consideración del Tribunal, el presente trabajo.

Para su realización se ha tomado muy en cuenta el diagnóstico de Salud que hemos encontrado ya hecho; y de antemano, no hemos querido realizar un nuevo estudio, considerando que la comunidad a que hacemos referencia ha sufrido muy pocos cambios en todos los aspectos de la vida humana; de hecho podemos decir que las instituciones sociales, como los problemas culturales, económicos, políticos, de salud, educación, religiosos y de relaciones humanas, se mantienen y se han mantenido con muy pocos cambios durante los ciento treinta y cuatro años -- que la población tiene de ser cabecera municipal.

El fenómeno de la prevalencia de los problemas, arriba mencionados no es particular a ésta población, sino que se puede tomar co

(II)

mo una muestra de la situación general del país, en los que el subdesarrollo, con la cantidad de dificultades que trae consigo, hace que el país se encuentre en una pendiente cada vez más inclinada hacia el atraso, en comparación a otros países los cuales gozan de un estatus de desarrollo mucho mayor que el nuestro.

Durante el desarrollo de esta tesis analizaremos los distintos aspectos sociales que he tenido la oportunidad de observar a través de mis funciones como Médico en Servicio Social durante el año de 1973.

La cantidad y complejidad de los problemas que se afrontan durante el desempeño de las labores antes mencionadas son múltiples y variadas, interviniendo una serie de factores y si a esto interviene una población que posee en su gran mayoría una deficiencia física y mental marcadamente acentuada, tenemos que el médico, como factor de cambio, se ve obligado, muy a su pesar, a ver cómo, seres humanos que como tales tienen derecho a una mejor vida, se encuentran en estados realmente lamentables desde el punto de vista de salud, de educación, economía, cultural, etc.

ASPECTO GEOGRAFICO

CAPITULO No.1:

Santa Rita de Copán está ubicada en el extremo occidental del Departamento de Copán formando junto con el municipio de Cabañas y Copán Ruinas el Distrito de Santa Rita de Copán.

Aproximadamente está a una altura de 2,200 pies sobre el nivel del mar, el clima es agradable, templado durante todo el año,

Límites Geográficos Políticos:

Límite con los municipios de Copán Ruinas, El Paraíso, Cabañas, pertenecientes al Departamento de Copán.

Vías de Comunicación :

Santa Rita de Copán, tiene comunicación con el Occidente de el país y la Costa Norte, a través de una carretera, que partiendo desde la población de la Entrada, municipio de el Departamento de Copán, crusa el municipio de Florida y continúa hasta la frontera con el vecino país de Guatemala. Esta carretera no es pavimentada pero transitable durante todo el año, teniendo una extensión de 54 Km. Además hay comunicación terrestre con el vecino municipio de Cabañas con un tramo carretero de 6 Km. en el cual no es transitable durante la época lluviosa.

Por vía aérea Santa Rita de Copán tiene comunicación con el resto del país, cuenta con un campo de aviación situado a 6 Kms., que está ubicado en el vecino municipio de Copán Ruinas.

Existe comunicación telegráfica y una oficina de correos. Recientemente y por medio del Ministerio de Comunicaciones se ha instalado en el municipio de Copán Ruinas distante, 8 Kms. una estación de Radio-Telefonía muy eficiente.

Población :

La población del municipio de Santa Rita de Copán, está comprendida entre un casco urbano, aldeas y caceries aledaños. Se encuentran al rededor de 29 aldeas y 35 caceries circundando al municipio.

La distribución de la población de acuerdo al número de viviendas es la siguiente; la población se distribuye de 226 familias ubicadas en 200 casas con una población de 1338 habitantes.

C U A D R O N O. I

Distribución de la población de Santa Rita de Copán por grupos de edad, sexo, número y porcentaje, 1973.

Grupo de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menores de 1 año	21	1.56	30	2.25	51	3.81
1 - 4 años	75	5.60	89	6.65	164	12.25
5 - 14 años	194	14.50	207	15.45	401	29.97
15- 44 años	258	19.27	310	23.17	568	42.44
45- 64 años	55	4.10	61	4.56	116	8.66
Mayores de 65 años	16	1.19	22	1.65	38	2.84
Total	619	46.22	719	53.75	1338	100

C U A D R O NO. 2

Distribución de la población de Santa Rita de Copán, de acuerdo a su ocupación.

Ocupación	No.	%
Telegrafistas	1	0.13
Sastres	1	0.13
Barbero	1	0.13
Herrero	1	0.13
Radio Técnico	1	0.13
Cohetero	1	0.13
Sacerdote	1.	0.13
Agrómonos	2	0.25
Modistas	2	0.25
Bachilleres	5	0.67
Albañiles	5	0.67
Mecánicos	7	0.93
Zapateros	9	1.20
Carpinteros	5	0.67
Secretarias Comerciales	10	1.34
Motoristas	12	1.61
Estudiantes Secundaria	18	2.41
Comerciantes	22	3.60
Maestros de Educación Primaria	21	2.81
Agricultores y Ganaderos	(20)	2.68
Oficios Domésticos	356	47.78
Labradores	(246)	33.02
T O T A L	746	100

ECONOMIA Y ACTIVIDADES.

En la mayoría de las comunidades rurales de nuestro país, la economía se basa en la producción de elementos obtenidos a través del trabajo de la tierra. La industria desde todo punto de vista se encuentra sin ninguna explotación.

El principal ingreso económico de la población proviene del cultivo y comercialización del tabaco, el cual es el principal rubro de producción.

De igual manera pero en menor escala se cultiva café, legumbres y gramíneas.

La ganadería ha ocupado desde hace algunos años un renglón importante en la obtención de recursos económicos para la población. Sin embargo a pesar de que se obtienen pingües ganancias a través de la producción y comercialización de los productos mencionados la diferencia económica entre los que poseen la tierra y el ganado, la población campesina la que se encarga de trabajos de una categoría inferior, es abrumadora.

Se puede ver que ciertas familias obtienen ganancias anuales que superan muchas veces la cantidad necesaria para una vida cómoda y decorosa, mientras que el grupo grueso de la población se encuentra desde el punto de vista económico en un estado realmente lamentable.

Esta familias paupérrimas, muy numerosas tienen un ingreso anual que cuando las condiciones del clima y los factores propios -- del cultivo, principalmente del tabaco son favorables es de unos --- Lps.200.00. Generalmente la cantidad de dinero obtenida por pago de una jornada diaria de trabajo que muchas veces llega a las 10 hrs.os cila entre L.0.80 (ochenta centavos de lempira) y L.150 (un lempira cincuenta centavos).

La mayor parte de la población trabaja en el cultivo del tabaco durante ocho meses al año (período comprendido entre septiembre a mayo), como peones, recolectores etc. en tierras que pertenece a propietarios que son los encargados de comercializar la cosecha.

EN CONCLUSION.

La población de Santa Rita de Copán, desde el punto de vista económico no difiere de la situación general del país, en la cual, unas minorías detenta el poder económico en perjuicio de la gran mayoría, la cual posee unos recursos económicos sumamente escasos. Hay que hacer notar que esta gran mayoría posee limitaciones ancestrales económicos, culturales, de salud, etc. que la hacen presentarse desventajosamente en la lucha diaria por la supervivencia.

LA EDUCACION.

La niñez de Santa Rita de Copán recibe la enseñanza primaria en un vetusto edificio denominado Escuela Primaria Mixta Rodrigo A. Cas

tañeda. La enseñanza primaria es servida por ochoa maestros de Educación Primaria.

Las condiciones físicas del plantel donde se imparte la educación primaria se encuentran en un estado verdaderamente lamentable. El Edificio está semidestruido, siendo un obstáculo poderoso para el buen desarrollo de las actividades propias de una escuela, y lo que es más, presenta un serio peligro para la integridad física de los educadores y educandos.

Por ejemplo; el espacio necesario para dar cabida a los alumnos es extremadamente reducido, algunas paredes y el techo estan a punto de derrumbarse, de tal manera que el profesorado y el alumnado permanecen en una constante zozobra temiendo que de un momento a otro pueda desprenderse un segmento de pared que los dañe físicamente.

El edificio de la escuela tiene cuatro aulas, presentando como es de sospechar, dificultades en la disposidón de los alumnos para recibir clases, puesto que en ella funcionan sus seis grados. Hay unicamente dos servicios sanitarios y una llave de agua corriente que frecuentemente se encuentra en mal estado, trayendo consigo las inevitables consecuencias de desaseo y contaminación.

Sobre este panorama desalentador se vislumbra una notable mejoría para un futuro cercano, ya que en éste momento está por terminar

se un moderno, funcional, aunque sencillo edificio que albergará las instalaciones de la escuela, construida con el aporte del patronato - creado a tal efecto y CARE de Honduras, y con la cooperación de la municipalidad.

La matrícula inicial para el año académico de 1973, fué de 360 alumnos y la matrícula final fué de 219 alumnos, habiendose examinado 198 alumnos de los cuales 165 fueron aprobados y 33 reprobados - el grado. Los cien restantes desertaron durante el año académico en distintas épocas.

RAZONES

$$\text{Razón No. 1} \quad \frac{\text{No. de Aulas Escolares}}{\text{No. de Alumnos}} \times 100 = \frac{4}{360} \times 100 = 1.01$$

$$\text{Razón No. 2} \quad \frac{\text{No. de Maestros}}{\text{No. de Alumnos}} \times 100 = \frac{8}{360} \times 100 = 2.2$$

Según muestran las razones No.1 y No.2, existen 1.01 aulas para cada 100 alumnos, y que hay 2.02 maestros por cada 100 alumnos.- Analizando los datos nos damos cuenta que el personal que imparte la enseñanza tiene grandes problemas para cumplir su función de una manera adecuada, ya que cada grado está compuesto por un número excesivo de alumnos. Los materiales didácticos de la escuela son escasos y los

que hay no son apropiados puesto que ya están muy viejos. En las condiciones que se encuentra la educación en Santa Rita de Copán, vemos que no constituye una motivación agradable para que los niños tengan interés para asistir a la escuela, manifestándose en alto grado de deserción que presentó un 27.7% de la matrícula inicial.

No solo las condiciones físicas de la escuela, el acinamiento en que se recibe enseñanza y la escases de maestros hacen que los alumnos dejen de asistir a clases, sino que también algunos padres dejan de enviar los hijos a la escuela, para ocuparlos como ayudantes en sus labores diarias o simplemente, no les pueden brindar los materiales indispensables para que puedan recibir instrucciones.

CAPITULO NO. 2.

Salud :

Los datos sobre este aspecto fueron obtenidos de la estadística diaria de consulta servida durante los meses comprendidos entre marzo 1973 y febrero 1974. Los datos que se muestran revelan las condiciones precarias en que se encuentra la salud en nuestro país y son un reflejo de la situación general que prevalece en casi todas las poblaciones rurales donde las condiciones culturales, económicas etc. hacen que la población campesina sufra de padecimientos que merman la capacidad para trabajar, aprender, desarrollarse socialmente y lo más impor-

tante es que hacen que la expectativa de vida de la niñez sea sumamente reducida. Hay que hacer notar que las autoridades sanitarias están haciendo un esfuerzo para reducir en la medida de lo posible la incidencia de enfermedades infecto contagiosas que azotan la población rural, principalmente las enfermedades exantemáticas que durante muchos años han llevado a la tumba gran cantidad de niños, los cuales pudieron ser salvados con un control adecuado.

Sin embargo la cantidad y complejidad de los problemas sanitarios sobrepasan en muchos los recursos económicos y humanos de que disponen las autoridades, lo que hace que la labor de los que hemos tenido la oportunidad de servir en las poblaciones rurales como médicos en servicio social sea verdaderamente titánica ya que nos encontramos con barreras muy difíciles de vencer dada la calidad humana de los individuos a los que tratamos. No quiero decir que no tengan la capacidad mental para comprender la situación desesperante que los aflige, sino que las condiciones socio-económicas en que se desenvuelven son tan estrechas, que lo único posible por hacer es luchar por sobrevivir, resolviendo las necesidades más elementales únicamente.

Durante estuve desempeñando la labor de médico en servicio social me tocó ser partícipe de campañas masivas de vacunación, como parte del programa de control de las enfermedades que más afectan la niñez de nuestras poblaciones y que, año con año, dejan una estela de muertes.

Vacunaciones contra las enfermedades de Sarampión, Tosferina, Difteria, Tétanos y Poliomielitis, si bien es cierto que con estos programas se han eliminado causas de Morbi-Mortalidad, el grueso de los padecimientos que constituyen las enfermedades gastro intestinales, incluyendo las multiparasitosis y las infecciones bacterianas, siguen siendo un problema sumamente difícil de afrontar, porque la solución a este problema sería el adecuado manejo del Saneamiento Ambiental.

El cuadro No.3 nos muestra las principales causas de morbilidad por grupos de edad, número y porcentaje en Santa Rita de Copán durante el año de 1973.

C U A D R O NO.3

Principales causas de Morbilidad por grupos de edad, número y porcentajes. Santa Rita de Copán 1973.

Enfermedad	Menores de 1 año	1-4	5-14	Mayores 15 años	Total	%
Parasit. Intestinal	67	249	244	212	772	30.33
Bronquitis A.	124	197	104	172	597	23.46
Anemia	2	14	58	336	410	13.20
G.E.A.	69	127	26	19	241	9.46
Desnutrición	13	55	26	21	115	4.56
Neurósis	--	---	3	103	106	4.46
Piodermitis	25	40	24	23	112	4.40
Gripe	9	13	9	37	68	2.67
Conjuntivitis	12	24	10	13	59	2.31
Amigdalitis A.	1	5	20	24	50	1.96
Desinterfa	5	12	15	12	44	1.72
Leucorrea	--	---	--	20	20	0.78
Artritis Reumatoidea	--	---	3	6	9	0.39
Otitis Media	4	9	6	6	25	0.98

C U A D R O NO. 4

Principales enfermedades transmisibles por grupo de edad, número y porcentaje. Santa Rita de Copán 1973.

Enfermedad	Menores 1 año	1-4	5-14	Mayores 15 años	Total	%
G.E.A.	69	127	26	19	241	20.78
Gripe	9	13	9	37	68	5.85
Parasitismo Intin.	67	249	244	212	772	66.43
Desinterfa	5	12	15	12	44	3.78
T. B. C.	--	--	--	8	8	0.68
Tos ferina	10	12	2	--	24	2.06
Sífilis	--	--	--	2	2	0.17
Hepatitis	--	--	--	3	3	0.25
T O T A L					1162	100

Los cuadros Nos. 3 y 4, demuestran que las principales causas de Morbilidad son las enfermedades relacionadas con el tracto gastrointestinal siendo prácticamente mínimas las incidencia de otras enfermedades infecto-contagiosas. El grueso de la Patología está constituida por los procesos de infestación o infección Gastro Intestinal que se manifiestan en Síndromes Diarréicos a repetición. Es desconcertante para el médico en servicio social la situación, que se presentase casi constantemente, de hacer tratamiento tanto sintomático como específico, a repetición, en un mismo individuo para combatir la diarrea sin

conseguir una curación definitiva.

La causa de este proceso patológico tenga una incidencia tan marcada es que la orientación de los esfuerzos sanitarios se han llevado desde el inicio de una manera errónea, es decir que se ha tratado de combatir las consecuencias de una situación social y no precisamente la raíz del problema. Poniendo un ejemplo hablaremos de un niño de cualquier edad, que es visto por primera vez en la consulta con un proceso diarréico. Es examinado, estudiado con exámenes de laboratorio simples y rutinarios y se llega a un diagnóstico preciso de su patología en lo que se refiere a la cantidad y clase de parásitos que lo infestan. Se les dá tratamiento sintomático y específico con lo que se consigue que su cuadro remita rápidamente. Posteriormente, semanas después se evalúa el paciente y se encuentra que el niño tiene un cuadro similar o más grave que la vez anterior, si se practican de nuevo los exámenes encontramos que se encuentra infestado con los mismos parásitos que hemos tratado en la primera consulta. Esto demuestra que el tratamiento fué efectivo en principio, pero que el ambiente hogareño en que el niño se desenvuelve es esencialmente contaminado y que rápidamente el niño esta nuevamente expuesto a la contaminación y se vuelve a presentar el proceso.

El ejemplo referido es una muestra que se repite en innumerables

veces durante la función asistencial del médico, siendo causa de desaliento por que da la impresión de que el trabajo es estéril. Lo más grave del problema es que las medicinas que prescriben son variadas y costosas sin llegar a erradicar la enfermedad, además se va minando la economía de las instituciones encargadas de suministrar los medicamentos, hasta que llega un momento en que el Centro de Salud no tiene medicinas para prescribir, agrabandose aún más la situación. Es frecuente observar que la cantidad de medicinas enviadas por las autoridades es escasa, no guardando relación con la demandada por los pacientes a quienes se proporciona consulta. Si ha esto sumamos el tener que estar repitiendo constantemente el tratamiento al mismo paciente, la situación se hace verdaderamente desesperada.

Se entrevisté claramente que la orientación de la política de salud del país debe ser guiada en otros entidos, de tal manera que los problemas sean combatidos en sus orígenes y no en las consecuencias de los mismos. Los esfuerzos se harán en el sentido de mejorar totalmente las condiciones ambientales en que vive la población; por ejemplo, en las comunidades rurales no existen verdaderos servicios de agua potable; únicamente son servicios de gua corriente, que no tiene ningún tratamiento, sino que es traída directamente de las fuentes por tubería; tampoco hay ninguna disposición de las excretas en la mayor parte de las casas de habitación, como tampoco control de las basuras. La

conjunción de todos estos hechos hace que el flajelo de las enfermedades diarréicas se presente constantemente.

Desgraciadamente para tener un programa de saneamiento ambiental se necesita una labor de concientización de los individuos que componen la sociedad, pero esta labor no se ha llevado a cabo de manera efectiva, esto hace que las personas no tengan ningún conocimiento del peligro que representa para ellos y sus familias el vivir en condiciones lamentables de desaseo. Otro aspecto del problema es el que los servicios relacionados con el saneamiento ambiental son incumbencia de las autoridades municipales y estas no tienen la capacidad económica para resolver los múltiples problemas que la realización de proyectos de ingeniería conllevan. Se puede hacer labor de convencimiento de individuos e individuos explicándoles la causa de los problemas y la manera como resolverlos, pero si estos no tienen ni para mantenerse ellos mismos, solventando las necesidades más perentorias, mucho menos tendrán la capacidad económica para comprar materiales para la instalación de los servicios y peor aún pagar el impuesto que necesariamente se debe cobrar, --- con el fin de dar el mantenimiento adecuado a las instalaciones.

Desde estos puntos de vista el problema es grave, por un lado centralmente no se puede hacer nada, por la carencia de recursos económicos y por otro lado las personas no están interesadas en resolver su problema

y los que si se interesan están demasiado ocupados en sobrevivir. Se trata de abordar el problema con medidas paliativas unas de las cuales que ha tenido mucho auge en los últimos años es la instalación de letrinas. Este proyecto se ha llevado a cabo a nivel nacional. Se ha hecho labor de concientización a través de reuniones con la comunidad, se ha obtenido el material necesario para la construcción de las letrinas y se han instalado las mismas, pero una vez instaladas y al pasar algunos meses se descubre que las letrinas no son manejadas adecuadamente, por ejemplo efectuar las necesidades fisiológicas fuera de las mismas, no mantener cerradas debidamente las puertas de la instalación, no mantener limpio el lugar donde se encuentra situada la letrina. Todo esto al fin constituye más bien un foco de infección, que en vez de resolver los problemas los agrava.

En otras ocasiones las personas se muestran reacias a hacer las instalaciones para evitarse problemas con las autoridades o no contradecir las opiniones de médico a quien se le tiene mucho respeto, pero estas personas cuando se encuentran en sus hogares se olvidan de su responsabilidad y no hacen las instalaciones necesarias, se ha llegado en varios casos a que los materiales para la construcción de la letrina y más específicamente la plancha de cemento necesaria para su funcionamiento así como la madera permanecen por varios meses sin ser utilizadas a pesar de haber sido comprados por el jefe de la familia,

dando una muestra de el poco interés que tienen en manejar adecuadamente las excretas de la familia.

La Consulta en el centro de salud de Santa Rita de Copán fué servida tres veces a la semana durante los meses comprendidos entre febrero 1973 a enero 1974.

Los días destinados a la consulta fueron el lunes, miércoles y viernes. Para la atención de los pacientes se siguió el mecanismo que se describirá a continuación.

Todas las consulta se daban en base a un expediente familiar - que ya se encontraba hecho al comenzar las funciones de médico en servicio social y dentro de este cada individuo de la familia le correspondía un cuadro donde se anotaba los síntomas y hallazgos encontrados en cada consulta, Al presentarse un individuo que no tenía expediente se le abría otro cuadro correspondiente, asignándosele un número con el que se identificaba. Generalmente el expediente familiar estaba a nombre del jefe de la familia y en su defecto a nombre de la madre. Se manejó un archivo médico en el centro donde se encontraban todos los expedientes familiares, de tal manera que para dar consulta a cualquier paciente fácilmente se tenía a la mano su historial clínico con un resumen de sus padecimientos anteriores. Cada familia tenía asignado un número con lo que se conseguía localizar la carpeta respectiva para localizar cualquier miembro de ella.

Algunos adultos que no tenfa familia posefan un número que correspondía a una carpeta solo para dicho paciente.

Los pacientes de consulta que no eran de emergencia tenían la obligación de presentarse entre las 7:00 am. y las 8:00 am. cada uno de ellos era identificado en el archivo respectivo y en la hoja destinada para tal efecto, se anotaban los signos vitales, como temperatura pulso, respiraciones y presión arterial.

El orden de entrada al consultorio estaba regido por la secuencia de llegada de las paciente. La mayor parte de los días de consulta desde muy temprano en la mañana se encontraban los pacientes haciendo cola fuera del centro de salud. De esa manera eran pasados por las enfermeras del centro y ellas eran las encargadas de buscar las carpetas respectivas para cada paciente y anotar los signos vitales. Se limitaba la consulta a un miembro de cada familia por vez para los pacientes que recidieran en el casco urbano de la población ya que con esto se conseguía que las familias que venían de muy lejos con varias pacientes para ser visto en la consulta .

Ninguna vez se limitó el número de consulta, siempre fueron visfos todos los pacientes que se presentaron al día respectivo de la consulta, estó hacía que se evaluaran un promedio que oscilaba entre 40 y 60 pacientes por día de consulta.

El horario se iniciaba a las 8:00 am. y terminaba cuando todos

los pacientes eran vistos generalmente entre las 12:00 m. y las 2:00-
pm. algunas veces con breve descanso de media hora a medio día.

Las emergencias fueron vistas a cualquier hora, dándoseles --
prioridad con relación a los pacientes que ya estaban apuntadas para -
darseles consulta, siempre y cuando el caso lo ameritara.

Durante el tiempo que se estuvo en servicio de consultas en -
ningún momento se presentaron problemas de incoformidad de los pacien-
tes en cuanto al tiempo que tenían que esperar para pasar a consulta -
con el médico. El campesino nuestro es muy paciente y aunque se encuen-
tre quejando de un padecimiento doloroso guarda la compostura y no exi-
ge que se le vea primero que otros, que por el orden les tocaba ser --
vistos primero. Se clasificaba cada paciente de acuerdo con la edad -
del mismo en una hoja especial para cada día de consulta. En esta hoja
además de la edad se anotaban los números de expediente y el diagnósti-
co probable de la enfermedad que padecía. La hoja referida se guardaba
para la estadística diaria de consultas.

De acuerdo a la clase de las consultas se hizo una conjunción
de las edades de los pacientes, con un grupo especial que correspondía
a las embarazadas y a las puerperas. Estos dos grupos se anotaban inde-
pendientemente con la edad. En un principio se trató de ver en un día-
especial las embarazadas y las puerperas pero se vió que algunos días-
la cantidad de pacientes vistos eran mínimos con relación a otros en -

tidades sanitarias los primeros meses de consulta, posteriormente se entrenó a un grupo de coluntarias las que fueron encargadas de esta función, además de otras de que se habalara posteriormente. Con esto se logró agilizar las consultas ya que el personal de enfermería fue diferido a otras funciones.

La consulta se iniciaba posterior a la charla, los pacientes eran interrogados de acuerdo a su patología y examinado, prescribiéndose la clase y cantidad de medicamentos en una receta. Con la receta se pasaba a la farmacia se le daban los medicamentos prescritos para llevar ó se aplicaban los medicamentos que tenían que ser administrados en el centro de salud.

Durante la consulta se recalca una vez más los consejos que previamente se les había dado a los pacientes en la charla pre-consulta.

Los pacientes que se encontraban en tratamiento con medicamento que tenían que ser administrados en el centro de salud eran atendidos en grupo especial por una enfermera.

Para facilitar la evaluación del trabajo de consulta se dividió los pacientes vistos de acuerdo a la edad, considerándose como lactantes comprendidos entre su nacimiento y la edad de un año cumplido, los que se encontraban entre las edades de un año a siete años se clasificaron como pre-escolares. Los escolares comprendían las edades, de

siete a doce años y los pacientes de trece en adelante se clasificaron como adultos.

C U A D R O NO. 5

Número y clase de Consultas Servidas en el Sub-Centro de Salud Santa-Rita de Copán durante los meses de Marzo 1973 a Enero 1974.

Clase de Consulta	Nuevas	Sub-Siguientes	Total
Embarazadas	148	154	302
Puérperas	50	2	52
Láctantes	213	85	298
Pre-Escolares	588	324	912
Escolares	199	93	292
Adultos	1144	794	1938
T O T A L			3794

Analizando los datos, se observa que durante los meses de -- marzo 1973 a enero 1974, se sirvieron tres mil setecientos noventa y cuatro consultas entre pacientes nuevos y subsiguientes. Como ya se es- pecificó antes para los fines estadísticos la consulta se dividió por- un lado en las pacientes directamente relacionadas con la gestación, es decir embarazadas y puérperas y por el otro se clasificó la consulta - de acuerdo a la edad de los pacientes en Láctantes, Pre-escolares, es- colares y adultos.

Las consultas de embarazadas nuevas, es decir aquellas mujeres

gestantes que se les evaluó su embarazo por primera vez fueron 148, y las consultas embarazadas que se controlaron a posteriori constituyeron las consultas de embarazadas subsiguientes arrojando un número de 154. Las consultas totales de embarazadas nuevas y subsiguientes fueron 302. Relacionado el total de consultas con el número de consultas de embarazadas nuevas se ve que este tipo de consultas representa el 3.9% de total, lo mismo que las consultas subsiguientes de embarazadas representa el 4.1% del total de consultas. Sumando los porcentajes de consultas de embarazadas nuevas y subsiguientes representa el 8% del total de consultas servidas. A simple vista se ve que el control materno durante la gestación fué muy bajo tomando en cuenta que únicamente el 8% lo constituyeron este tipo de pacientes. El total de nacidos vivos reportados en el registro civil durante el mismo período fué de 507 niños.

Considerando que las consultas nuevas para embarazadas durante los meses indicados antes sumaron 148, arroja que el 29.1% de los niños nacidos vivos por lo menos fueron controlados una vez cuando se encontraban in-útero. De los datos anteriores se infiere el 80.9% de los niños nacidos vivos, sus madres no recibieron ningún tipo de control prenatal, durante la gestación.

Campaña de Vacunación 1973.

El médico en servicio social, así como el personal del subcentro de Salud de Santa Rita de Copán reforzados por elementos de las oficinas centrales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, participamos en la gran campaña de vacunación masiva que se llevó a cabo en toda la república como parte del programa que el gobierno central tenía para la erradicación de las enfermedades que más comunmente afectan a la niñez hondureña y que constituyen uno de los principales causas de morbi-mortalidad. Las enfermedades que se combatieron intensamente a través de una vacunación general fueron la Difteria, Tos Ferina, Tétano, Poliomiélitis y el Sarampión. Dicho sea de paso éste grupo de enfermedades cobran año con año un gran número de vidas, diezmano la población infantil. El tétanos por ejemplo; es una enfermedad muy frecuente en la población de recién nacido dado que las condiciones sanitarias en que vienen al mundo son lamentables. teniendo los micro-organismos causales de la enfermedad una puerta de entrada franca, en el cordón umbilical mal cuidado de los niños. Lo mismo puede decirse de la Tos Ferina, la Difteria, el Sarampión y la Poliomiélitis que si bien es cierto que algunas veces no son mortales pueden dejar graves secuelas en los que las padecen y estos individuos son una carga social ya que por sus impedimentos físicos no pueden valerse por si mismos. En todas las poblaciones de la república pueden reconocerse personas, ciegas, re-

trazados mentales, inválidos etc. que como causa de su desgracia tienen el antecedente de haber padecido en algún momento de su niñez de alguna de las enfermedades mencionadas.

La campaña se llevó a cabo en dos etapas. La primera entre los días 2 y 8 de abril de 1973 y la segunda etapa entre los días 14 y 20 de mayo de 1973. Se nos asignó el área que comprendía los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita de Copán, Cabañas y San Jerónimo y los poblados de Jaral, Río Amarillo y la Esperancita. Estos lugares constituyeron los centros de vacunación de tal manera que los caceros aledaños a éstos, sus poblaciones susceptibles de ser vacunados tenían que trasladarse al centro de vacunación. Se escogieron estos lugares como centros de vacunación, por que en ellos existían facilidades para la mantención de las vacunas en condiciones que fueran afectivas. La población escogida para ser vacunada comprendió los niños de 2 meses a 6 años. Se solicitó la cooperación de las autoridades civiles y militares para hacer que los padres de familia trajeran a sus niños a vacunarse. También se hizo propaganda de radio y propaganda con altavoces facilitados por las autoridades centrales. El grupo vacunados estuvo constituido por un médico en servicio social como jefe del mismo. Seis enfermeras auxiliares y un chófer de una Unidad motorizada. Todo el grupo constituyó la brigada no. 10. El equipo para mantener las vacunas en refrigeración fue suministrado por la jefatura del Distrito Sanitario.

El número total de dosis aplicadas en las primeras y segunda fase de la campaña de vacunación y el porcentaje de cobertura lograda en la segunda fase se muestran en los cuadros Nos. 6 y 7.

C U A D R O NO. 6

Total y Clase de Vacunas Aplicadas durante la Campaña de Vacunación - 1973 en las poblaciones de Copán Ruinas, Santa Rita de Copán, Cabañas Rio Amarillo, el Jaral, San Jerónimo y la Esperancita.

Tipo Vacuna	No. Vacunados 1era. Dosis	No. Vacunados 2da. Dosis
D.P.T.	1854	1461
SABIN	1854	1461
SARAMPION	1022	

C U A D R O NO. 7

Porcentaje cobertura lograda en la segunda fase de la campaña de vacunación 1973.

Tipo de Vacuna	% de Cobertura
D.P.T.	78.8 %
SABIN	78.8 %

PROYECCION DEL MEDICO EN SERVICIO SOCIAL HACIA LA COMUNIDAD DE SANTA
RITA DE COPAN DURANTE EL AÑO DE 1 9 7 3

Básicamente la actividad se centro en la participación activa en el Patronato Pro-Mejoramiento de la Comunidad.

El médico en servicio social partipó como uno de los moderadores del mismo durante un periodo de tres mese, en los cuales se desarrollaron trabajos de encuesta de las casas de habitación y centros públicos en los cuales no tenía letrinas. Se hicieron las diligencias necesarias para obtener los materiales respectivos, tales como madera, cemento, clavos, bisagras etc. Siendo obtenidos dichos materiales en la jefatura del distrito sanitario respectivo como parte de una campaña nacional de Letrinización.

Durante el desarrollo de la campaña de Letrinización se logró la instalación de cuarenta letrinas las que quedaron funcionando en buenas condiciones cuando se cumplió el periodo en que el médico en servicio social debía de retirarse de dicha comunidad.

En la realización del programa de Letrinización se hizo una campaña de concientización de la comunidad, previa a la instalación de las mismas y posteriormente se hacían inspecciones periódicas para comprobar el uso adecuado de ellas, Se contó con la colaboración del personal de enfermería del Sub-Centro de Salud, con un grupo de voluntarias de -

de salud y con la vocalía de la policía del consejo municipal.

Los problemas que tuvimos que enfrentar ya fueron expuestos en otro apartado de este trabajo, pero debemos dejar bien claro que los resultados obtenidos no llegaron a satisfacernos por completo, dado que la cantidad de las letrinas fueron pocas con relación a la gran cantidad de casas que se encuentran sin un adecuado sistema de disposición de excretas. La aceveración anterior se comprueba con los datos de las incidencias de enfermedades transmisibles por vía de la contaminación, con materias fecales las que no mostraron una reducción posterior a la campaña, la que en última instancia perseguía ese fin.

Se puede decir que los mayores logros de la proyección social del médico en servicio social se obtuvieron en la preparación de dos grupos de personas escogidas dentro del grupo social de la comunidad. El primer grupo a que me referiré es el de las voluntarias de salud.

El grupo de voluntarias de salud estaba compuesta por muchas entre 15 y 22 años, que sabían leer y escribir y que respondieron a el llamado de presentarse para recibir un entrenamiento de más o menos tres meses y que deseaban colaborar con nosotros en las actividades dentro y fuera del centro de salud. Se presentaron doce personas que cumplan los requisitos. Previamente se había hecho un plan de entrenamiento que constaba de los siguientes puntos;

- 1) Qué es una voluntaria de salud
- 2) Funcionamiento del sub-centro de salud
- 3) Nociones de Saneamiento Ambiental
- 4) Métodos para el control del niño sano y la embarazada
- 5) Nociones de primeros auxilios
- 6) Métodos para el lavado de manos, aseo del recién nacido, toma de signos vitales de los pacientes, como presión arterial, pulso, temperatura y respiraciones.
- 7) Método para la aplicación de inyecciones intramusculares e intravenosas.
- 8) Nociones de dietética
- 9) Maneras de reconocer estados graves de las enfermedades más comunes.
- 10) Métodos de curación de heridas

El plan de enseñanza se llevó a cabo durante un período de tres meses dividido en clases teóricas y sesiones y sesiones prácticas de una a dos horas de duración, que llevaban a cabo por la tarde entre 1:00 y 3:00 pm.

Al finalizar cada tema en su discusión teórica se hacía una evaluación escrita sencilla y con posterioridad se ponía en práctica lo enseñado.

Los resultados del entrenamiento fueron sumamente halagadores

porque a través de las pruebas tanto escritas como prácticas se descubrió que teníamos una calidad de muchachas muy competentes en todos los aspectos de interés, capacidad para aprender y conciencia de los problemas que sufre la población en que ellas viven. Una vez que tuvieron el entrenamiento el grupo fué un valioso puntal para que las actividades del centro de salud llegarán a ser más efectivas. Por ejemplo cada día este grupo se subdividía a su vez en pequeños grupos los cuales se les asignaba diferentes funciones, unas se dedicaban a dar charlas educativas a los pacientes que se presentaban al centro de salud; otros ayudaban en la preparación de los pacientes en el area destinada a las preclínicas; otro grupo se encargaba del despacho de las recetas, curaciones de heridas que ya habían sido evaluadas por el médico y otras se destacaban para la detección de embarazadas, recién nacidos o cualquier clase de enfermo que por uno u otro motivo no se había presentado al centro de salud para su control.

Ya nos hemos referido a un grupo de personas a las que se les enseñó algo y que posteriormente se utilizó para que el desempeño de nuestro trabajo fuera más eficiente. El otro grupo a que haremos mención es el grupo de parteras empíricas a las que se les localizó y se les hizo varias educativas para que se pusieran en contacto con el médico. Se descubrió que en la comunidad existían cuatro parteras empíricas

cas las que no habían recibido ningún tipo de entrenamiento y que se dedicaban a esa actividad más que todo por que todas ellas eran grandes multíparas (todas habían tenido más de 5 partos), y por que tenían una especie de don natural que hacía que las otras embarazadas las buscasen para que las atendieran en sus partos. El grupo estuvo compuesto como ya se dijo de cuatro personas mayores de 32 años y con una gran experiencia en la atención de partos. Además se hicieron exitativa para que dentro del grupo de voluntarias algunas de ellas participarán en el entrenamiento, no se logró dicho propósito, creemos nosotros por la juventud de las mismas.

En primer lugar nuestro propósito fué el de hacer que estas personas no tuvieran confianza y de esta manera poder llegar al conocimiento de lo que ellas sabían de esta materia. Con mucha dificultad y venciendo reticencias personales y el miedo a que este tipo de actividad conllevaba en cierta manera una especie de enjuiciamiento de sus personas y su modo de ganarse la vida, se logró al fin tener una idea de sus conocimientos en esta materia.

Los resultados fueron sorprendentes desde el momento en que ellas fueron tomando confianza y poco a poco informandonos de su costumbres y la manera como fueron motivadas para que de una u otra forma fueran canalizando su vida al manejo de pacientes que estuvieran dando luz. Posefan un conocimiento empírico algunas veces sorprendentemente

exacto de los mecanismos fisiológicos que ellas por mucho tiempo estaban acostumbradas a observar. Como era de esperarse tenían una enorme cantidad de defectos, que los tenían por no haber recibido nunca ninguna orientación científica al respecto. Se les enseñó los principios -- del control de la paciente embarazada no solo en el momento del parto sino que también durante todo el embarazo así como el manejo de la misma durante el parto y posterior a él. Además del manejo del recién nacido. Durante un período de dos meses se les dieron charlas de una hora de duración por las noches consiguiéndose al final de este tiempo que esta señoras tuvieran un conocimiento más claro y bien orientado.

Una vez que creímos que estas personas ya estaban concientizadas se le hizo que nos llamaran cada vez que fueran llamadas para que atendieran a una parturienta lo que se logro muy bien. En varias ocasiónes fuimos testigos del manejo de un parto en forma excelente por estas personas a altas horas de la noche venciendo dificultades materiales, tales como la falta de equipo adecuado, luz eléctrica, etc.

Los materiales que estas parteras utilizaban con posterioridad fueron suministrados por el centro de salud a través de campañas para -- conseguir fondos o por medio de la autoridad central es representada por la jefatura del distrito sanitario.

Quedamos complacidos de nuestro trabajo con el grupo de parteras empíricas entrenadas por nosotros, ya que una vez que se estableció-

la sinceridad y la camaradería así como el desinterés que mostramos durante el desarrollo del programa en relación a obtener beneficios pecuniarios, se logró que estas personas fueran auxiliares muy eficientes en el manejo de los problemas obstétricos que se presentaron. Una satisfacción muy grande que experimentamos en varias ocasiones y al final de nuestra estadía, fué que estas parteras empíricas podían detectar los problemas más evidentes que se presentaban en las embarazadas, y no era raro que pacientes llegaran al centro de salud diciendo que venían, por que las parteras entrenadas por nosotros las enviaban para examen médico debido a que su embarazo no era normal, cual era comprobado por el médico y se tomaban las medidas adecuadas para la atención de ellas. Así mismo dificultades en los partos fueron evaluados a tiempo porque la partera llamaba al médico con la antelación suficiente para que se decidiera a hacer los mecanismos necesarios para llevar a feliz término un embarazo, en el mismo lugar donde se estaba efectuando el parto, o conseguir lo necesario para el traslado de la enferma a un lugar donde se tuviera los medios adecuados para que la vida de la paciente y su niño se salvaran. No tenemos referencias de que en la población se presentaran muertes de mujeres embarazadas por falta de conocimientos de la persona que las atendían.

Otra de los grupos que se trato de formar fué el Club de Ma--

dres pero en esta actividad no se logró hacer que las madres se presentaran con suficiente regularidad para poder desarrollar un programa -- que fuera efectivo, para darles la información necesaria para que ellas lograran obtener conocimientos que posteriormente los aplicaran en su hogar. Como todos sabemos en las comunidades rurales existen una variedad muy grande de diferencias de tipo personal y familiar que hacen practicamente imposible que un grupo muy grande de personas pueda reunirse -- con regularidad ya que en un momento u otro salen a relucir problemas -- que no tienen nada que ver con la actividad que se está desarrollando. Y con el fin de no ser un factor de disolución de la comunidad se optó por suspender el programa.

Hubo participación del médico en servicio social no solo como moderador del patronato pro mejoramiento de la comunidad sino que como simple morador del lugar que tenía que ser sociable y participar en los acontecimientos sociales y cívicos.

En resumen la función de un médico en servicio social en cuanto a la proyección social del mismo es muy pobre a mi modo de ver, ya -- que un factor limitante es el tiempo por que un año de residencia en un lugar no da capacidad para poder comprender todos los mecanismos humanos que intervienen en el desarrollo de la problemática social. Por ejemplo el médico intervienen que ha vivido en un medio urbano de ciudad su vida como en mi caso, tiene que tener un período de adaptación muy largo

que le haga tener una visión panorámica de los características socio-
culturales del medio rural y cuando ya tiene la suficiente confianza-
en si mismo, asi como que la comunidad lo ha aceptado como uno de ellos
es el tiempo de regresar el medio donde se ha desenvuelto toda la vida.

CAPITULO IV.

RECOMENDACIONES

Hacer una síntesis de las recomendaciones que se pueden dar con relación a un trabajo de tesis de este tipo puede ser motivo para la realización de otro trabajo en el que se hagan análisis profundos de una serie de aspectos muy complicados. Trataremos de enumerar --- nuestras recomendaciones sucintamente. El resultado de una experien-- cia de un año en servicio social es talvez muy provechoso para el in-- viduo que la experimentó, pero en el fondo queda la impresión de que -- factores de adaptación, desconocimiento de el medio donde una se de-- senvuelve y la falta de conciencia social que el estudiante tiene al -- salir de sus estudios académicos hace que la labor no haya sido lo que debería de ser. El total de observaciones que se hacen demuestran que los problemas del país son sumamente complejos y de difícil estudio, no siendo capaz una persona para comprenderlos y no digamos de formular -- soluciones para ponerlas en práctica. El asunto estriba, en que la tra -- dición cultural, legada por nuestros antepasados, se remonta a épocas -- de conquista y que este legado, nos ha formado patrones socio-cultura -- les que estancan nuestro desarrollo. Si a esto agregamos las ambicio -- nes, los despilfarros y la falta de patriotismo, así como la ausencia de caridad humana, de los dirigentes de este país por décadas y déca -- das, el resultado es obvio, es decir un verdadero caos en que se su --

man nuevos problemas como el exceso de población en algunos lugares, falta de producción de alimentos en otros y en resumen una población pobre, desnutrida y sin educación.

Se dan a continuación una serie de aspectos más importantes que creemos mejorarán el estatus de vida de la población de Santa Rita de Copán:

- 1) Educación. Campañas masivas para conseguir recursos económicos, materiales y humanos para la enseñanza básica primaria, de toda la población escolar, para la alfabetización de adultos y el desarrollo de centros técnicos donde se imparta enseñanza a los adultos capaces de desarrollar actividades productivas.
- 2) Salud. Apoyo completo a los Médicos en Servicio Social en lo que se relaciona a sus funciones. Suficientes medicamentos y equipo suministrado con regularidad para que el trabajo sea eficiente.
- 3) Incentivos materiales para que los individuos con alguna preparación científica o manual y que originarios del lugar desarrollen su actividad en el lugar de donde son originarios.
- 4) Formación de equipos de profesionales donde se encuentren representados todas las ramas del saber y que hagan servicio social. Los que pueden estar compuestos por estudiantes de medicina, leyes, ingeniería, enfermería, trabajadores sociales, etc.

5) Suministrar a las autoridades edilicias de recursos humanos, económicos, materiales y de preparación profesional completos para que no sigan funcionando con grandes dificultades de todo tipo.

6) Mejoramiento de los medios de comunicación tradicionales de la población y la incorporación a toda clase de medios de comunicación modernos.

omm.

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

1. ESTADISTICAS CENTRO DE SALUD SANTA ROSA DE COPAN, DEPARTAMENTO DE COPAN. (JEFATURA DISTRITO SANITARIO #.5).
2. ESTADISTICAS SUB-CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE COPAN.
3. REGISTRO CIVIL, MUNICIPIO DE SANTA RITA DE COPAN.
4. ARCHIVOS ESCUELA URBANA MIXTA, RODRIGO A. CASTAÑEDA

* * * * * - * * * * * * *

* * * * * * *