

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**NUEVA OCOTEPEQUE:
ANALISIS CRITICO DE UN AÑO DE LABORES**

TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER

Juan De Dios Paredes Paz

EN EL ACTO PREVIO A SU INVESTIDURA DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

1973

HONDURAS, C. A.

6/4
P22n
C.3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**NUEVA OCOTEPEQUE:
ANALISIS CRITICO DE UN AÑO DE LABORES**

TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER

Juan De Dios Paredes Paz

EN EL ACTO PREVIO A SU INVESTIDURA DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

1973

HONDURAS, C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

RECTOR: LIC. CECILIO ZELAYA LOZANO.
SECRETARIO GENERAL: LIC. RIGOBERTO ESPINAL IRIAS.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO: DR. JUAN ALMENDAREZ BONILLA
SECRETARIO; DR. JOSE PARLO CAMBAR
VOCAL: DR. CARLOS GODOY ARTEAGA
VOCAL: DR. FRANCISCO ALVARADO 3.
VOCAL: BR. MILTON AMAN GONZALEZ.
BR. RAFAEL MOJICA BR.
SALVADOR VILLATORO
BR. LUIS A. RIVERA.

TRIBUNAL EXAMINADOR DR.

JOSE GOMEZ MARQUEZ DRA.

NOHEMT ORDOÑEZ DE MADRID

DR. RENE FLORES.

SUSTENTANTE

BR. JUAN DE DIOS PAREDES PAZ

PADRINOS

DR. FERNANDO TOME.A

ING.RAMON PAZ BARAHONA

DR. RENE DIAZ SALINAS

***** **

DEDICATORIA

Como homenaje póstumo a la memoria de:

CARLOS EDGARDO COTO SANTOS (Q.E.P.D.)

GUSTAVO ORDOÑEZ MEJIA (Q.E.P.D.)

MAXIMILIANO HERNANDEZ CRUZ (Q.E.P.D.)

A mis PADRES con amor, respeto y agradecimiento por sus sacrificios.

A mi Esposa con afecto,

A Daysi Viena pequeño objeto de mis derechos, con amor paternal.

A mis hermanos con cariño A mis amigos por su sincera amistad A mis compañeros
con lealtad A mis Maestros con respeto y admiración

A los Miembros del Equipo de Salud del Sub-Centro "Dr. Virgilio Rodezno" en
especial al Dr. Herlindo Cardona.

Al Honorable Tribunal Examinador

A todos los que en una u otra forma han ocupado un lugar en nuestros
sentimientos.

A la Vanguardia del Proletariado Hondureño.

S U M A R I O

CAPITULO	I.- I N T R O D U C C I O N .
CAPITULO	II.- CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA COMUNIDAD Y EL CENTRO DE SALUD.
CAPITULO	III.- ANALISIS CRÍTICO DE ALGUNOS ASPECTOS DEL TRABAJO REALIZADO EL AÑO ANTERIOR.
CAPITULO	IV.- PROGRAMACION DEL TRABAJO DEL AÑO 1972.- OBJETIVOS DESARROLLADOS.
CAPITULO	V.- DESARROLLO DE LOS PLANES INTRAMÜRALES.
CAPITULO	VI.- DESARROLLO DE LOS PLANES EXTRAMURALES.
CAPITULO	VII.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS:

CUADRO N1	Informe mensual de pacientes según grupos de edad.
CUADRO N2	Distribución porcentual de pacientes según grupos de edad.
CUADRO N3	Porcentaje realizado de las metas anuales sobre consulta infantil.
CUADRO N4	Informe de la consulta pre-natal.
CUADRO N5	Porcentaje realizado sobre las metas de la consulta pre-natal.
CUADRO N6	Vacunas DPT aplicadas según grupos de edad.
CUADRO N7	Vacunas SABIN aplicadas según grupos de edad
CUADRO N8	Sistema de Ingesta de agua en el medio Rural y Urbano.
CUADRO N9	Sistema de disposición de excretas en las zonas adyacentes al centro de la población.
CUADRO N10	Sistema de disposición de basuras en las zonas adyacentes al casco de la población.
CUADRO N11	Exámenes de heces realizados en las escuelas Rurales y Urbanas.
CUADRO N12	Resultado de los exámenes de heces practicados.
CUADRO N13	Resultado de los exámenes de heces practicados.
CUADRO N14	Distribución por sexo de los niños escolares encuestados.
CUADRO N15	Grado de desnutrición en la población escolar.

GRAFICA N1	Porcentaje de Pacientes según grupos de edad en la labor asistencial.
GRAFICA N2	Sistema de Ingestión de Agua por la población Rural y Urbana.
GRAFICA N3	Sistema de Eliminación de Excretas en las zonas adyacentes al centro de la Población,
GRAFICA N4	Sistema de Disposición de Basuras en las zonas adyacentes al casco do población
GRAFICA N5	Resultado de exámenes de Heces practicados en las escuelas Urbanas y Rurales.
GRAFICA N6	Resultado de exámenes de Heces practicados en las Escuelas Urbanas y Rurales.
GRAFICA N7	Distribución de la población Escolar según grado de Desnutrición.

CAPITULO I

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

Este trabajo constituye el tercer eslabón dentro de lo que se ha pretendido englobar como diagnóstico de la situación de salud y desarrollo comunitario de la ciudad de Ocoatepeque.- Tales han sido los títulos de los trabajos que han antecedido al actual, elaborados por los médicos que han realizado su servicio social en el Sub-Centro de Salud de la mencionada ciudad.

Hemos de aclarar que el área de influencia del Sub-Centro de Salud "Dr. Virgilio Rodezno", tal es su nombre, no se circunscribe únicamente al municipio de Nueva Ocoatepeque, sino que debe brindar protección también a los municipios de Sinuapa, Santa Fe, Concepción, Dolores Meren don y Fraternidad con sus respectivas aldeas.

Ha seguido vigente la falta de información en el trabajo de un médico al que lo sustituye y que consideramos deben tratar de resolver estas tesis.- La anomalía ya había sido señalada por el Dr. Ricardo Bulnes, cuando se quejaba del retraso con que le había llegado el trabajo del Dr. Olban Coello, que le antecedió.- Nosotros podemos decir que a pocos días de finalizar nuestro servicio social, oficialmente no se nos ha hecho llegar aún la tesis del año 1971, que logramos obtener gracias a manos amigas que la depositaron en las nuestras.- Fisto hace que se entorpezca la continuidad que debe existir en el trabajo, ya que aunado al tiempo necesario para el amoldamiento y aceptación por parte de las comunidades al nuevo médico, favorecen la paralización de algunas obras de beneficio colectivo cuya reanudación luego es más difícil.

Reconocemos lo meritorio de la labor de los médicos que han realizado en años anteriores su servicio social en el mismo centro, que en suerte, nos tocó a nosotros.- Su proyección a la comunidad, ha abonado - la creciente aceptación de este centro de salud en ella y, la mayor facilidad con que cada vez se pueden realizar los programas de medicina preventiva en terreno.- Hay cierto grado de transformación, que - puede apreciarse con el trabajo realizado.- Sin embargo también somos de los que creemos que así, aisladamente, desde el punto de vista de la medicina pura, no se van a resolver los graves problemas que cabalgan sobre las espaldas del pueblo hondureño, pues los problemas de salud junto con los otros constituyentes de la fenomenología social no son causa sino efecto del status económico social que predomina en la sociedad y cuyas bases habrá que modificar si queremos darle en realidad una solución justa, objetiva y real a todos esos males, incluyendo los de salud.- Una medida saludable sería coordinar efectivamente los programas de salud a nivel nacional con los realizados por las - otras dependencias del estado, partiendo del principio que la liberación del campesino, desde el punto de vista económico, constituye el inicio del despegue hacia el desarrollo del país.

Nuestra labor desde el punto de vista comunitario se desarrolló a través de programas en las escuelas urbanas y rurales, que se escogieron, tratando de cubrir el mayor área y población posible, tomando la población escolar como muestra para estudiar las condiciones de higiene ambiental, en esas comunidades, al tiempo que enfocamos el problema de la desnutrición y el parasitismo.- Los resultados se detallarán en el capítulo correspondiente.

Finalmente queremos señalar que pasarán muchos otros años antes que pueda decirse que se tiene un diagnóstico de salud completo del área en que laboramos.- La escasez de estudios controlados, independientemente del campo de la medicina que enfoquemos, es tan grande en - nuestro país y la falta de materiales y recursos para llevarlas a cabo también lo es, que apenas comenzamos a construir nuestras propias estadísticas.- Pero que ya no se nos hable con cifras importadas, sino que demostremos con nuestros trabajos que lo que hemos insistido sobre salud pública es cierto ya que así lo revelan los fenómenos investigados.

Rogamos sepan disculpar cualquier salida de los lineamientos que para estos trabajos las autoridades universitarias han establecido.- Pero es que ellos también plasman las inquietudes y sensibilización de - quién los realiza, fenómenos estos que difícilmente pueden encarcelarse con normas demasiado rígidas.

CAPITULO II.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA COHUNIDAI Y EL CENTRO DB SALUD.

A.- Descripción de la Comunidad.- En la parte sur del Valle de Sese- capa, en el rincón sur-oeste del departamento se encuentra ubicado el municipio de Ocatepeque, donde tiene la instalación física el Sub-Centro de Salud "Dr. Virgilio Rodezno¹".- Junto con los municipios de Sinuapa, Santa Fe, Concepción, Dolores Merendón y Fraternidad, configuran el área de salud donde debe proyectarse.- No contamos con los datos que nos indiquen el total de población en la zona, aunque la jefatura distrital No. 5 calculó sólo para la ciudad de Ocatepeque 11,046 habitantes.

Con ningún desarrollo industrial, escasa ganadería y un poco de agricultura, ésta ha sido una zona dedicada casi exclusivamente al comercio.- Con la casi ausencia de relaciones comerciales con Guatemala y ninguna con El Salvador debido a los problemas derivados del Mercado Común, la falta de circulación monetaria ha sido ostensible haciendo sentir en forma extrema la crisis económica que ha venido ahogando al país.- Este también se ha traducido en una mayor demanda de consulta en el centro de salud por cierto grupo de la población que antes no asistía a él.- En la medida que la actividad comercial vaya siendo suplantada por, sobre todo, agricultura situación de crisis agobiante que se ha mantenido irá pasando poco a poco.

La comunicación es harto difícil entre la ciudad, de Ocatepeque y los municipios de Dolores Merendón y Fraternidad, por la falta de

Vías y medios adecuados dado la ubicación geográfica de los mismos.- Esto hace que esta población permanezca durante la mayor parte del tiempo huérfana de las actividades que realiza nuestro establecimiento de salud.- Lo mismo ocurre con la población de aldeas de los otros municipios que adolecen del mismo problema de falta de comunicación.

En lo que respecta a la relación con el resto del país "la carretera de occidente" poco a poco ha ido incorporándola al quehacer nacional y el sentimiento nocivo de sentirse extranjero en la propia patria ya casi ha desaparecido.- Lógicamente no deja de sentirse con bastante intensidad la influencia guatemalteca en varios aspectos de la actividad humana, fenómeno explicable dado la ubicación fronteriza.

Se ha calculado para la ciudad de Ocoatepeque una tasa de mortalidad general de 46.17 x 1,000, mortalidad infantil de 14.5 x 1,000 con una tasa de natalidad general de 43.6 x 1,000.-- Indudablemente que algunos de estos valores son falsos y no corresponden a la realidad como el de mortalidad infantil cuyo valor a nivel nacional en 1968 fue de 41.7 x 1,000 y cuya situación no ha cambiado mucho desde entonces. Eso se explica por la ausencia de un control estrecho de las estadísticas vitales por los organismos encargados de recoger los datos.- Persiste la relación para la ciudad de 2 médicos por 10,000 habitantes, una enfermera profesional y 4 auxiliares por 10,000 habitantes y 2 inspectores sanitarios para la misma población.- Como la misma cantidad de recursos humanos debe distribuirse en una mayor población, sumando todos los munic-

Pios de la zona, las razones son infinitamente más bajas que las señaladas, lo que da una idea de la forma racional con que debe repartirse.

B.- El Centro de Salud.- Bajo la dirección del médico Jefe, Dr. Herlindo Cardona, el personal del centro de salud se ha ido conformando poco a poco en lo que podría llamarse un aceptable equipo de salud.- Existe un amplio sentimiento de solidaridad y cooperación entre todos los miembros sumados a una conciencia cada vez más creciente sobre la problemática de salud que hace que aquellos factores negativos que pudieran entorpecer la labor son reducidos al mínimo.- Prueba de lo anterior es que las metas impuestas para el año de 1972 fueron superados ampliamente como se demostrará después.

La labor asistencial demandada del establecimiento es grande.- Un promedio mensual de 986 pacientes fueron atendidos en el presente año.- Sin embargo el desarrollo de los programas de medicina preventiva han tenido la intensidad adecuada en la medida que los recursos disponibles lo han permitido.

Así lo demuestra la educación pro-clínica y post-clínica, visitas domiciliarias, programa de inmunizaciones, control prenatal y otros aspectos desarrollados que alcanzan cifras aceptables.- Decididamente, la labor asistencial disminuirá en el sentido que se vayan recogiendo los frutos del trabajo en el aspecto preventivo y cuando se obtengan los medios de limitar algunas consultas sin importancia sobre todo en adultos.

Algunos programas quedan en suspenso debido a la falta de recursos o a la inadecuada canalización de los mismos.- Tal es el caso de los programas de letrización, con los cuales sobrevienen fenómenos de frustración en las comunidades, cuando después de ser promovidas y encontrándose dispuestos a desarrollar los proyectos, no se tienen los materiales necesarios.- Algunos otros poco a poco se ponen a funcionar, como ha ocurrido con el establecimiento de la clínica del niño sano y las campañas continuadas de inmunización en las áreas rurales.

La planta física del establecimiento es muy buena.- Permiten la funcionabilidad de los diferentes servicios que incluyen dos clínicas, una de higiene dental, la secretaría, la farmacia, el archivo, clínica de inyecciones, clínica de curaciones y cirugía menor, dos pequeños cuartos de hospitalización de pacientes, una sala de partos, oficina de inspección sanitaria y un salón de conferencias.- Facilmente pudiera acondicionarse, aportando el material necesario, un pequeño hospital de emergencias que satisficiera las demandas del área, dado lo grande de la población demandante y lo difícil que resulta frecuentemente el traslado rápido de los pacientes a Santa Rosa de Copán donde se encuentra el hospital regional más cercano.

El Patronato pro-mejoramiento del sub-centro sigue centralizando los recursos aportados por la comunidad en concepto de cuotas de recuperación.- Estos fondos, que constituyen la aportación de la comunidad, han sido manejados con la conciencia y honradez adecuada y se ha permitido al centro sufragar la falta de medicinas y otros recursos cuando la aportación del Ministerio ha sido ra-

química, así como se va acondicionando mejor las diferentes dependencias.- Nosotros consideramos que la manera en que han sido establecidas las cuotas de recuperación son hasta el momento adecuadas sin perjuicio de que posteriormente una investigación realizada por una trabajadora social pudiera imponer pautas más justas.

C.~ La Comunidad con relación al Centro.- La distancia desde el punto de vista físico del edificio del sub-centro de salud al centro de la población es de un kilómetro.- Sin embargo algunos años - atrás, la distancia real (la que se mide por el grado de aceptación) era mucho mayor.

Poco a poco la situación se ha ido modificando y aunque lógicamente el terreno que los separa sigue siendo el mismo geográficamente, se ha ido penetrando cada vez más profundamente en la conciencia del pueblo haciendo a este tiempo los vínculos de unión bastante estrechos.- La recepción hosca y fría de las madres hacia la enfermera que realizaba la visita domiciliaria ha sido trocada en una actitud más cordial; las charlas diarias sobre tópicos de higiene personal y ambiental son escuchadas más atentamente y con mayor participación; los programas de inmunización, en la práctica, no tienen mayores objeciones; en fin la gente ya siente que el centro le pertenece.- No queremos que esto se interprete como si - quisiéramos dejar sentado que se han resuelto los problemas de sanidad en esta región; solamente señalamos el cambio de actitud en el sentido positivo, que refleja que se empieza a recorrer sobre terreno más seguro.- Siguen vigentes aun los mismos problemas pero ya se comprenden mejor y cada vez son más seguras las bases para

Que el pueblo y el sub-centro vayan en pos de su solución.

Debe señalarse también que los nexos con las organizaciones sociales existentes en la comunidad son *aún* muy débiles y deben tratar de fortalecerse en el transcurso del próximo año mediante una política de sensibilización social hacia ellos. Es necesario significar la cooperación constante de los padres capuchinos y algunos contactos aislados con Caritas de Honduras y la Junta Nacional de Bienestar Social que también debe incrementarse.

Asimismo falta una relación más intensa con las diferentes autoridades que pueda permitir el enfoque global de problemas conjuntos.

En suma el establecimiento de salud ya ha echado raíces más o menos profundas en una comunidad que antes le era indiferente y comienza a destacarse como un factor real de desarrollo comunitario.

CAPITULO III.

ANALISIS CRÍTICO DE ALGUNOS ASPECTOS DEL TRABAJO REALIZADO EL APIO

ANTERIOR.

No cabe la menor duda lo difícil que resulta efectuar una evaluación del trabajo que durante un año efectúa el médico que nos antecede.- No es esa nuestra intención y escapa a los propósitos de esta tesis. Sin embargo algunos aspectos de esa labor merecen especial atención y será a ellos a los que nos referiremos.

1.- Servicio de Educación y Recuperación Nutricional (SSRN).

Como consta en la tesis del Dr. R. Bulnes fue creado en mayo de - 1971 bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública, el Patio, nato Pro-Centro Nutricional.- Los S.E.R.N. se han convertido en una especie de ensayo de algunos métodos con los que se pretende darle solución al problema de la nutrición que es tan grande en nuestro país.- Con un número de 30 niños, entre 1 y 6 años, clasificados en los grupos de desnutrición grados II y III, comenzó a funcionar el centro, de los que al final 15 habían mostrado regularidad en la asistencia al centro de salud. De esos 15 el 80%, al final de 3 meses había salido mejorados.

Desde su fundación, las primeras fallas comenzaron a resaltar.- En primer lugar la cantidad de niños que regularmente asistían al - S.E.R.N. es tan baja, si consideramos las cifras de desnutrición infantil en el país y en la ciudad de Ocoatepeque. Que podría estar revelando la no aceptación del S.E.R.N. o la ausencia de una efectiva labor educativa sobre el problema y la naturaleza de estos -

Servicios.- Quizás más bien sea debido a los dos factores.

En segundo lugar cuando el aspecto de educación en el servicio de recuperación anda mal o no funciona, el programa pierde la mayor parte de su importancia y de su vigencia. El sistema de turnos de un día por madre durante el cual se le daría educación y en el que ayudaría a preparar los alimentos no funcionó, como tampoco la otra alternativa de desarrollar charlas por las tardes a grupos de madres cuando se puso a funcionar.- Con todo, la primera experiencia revelaba, desde el punto de vista clínico un resultado de 80% de efectividad, aunque permanecían sin medirse los otros aspectos del fenómeno.

Cuando nosotros participamos del programa al tomar posesión del - puesto de médico en servicio social, otro grupo de niños había terminado pero los resultados no fueron evaluados. Entonces se procedió a sacar una encuesta para constituir el nuevo grupo.- En toda la población, con más de 1,800 niños estimados entre 1 y 5 años, solamente 15 niños se logró inscribir en el programa.- En el día de la cita se hicieron presentes únicamente 9 y para - sorpresa nuestra de ellos 6 ya habían participado de el primer grupo.

El sistema de apadrinamiento con que se hacían llegar fondos para el financiamiento del programa también comenzó a fallar ya que - las personas que aportaban su cuota, decidieron no hacerlo más por lo que los recursos bajaron notablemente llegándose al extremo de adeudar a las empleadas del servicio dos meses-3 de sueldo.- Ante este panorama no quedó otra alternativa que suspender indefinidamente el programa.

De la exposición anterior hacemos los siguientes señalamientos.

- a) • Nadie, con alguna formación profesional, duda de que la desnutrición Infantil es problema de primordial importancia en el país.- Sin embargo, la población desheredada culturalmente y que es en la que esta patología se ve, aun viviendo el problema, no tiene conciencia de él, de sus causas y efectos y de cómo prevenirlo eficazmente.- Aparejado hay cierto grado de acomodamiento a una situación, que ya no es puramente médica sino que brota como consecuencia de un status social determinado.
- b) La desnutrición no es resultante directo de una falta de educación, sobre todo en alimentación e higiene de los alimentos como ciegamente ha querido dejarse sentado.- Los dos aspectos, desnutrición y falta de educación, junto con ausencia de vivienda, calzado, vestido, vías de comunicación, campesinos sin tierra, minifundio, miseria en fin, son generados por un sistema en el que la repartición de los bienes materiales se hace en forma injusta porque tiene un modo de producción también injusto.- En otras palabras, y esto si se ha repetido bastante aunque mal interpretado, el ambiente hace al desnutrido, al descalzo y al pobre.- Pero considerado en este ambiente, básicamente la estructura económica.
- c) Si se quieren resolver los problemas de salud pública debe modificarse la estructura económica que los genera liberando al campesino de las ataduras agrarias actuales que no le dan ninguna perspectiva de llevar una vida realmente humana, se le permitiría aumentar su capacidad adquisitiva económica (adquirir mejor vivienda, alimentación, etc.), y se le daría la oportunidad de participar

En la repartición de la cultura y de los beneficios de ésta.- Un individuo más culto podría comprender mejor lo que nosotros le digamos sobre aspectos de saneamiento ambiental y entonces los cambios que ahora esperamos, se sucederán más rápidamente.- Por eso es que se insiste tanto en la realización de una efectiva reforma agraria.

- d) Indudablemente mientras los cambios económicos no ocurran, hay que hacer uso de paliativos a los problemas, de tal manera que haya - cierto alivio a la situación, pero que no la resuelven definitiva mente.- Esto es lo que se ha estado haciendo hasta ahora y lo que durante algunos años más se seguirá haciendo.- Tal lo que sucede con programas de saneamiento y también incluido el 3.E.R.N.- Pero como quedó visto, al no resolverse el efecto eliminando la causa, vuelve aparecer.- Al tercer grupo de niños, tuvimos la asistencia de algunos que ya habían participado del programa, que mejoraron cuando se les mantuvo en un ambiente artificialmente diferente, pero que recaen cuando se reinstalan en el que definitivamente tienen que vivir.- Las madres no cooperan y algunas ni siquiera inscriben a sus niños francamente desnutridos.
- e) Hay una falla en los programas en lo que a grado de concientización se refiere.- Hasta la fecha no hay indicador efectivo que nos revele cuando la promoción está en su grado óptimo y cuando se enfriarán - los programas a mitad de camino.
- f) Con la situación económica que atraviesa el país algunas conductas sobre medicina preventiva no tienen un basamento realmente lógico. Por ejemplo se les da charlas a los pacientes de una alimentación

Más balanceada y de tales grupos de alimentos.- Sin embargo la gente no más puede comprar frijoles y tortillas.- Y se ha insistido en que se les diga que no vendan el huevo que produce su gallina, porque este alimento tiene un alto valor nutritivo. Pero más de algún campesino nos dice que vendiendo un huevo compra media libra de frijoles con los que alimenta a 6 y no solamente a uno como sucedería si se comieran *. El huevo.- Es necesario pues ser más realista en la comprensión de nuestra propia realidad.

- g) Es necesario estudiar más a fondo la problemática nacional en conjunto para que las resoluciones sean efectivas.- Más estudios se necesitan para conocer las condiciones de vida de nuestra gente en sus más mínimos detalles, incluyendo lo que ellos piensan sobre sus problemas, su idiosincrasia.- Las charlas educativas también deben ser integrales y no abonar únicamente aspectos de salud en forma aislada.- Modificar la conciencia del pueblo pero en sus aspectos esenciales para que este se convierta en objeto y sujeto - de su propio cambio.- Esto amerita un personal cuya calificación y entrenamiento sea continuado pero con una doctrina filosófica - y política que esté realmente de acuerdo con los intereses del pueblo y que no justifiquen el sistema. Uno de los aspectos a cubrir sería la reglamentación de los entrenamientos del personal- en servicio en una mejor forma, lo que ya hemos tratado de instaurar en el centro de salud nuestro.
- h) Hasta que se hayan realizado algunos de esos cambios en el ambiente (en el concepto que a mí me merece la definición), los S.E.R.N. serán realmente efectivos.- Mientras tanto continuamos en el estu

dio de como mejor podrán funcionar y en el momento oportuno lo da remos a conocer.

2.- Recomendaciones del Médico Anterior.- En su tesis el Dr. R. Bulnes, hizo algunas recomendaciones al nuevo médico en servicio social.- Su tesis llegó a nuestras manos muchos meses después de tomar posesión del cargo.- Sin embargo, por su importancia nos vamos a referir a ellas.

- a) El equipo de Rx, oxígeno y anestesia no pudo hacerse llegar al sub-centro, dado que el que se había informado estaba en Puerto Cortés fue destinado a otro lugar.- También nosotros creemos que, como ya lo mencionamos, es necesario instituir un pequeño hospital departamental, lo que posiblemente se logre con la fusión de las dos direcciones generales que antes funcionaban en el Ministerio.
- b) La preocupación de mantener en existencia el equipo y medicamentos necesarios para el buen funcionamiento del sub-centro la hemos mantenido personalmente y con el jefe del servicio.
- c) Sobre el S.E.R.N. ya hemos escrito el concepto sobre su funcionamiento y lo hemos aprovechado para hacer algunas consideraciones generales desde .el punto de vista socio económico, y la manera integrada en que a nuestro juicio deben abordarse los problemas.
- d) La decisión de exigir carnet de vacunas previa consulta resulta en algunos casos poco práctica.- La mayoría de niños que llegan en busca de consulta, ameritan un examen y tratamiento y la falta de carnet no puede convertirse en obstáculo. Para mantener el objetivo final se han intensificado las charlas pre-clínicas, se ha programado campañas de vacunación sistemáticas dos días a la semana En el medio rural y urbano y se ha organizado la consulta del niño sano durante dos tardes a la semana.

- e) Hemos continuado la labor de atención Gineco-Obstétrica tratando cada vez de mejorarla.- El programa de atención de partos será definitivamente reglamentado en el transcurso del año 1973, con lo que pretenderemos competir con las comadronas del lugar y ganarles la partida no solamente con disquisiciones teóricas sino con trabajo y atención efectiva. Nos referiremos a este punto en otro apartado.
- f) Nuestro trabajo de campo lo realizamos durante todas las tardes en un programa de higiene escolar en las que al mismo tiempo hicimos estudios de higiene ambiental (tomando la población escolar como muestra) en algunas comunidades rurales.- Además enfocamos el parasitismo y la desnutrición.- También nos referiremos a ellos más tarde.
- g) También nosotros creemos que el resto del personal tiene la categoría de colaborador.- No porque nosotros queramos dársela sino porque todos somos parte integrante de un equipo de trabajo, en el que cada uno tiene una función importante que cumplir y dentro del cual el médico es el director.
- h) Las relaciones nuestras con el médico jefe han sido excelentes y le hemos brindado toda la colaboración que nos ha sido posible.- Recíprocamente hemos recibido de él todo el apoyo deseado.
- i) El sistema de alcantarillado de la ciudad fue continuado con los recursos de la Corporación Municipal con la asistencia de los inspectores sanitarios.

- j) Hemos dado toda nuestra colaboración al Padre B. Quinn en el mantenimiento de la "Casa María".
- k) Hemos prestado nuestra colaboración al Cuerpo de Socorristas Voluntarios de la Cruz Roja Hondureña sobre todo en la impartición de clases teóricas.
- l) El sistema de alcantarillado en la Villa de Sinuapa no pudo establecerse debido a problemas de orden técnico-legal.
- m) Los programas de letrización en algunas otras comunidades no han podido realizarse por falta de recursos materiales.
- n) Las otras recomendaciones que nos dio en su tesis las consideramos acertadas, únicamente que por ser de carácter general no nos referiremos a ellas.

CAPITULO IV

PROGRAMACION DEL TRABAJO DEL AÑO 1972.- OBJETIVOS DESARROLLADOS.

Cuando el médico en servicio social llega a tomar posesión de su cargo ya han transcurrido dos meses y algunos días del nuevo año.- Por lo tanto se encuentra con metas ya trazadas y objetivos ya elaborados de tal manera que se encuentra toda una estructura programática ya establecida.- Nos referimos a los centros con bastante personal como en el que laboramos y con una organización interna bastante aceptable.- Transcurre algún tiempo más antes que llegue a conocerse íntimamente las características de la institución, en cuanto a funcionamiento, a cada uno de los integrantes del personal, convertirse realmente en un elemento de la organización, característica de la comunidad, prioridades, recursos disponibles, en síntesis conocer el terreno donde se va a trabajar.- Posteriormente la iniciativa personal hace surgir los cambios en la medida que son aceptados por el resto de colaboradores y se programan proyectos que se consideran necesarios, más que todo en el terreno extramural.- En esta mezcla de objetivos trazados en los que participamos o no del establecimiento de metas, podemos distinguir aquellos que se definen como intramurales y los extramurales.- En este trabajo de tesis, más bien un informe analítico de actividades, se englobará todo el trabajo realizado incluyendo lo del médico jefe por cuanto la función del sub-centro es única y no aislada.

A.- TRABAJO INTRAMURAL: Dentro de la estructura física del centro de

Salud se realizaron los siguientes programas.

- a) Desarrollo de las metas que sobre consulta prenatal, consulta infantil y sobre inmunización fueron establecidas por la Jefatura del Distrito Sanitario No. 5 tomando como base la población estimada.
- b) Curso de Voluntarias de Salud Rural.
- c) Adiestramiento de Parteras Empíricas.
- d) Organización clínica niño sano.
- e) Reorganización del adiestramiento en servicio.

B.- TRABAJO EXTRAMURAL. - Significa la proyección del centro a la comunidad. -

Siendo el aspecto más importante debe intensificarse

Cada vez más.

- a) Estudio sobre ingesta de agua, disposición de basuras y excretas en las comunidades rurales, tomando como material informativo la población escolar.
- b) Estudio sobre desnutrición en el área rural y urbana, comparativamente.
- c) Estudio sobre parasitismo intestinal en el área rural y urbana, comparativamente.
- d) Programa de letrización de escuelas rurales y de las comunidades tomando la escuela como base.
- e) Establecimiento de campañas continuadas de vacunación en las áreas rurales.

Del desarrollo de todos esos aspectos hemos sacado algunas conclusiones que serán resumidas al final y en base de las cuales se darán algunas recomendaciones.

CAPITULO VDESARROLLO DE LOS PLANES EXTRAMURALES

- A. - Labor Asistencial - En el transcurso del año 1972 un total de 11,901 pacientes fueron atendidos en el Sub-Centro de Salud incluyendo la consulta prenatal.-
Alrededor de 990 pacientes fueron - vistos en consulta mensualmente.- En el cuadro lío. 1 se detallan según grupo de edad y por mes excluyendo la consulta prenatal.

CUADRO No. 1

INFORME MENSUAL DE PACIENTES SEGUI! GRUPOS DE EDAD ATENDIDOS EN EL SUB-CENTRO DE SALUD DE OCOTEPEQUE, HONDURAS. C. A.
AÑO 1972

GRUPOS DE EDAD	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	T O T A L
1 año	107	78	54	99	115	81	98	90	100	137	159	89	1,207
1-4 años	185	183	125	184	170	239	184	183	187	216	173	143	2,172
5-14 años	123	108	92	130	163	176	142	154	296	603	176	119	2,282
15 y más	352	374	337	508	503	419	440	461	444	353	532	421	5,144
TOTAL	767	743	608	921	951	915	864	888	1027	1,309	1040	772	10,805

Estos datos en forma resumida y adjudicando el porcentaje a cada grupo de edad es presentado en el cuadro No. 2 y en la Gráfica No. 1.

CUADRO No. 2

Porcentaje de pacientes según grupos de edad que asistieron a consulta al Sub-Centro de Salud de Ocotepeque, Honduras, C.A.- Año 1972.

GRUPO DE EDAD	TOTAL DE PACIENTES	%
1 año	1,207	11.2
1-4 años	2,172	20.1
5-14 años	2,282	21.1
15 y más	5,144	47.6
T O T A L	10,805	100.0

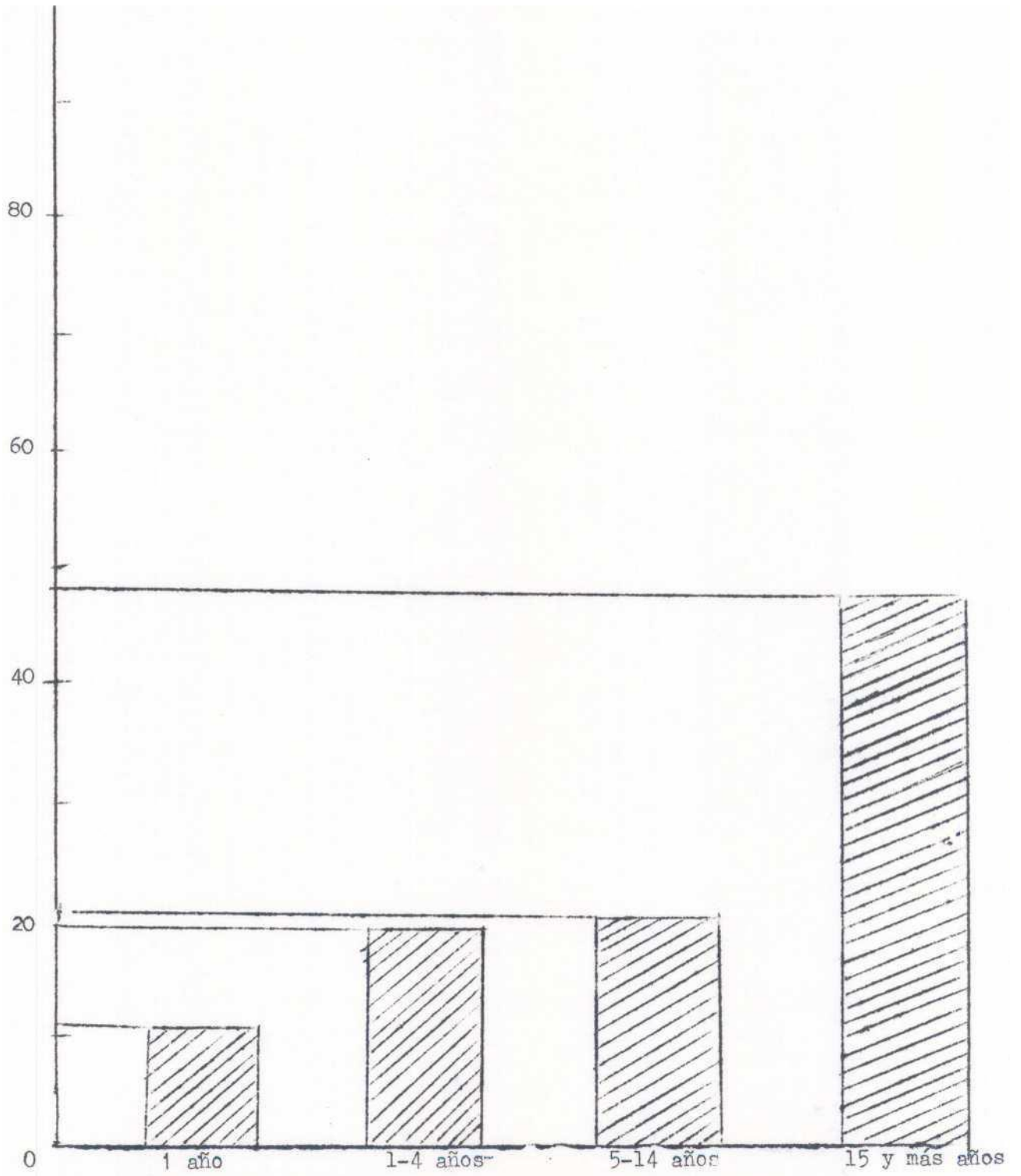
Como queda estipulado el 47.6% de los pacientes que asistieron a consulta se encuentran comprendidos entre los 15 y más años de edad.- Se mantiene la misma relación que el año anterior que alcanzó el 51.3%.- Se aclara que según censo levantado en el casco de la población en 1970 el 58.5% pertenecían a este mismo grupo.

Hay que aclarar que en términos generales clínicamente un 70% de la consulta de los pacientes mayores de 15 años podría catalogarse poco importante desde el punto de vista de salud pública.- Dado el carácter preponderante en el aspecto materno infantil de los centros de salud, debe buscarse los mecanismos adecuados para levantar al mínimo este tipo de consulta para que ese tiempo y esos recursos sean brindados a los otros aspectos de la salud pública.

En lo que a consulta del lactante y pre-escolar se refiere las metas fijadas por la jefatura distrital No. 5 fueron ampliamente superadas, como se - puede observar en el cuadro No. 3 que se describe a continuación.

GRAFICA No. 1.

PORCENTAJE DE FACIERTES SEGUN GRUPOS DE ADAD QUE ASISTIERON A CONSULTA
AL SUB-CENTRO DE SALUD DE OCOTEPECUE. HONDURAS. C. A... AÑO DE 1972. f1001



CUADRO No. 3.

PORCENTAJE REALIZADO DE LAS ASTAS ANUALES SOBRE CONSULTA INFANTIL EN EL
SUB-CENTRO DE SALUD DE OCOTEPEOUE. HONDERAS, C. A. 1 9 7 2

CONSULTA INFANTIL	META ANUAL	DEMANDA SATISFECHA	PORCENTAJE REALIZADO
LACTANTES NUEVOS	294	576	100.0%
LACTANTES SUBSIG.	588	631	100.0%
PREESCOLARES NUEVOS	348	758	100.0%
PREESCOLARES SUBSIG.	696	1414	100.0%

Con relación al año anterior la consulta de lactantes en general tuvo un aumento del 9.7%; el total de lactantes vistos en 1971 fue de 1,091 pacientes.- La consulta pre-escolar tuvo un incremento de 17%. So mantiene la relación de 2 consultas subsiguientes por cada nueva.- Las causas de este incremento están por determinarse.- Una de ellas quizás sea la mayor aceptación de parte de la población de la atención que el centro brinda y que hace que pacientes que antes eran vistos por el parchero del lugar fuese rescatado por el - centro de salud.- Creemos que esto parcialmente es el fruto de las charlas en las» comunidades rurales y en general de toda la programación preventiva - del centro.

B.- Consulta Prenatal.- La consulta prenatal es capítulo importante en la labor asistencial del centro de salud.- Anteriormente se brindaba únicamente los viernes de cada semana.- Como la demanda iba en aumento se decidió habilitar también para este tipo de consulta el día miércoles para aquellas embarazadas que ya habían tenido su primera consulta.- Se hizo bastante hincapié en la charla pre-clínica que se brindaba utilizando proyector de filmicas fijas de la serie "Carlos Campesino" que fue aportado al centro de

Salud por el padre Rodrigo Brennan perteneciente a la orden de los Capuchinos Franciscanos.

Se atendieron un total de 1,096 embarazadas con un promedio mensual 91 pacientes con distribución que se detalla en el cuadro No. 4.

CUADRO No. 4

TOTAL DE EMBARAZADAS NUEVAS Y SUBSIGUIENTES VISTAS EN CONSULTA EN EL SÚB CENTRO DE SALUD DE CCOTEPEQUE, HONDURAS, C. A... AÑO DE 1972

TIPO	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CONSULTA NUEVA	30	28	28	47	26	48	26	26	22	40	30	30	381
CONSULTA SUBSIG.	79	59	56	54	63	80	47	57	41	56	63	60	715
TOTAL	109	87	84	101	89	128	73	83	63	96	93	90	1,096

Como puede observarse también se mantiene la relación de 2 a 1 entre consulta subsiguiente y nueva.- La meta anual establecida para este tipo de atención también fueron superadas como se detalla en el cuadro No. 5.

CUADRO No. 5

PORCENTAJE REALIZADO SOBRE LAS METAS DE CONSULTA PRENATAL ESTABLECIDAS PARA EL SUB-CENTRO DE SALUD DE OCOTEPEQUE, HONDURAS, C.A. AÑO 1972

TIPO DE CONSULTA	META ANUAL	DEMANDA SATISFECHA	PORCENTAJE REALIZADO
CONSULTA PRENATAL NUEVA	173	381	100.0%
CONSULTA PRENATAL SUBSIGUIENTE	346	715	100.0%

Aun cuando la consulta sobrepaso 20% de lo estimado creemos que la - atención debe intensificarse por lo que a partir del año 1973 se hará un seguimiento estricto de las embarazadas que abandonan el control, por medio de las visitas domiciliarias, además que se pretenderá aumentar el número de pacientes nuevas aprovechando la existencia de las voluntarias de salud rural cuya actuación será descrita posteriormente.- Con relación al año anterior en el que se vio un total de 914 pacientes, 316 nuevas y 598 subsiguientes, ha habido un aumento del 20.5% de la consulta nueva y 19.5% de la consulta subsiguiente lo que viene a confirmar también la labor eficiente que en estos campos está realizando el centro.

C.- INMUNIZACIONES.- También este aspecto de la medicina preventiva ha tenido la atención adecuada de tal manera que se ha dado la cobertura deseada cubriendo las metas fijadas.- Las realizaciones en este sentido son detalladas en los cuadros No. 6 y No. 7 en lo que respecta a vacuna DPT y Sabin.

CUADRO No. 6

TOTAL DE VACUNAS DPT APLICADAS SEGUN GRUPOS DE EDAD EN EL SUB-CESTRO DE SALUD DE CCCTEPEQUB, HONDURAS.C.A. AÑO 1972.

GRUPOS DE EDAD	PRI	SEG	TER	REF	T O T A L
1 año	419	218	0	68	705
1-4 años	489	324	0	206	1,019
5 y más "	237	180	0	38	455
T O T A L	1,145	722	0	212	2,179

La meta que se había fijado fué de 1.399.

CUADRO N° 7

TOTAL DE VACUNAS SABIN APLICADAS SEGUN GRUPOS DE EDAD EN EL SUB-CENTRO DE SALUD DE OCOTEPEQUE. HONDURAS. C. A., AÑO 1972.

GRUPOS DE EDAD	PRI	SEG	TFR	REF	T O T A L
1 año	386	192	0	17	595
1 - - 2 "	486	280	0	53	819
5 y más "	275	166	0	33	474
T O T A L	1,147	638	0	103	1,888

Para la Sabin la meta fue de 1,399.

Además fueron vacunados 1,214 niños en la campaña que a nivel nacional se desarrolló contra el sarampión, 686 con Jenner y 35 con BCG.- Fueron aplicadas también 106 pruebas de tuberculina.- Hay que señalar que la DPT y SABIN son las dos vacunas de las que se cuenta dotación regular en los centros de salud.

D.- CURSO DE VOLUNTARIAS DE SALUD RURAL.- Bajo la filosofía de la regionalización de la medicina, tomando en cuenta las necesidades que en materia de salud presentan las comunidades rurales y con una disposición de recursos monetarios y humanos bastante baja, se han introducido en diferentes puntos del país los programas de adiestramiento de las voluntarias de salud rural.- Se ha concebido el voluntario de salud como una persona que ubicada en un lugar donde no hay otros recursos humanos adiestrados, con una preparación mínima y sin devengar ningún sueldo realice algunas funciones en el campo de la salud.- Algunos requisitos referidos a la edad, per-

manencia en las comunidades, responsabilidad, aceptabilidad, acatamiento- de las normas del Ministerio y deseos de trabajar han tenido que reunir - los candidatos.

En el mes de diciembre, en el transcurso de una semana fue desarrollado en el centro el curso con la participación de 10 elementos, representativos de igual número de comunidades.- El programa de entrenamiento fue desarrollado por el Médico Jefe, el Médico en Servicio Social y la Jefe de - enfermeras del establecimiento.- Abarcó temas esenciales dentro de la medí, ciña preventiva y el rendimiento teórico alcanzado, medido por un examen - al finalizar el seminario, sencillamente excelente.- Los voluntarios quedaron entusiasmados y con el compromiso de continuar ampliando los temas - enfocados en reuniones periódicas que han de establecerse.

Sin embargo en la práctica han hecho su aparición los primeros problemas.- Una de las comunidades ha quedado sin su voluntario debido a que por razones económicas se tuvo que trasladar en busca de trabajo a la cabecera, otro por razones de orden familiar también ha abandonado su comunidad.- - En realidad a medida que el proyecto vaya en desarrollo irán apareciendo- sus deficiencias como también deberá irse enfocando las maneras como resolverlas.- Me refiero a que, como sucede en otros de los casos, no se le puede realmente exigir a alguien efectividad en el trabajo cuando no se le remunera, condición esta que es incluso constitucionalmente inaceptable.- Pero en términos generales nosotros creemos que aun cuando es demasiado - temprano para hacer una evaluación algunos rasgos de que la función de estas personas, si se logra canalizar racionalmente será efectiva ya han - aparecido.- Más de la mitad de los voluntarios de salud rural han levantado su censo poblacional en las comunidades, se han brindado consejos en -

Los casos de enfermedades frecuentes como el síndrome diarreico e incluso de algunos hemos recibido enfermos referidos con notas, que aunque sencillas, revelan que el programa, debe continuarse.

Con cierta lógica se ha pensado si con estos programas no se estará - creando más bien un nuevo parolero, mucho más peligroso por cuanto sabiéndose en posesión de cierto grado de adiestramiento puede mas fácilmente - adentrarse en campos que no son de su competencia.- Aun cuando nosotros - también hemos acusado esta preocupación, sostenemos que esto dependerá de la política y actuación del Centro de Salud.- Si se logra obtener un control estricto y continuado sobre las actividades de los voluntarios, concursos también de refrescamiento y de educación continuado, parecería improbable que el problema surgiera con gran magnitud. Además nosotros creemos que el problema del parcherismo debe ser enfocado en forma más real y objetiva pues a este personaje "do la competencia" lo ha creado las necesidades de salud del país.- Allí donde no haya un médico, ni una enfermera para socorrer al enfermo surgirá un parchero.- Por lo tanto el problema del curanderismo no se erradicará eliminando el curandero sino solucionando la situación que le dan origen como la ausencia de médicos en el - medio rural y lo caro de los servicios médicos en los sitios donde existen estos.- Desde luego hay que diferenciar el curandero que ejerce por ser el inteligente de la comunidad, del que efectúa una explotación criminal del pueblo en base a cierto grado de preparación.

Resumiendo nosotros creemos que no hay tiempo suficiente para evaluar la efectividad del programa de los voluntarios de salud rural.- Sin embargo pensando en forma lógica el proyecto tiene bastantes rasgos positivos- que hay que cultivarlos para obtener los frutos esperados, modificándolos

De acuerdo a los obstáculos que aparezcan, sobre la marcha.

E.- AMESTRAMIENTO DE PARTERAS.- También en el mes de diciembre, en - el transcurso de dos semanas, se desarrolló un curso de adiestramiento de parteras de la zona.- Con nuestra colaboración, el programa estuvo bajo la responsabilidad de la enfermera jefe, con especialidad en el ramo de gineco-obstetricia.- Las parteras son, con raras excepciones personas que caen dentro del concepto de senilidad que han ejercido su oficio durante largos años sin los conocimientos mínimos en el campo en que laboran y adornan su función con alguna mezcla de "ritos misteriosos".- La edad de estas personas y su grado de educación que es sumamente bajo se convierte en el primer factor que se opone al éxito de estos adiestramientos.

Los programas incluían los elementos necesarios que debe conocer una- partera, así como demostraciones prácticas por el personal del Centro de- Salud.- Pero como ya hemos mencionado, dos semanas para este proyecto es- tan poco tiempo que junto con la casi nula capacidad de asimilación de es_ tas personas más los muchos años que tienen de ejercer su labor con los - mismos métodos que cuando regresan nuevamente a sus comunidades olvidan - todos los conocimientos que se les imparte y vuelven a atender los partos sin ningún grado de asepsia y en la forma que se pretendo combatir.

Ha sido señalado por algunas personas que una posibilidad para el desarrollo de estos proyectos sería el reclutamiento de personas jóvenes - sin 'ningún conocimiento en la materia y a las que se comenzaría a formar- desde la base.- Sin embargo consideramos que la finalidad no es formar nuevas parteras pues con ello el problema se mantiene y no se resuelve, sino modificar la atención que hasta la fecha se les brinda a las embarazadas- con los recursos disponibles.- Considero que los centros de salud deben -

Competir con las parteras, mejorando y ampliando sus servicios y poniendo estos al alcance de las personas de escasos recursos: una de estas pacientes en trabajo de parto, con todo, prefiere pagar tres o cuatro lempiras a una comadrona que una cantidad cinco o seis veces mayor a una persona con mayor adiestramiento, como las que se preparan en algunos cursillos de enfermeras.

Hay que evaluar la política que se sigue en estos adiestramientos de parteras porque si se seguirán haciendo como el del mes de diciembre con tan poco tiempo y con las mismas condiciones no significa más que pérdidas de recursos económicos.

F. - CLINICA DEL NIÑO SANO.- Se ha organizado en forma más sistemática la atención del niño sano.- Fueron programados dos días a la semana, en - las horas de la tarde para este fin.- Siendo un programa reciente en principio se ha establecido en forma de citas de determinado grupo de niños,- aprovechando para charlas de puericultura a las madres, vacunaciones en - los casos pertinentes, además de la clínica médica.- Con las condiciones- de salud del país este tipo de clínicas revela situaciones bien conocidas.- La casi totalidad de los asistentes estrictamente no podrían llamarse sanos ya que aunque no sean sintomáticos, adolecen de algún grado de desnutrición,- Por otra parte algunos de los niños que llegan a este tipo de - consulta han estado presentando procesos diarreicos crónicos a los que - las madres no les han dado ninguna importancia.- Dado su interés mantendremos esta clínica y la iremos reforzando en las medidas de las posibilidades.

G. — ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO.- En el centro de salud el personal –

En forma aislada ha seguido recibiendo cierto grado de adiestramiento; - sin embargo este aspecto ya ha sido sistematizado. También se le ha destinado una tarde en cada semana para abordar tópicos importantes desde el - punto de vista de salud pública intentando hacerlo en la forma más integral posible.- Hemos creído que en la medida que conozca más profundamente los temas, se podrá exigirle más rendimiento en el cumplimiento de sus funciones.

MORBILIDAD.- Este capítulo 1c explica el grado de higiene ambiental - que ya ha sido descrito a lo largo de la tesis.- Las enfermedades que ocupan los primeros lugares, hay que insistirlo, caen en el grupo de las fácilmente prevenibles.- Sin embargo, las acciones dentro de la medicina - preventiva marchan a ritmo muy lento.

Las enfermedades que ocuparon los primeros 10 lugares como causas de morbilidad fueron:

1. - Parasitismo Intestinal.
2. - Infección Vías Respiratorias alta.
3. - Enfermedad Diarreica.
4. - Distonías Neurovegetativas.
5. - Anemia y Avitaminosis.
6. - Infección Vías Respiratorias Bajas.
7. - Piodermitis.
8. - Infección Vías Urinarias.
9. - Anexitis Agudas y Crónicas.
10. - Síndromes Dispépticas.

Se hace la aclaración que varios pacientes que son vistos en consulta en realidad no se les encuentra con un cuadro nosológico claro, porque –

Simulan y se le engloba dentro de las reacciones de ansiedad o distonías neurovegetativas.- Algunos otros llegan al centro en busca exclusivamente de reconstituyente como lo hacen saber en la Clínica.

Pero dado que la atención de los centros es sobre todo Materno Infantil,- para este análisis de morbilidad se ha despreciado lo que se llaman las - consultas sin importancia de adultos que se les ha tipificado como "abonados" ya que en realidad no ameritan consultas tan frecuentes y que no tienen ninguna significación desde el punto de vista de Salud Pública.

CAPÍTULO VI.

DESARROLLO DE LOS PLAUES EXTRAMURALES.

Como ya fue mencionado anteriormente, nuestro trabajo extramural fue desarrollado siguiendo el programa de higiene escolar.- So laboró en los municipios de Ocoatepeque, Sinuapa y Concepción y en las aldeas de Antigua Ocoatepeque, El Barrial, San Rafael, Santa Anita, El Moral.- Se ha pretendido en este trabajo que la población escolar se convierta en una buena muestra de cada una de las comunidades.- Se ha encuestado sobre la situación ambiental con respecto a la ingesta del agua, disposición de excretas y disposición de basuras.- Además se ha aprovechado para hacer un estudio sobre desnutrición escolar y mediante un único examen de heces un estudio sobre parasitismo intestinal.- Puesto que el programa se llevó a cabo también en la cabecera departamental se hacen comparaciones en algunos aspectos, entre el medio urbano representada por aquella y el medio rural por el resto de comunidades.

Para la ejecución del programa todo el personal del centro de salud fue integrado en un solo equipo.- Los inspectores sanitarios sacaron las encuestas sobre higiene ambiental, el personal de enfermería dictaba charlas sobre el mismo tema a todos los grados y desde el punto de vista médico se hizo el estudio de la desnutrición, el parasitismo, dándole, desde luego, tratamiento a éste.- Fue destinada una tarde a cada una de las escuelas rurales.- Dos mañanas en la semana se atendían las de la localidad.- Cuando el programa finalizaba en una escuela pequeña se incorporaba otra, hasta que llegó a su fin el año escolar.- A continuación se detallan los resultados.

A.- Ingesta de Agua.- Un total de 607 alumnos fueron encuestados con relación a si el agua, independientemente de la fuente de origen, es tomada en sus hogares hervida o sin hervir.- Se incluyen en esta cantidad 77 alumnos

De una escuela de la comunidad de Ocotepeque que es fiel representante de las condiciones en que vive la mayoría de la población del lugar.- Se impartieron charlas sobre la importancia de hervir el agua aprovechando para darles a conocer la manera como se contrarresta el mal sabor que adquiere al hervirla.- Los resultados de la encuesta se detallan en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 8

SISTEMA DE INGESTION DE AGUA POR LA POBLACION RURAL Y UKBAÍTA OCOTEPEQUE.

HONDURAS. C. A.. AÑO DE 1972.

SISTEMA	POBLACION ENCUESTADA	%
SIN HERVIR	538	88.6%
HERVIDA	69	11.4%
T O T A L.	607	100.0%

Se ha estimado en el trabajo que el niño, al no verse sometido a ciertas presiones de tipo subjetivo, al ser abordado en forma adecuada se convierte en una fuente correcta de datos, por lo que concluimos que los obtenidos reflejan en forma más o menos cierta la realidad.

B.- Disposición de Excretas.- La misma población fue encuestada con relación al sistema de disposición de excretas.- También se les dio charlas con relación al tema.- Los resultados obtenidos en la encuesta son - los siguientes.

CUADRO No.9

**SISTEMA DE DISPOSICION DE EXCRETAS EN LAS ZONAS ADYACENTES AL CASCO DE LA POBLACION -
NUEVA OCCTEPEQUE. HONDURAS. C. A.**

AÑO 1972

SISTEMA	POBLACION ENCUESTADA	%
Servicio S.	26	4.3
Letrina	40	6.6
Aire Libre	541	89.1
T O T A L	607	100.0

Queda demostrado una vez más que hoy que intensificar las campañas de letrinización.- Pero al establecer esto se hace para decir, sobre todo, que los recursos materiales para llevarlos a cabo deben proveerse, ya que los recursos humanos más o menos se cuentan y las campañas de promoción no tienen mayor obstáculo.- Pero sin aquellos a mano los porcentajes encontrados seguirán siendo los mismos por más promoción que se haga; más bien cuando se realizan y los programas no siguen adelante las comunidades se frustran y se vuelven menos receptivas.

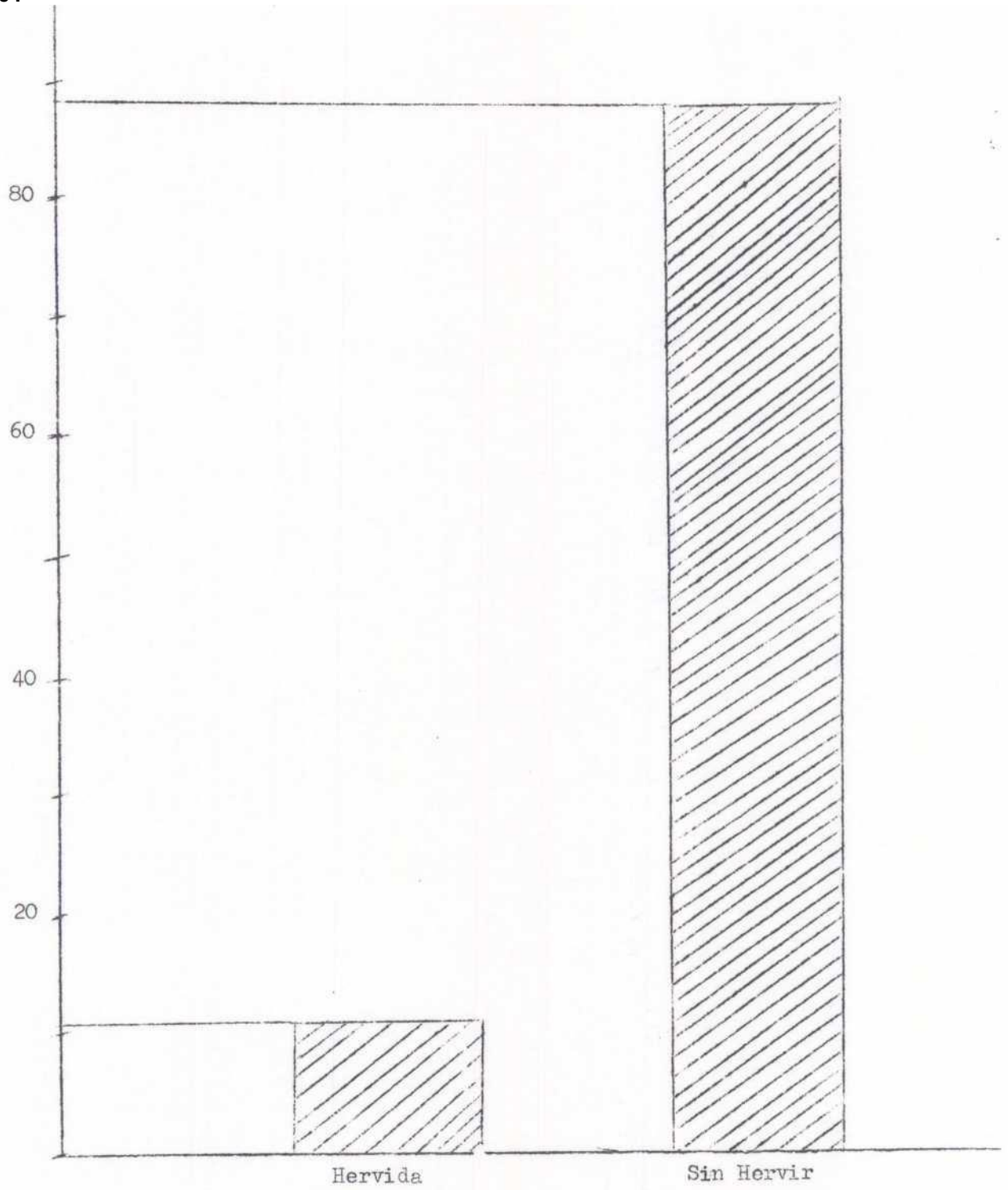
Del cuadro No. 9 hay que aclarar que la casi totalidad de los que utilizan servicios sanitarios de la encuesta pertenecen a la población escolar de la escuela encuestada en la ciudad de Ocotepeque donde hay sistema de alcantarillado.- Hay que revelar asimismo que a pesar de que en el municipio de Concepción fue desarrollado hace unos dos años un programa de letrinización de los 117 que brindaron datos únicamente 11 hacen uso de letrinas.- En esta comunidad la mayoría de las que fueron instaladas no están funcionando debido a las deficiencias técnicas pues poco a poco fueron inundadas de agua.

GRAFICA No. 2

SISTEMA DE INGESTION DE AGUA POR LA POBLACION RURAL Y URBANA - OCOTEPEQUE.

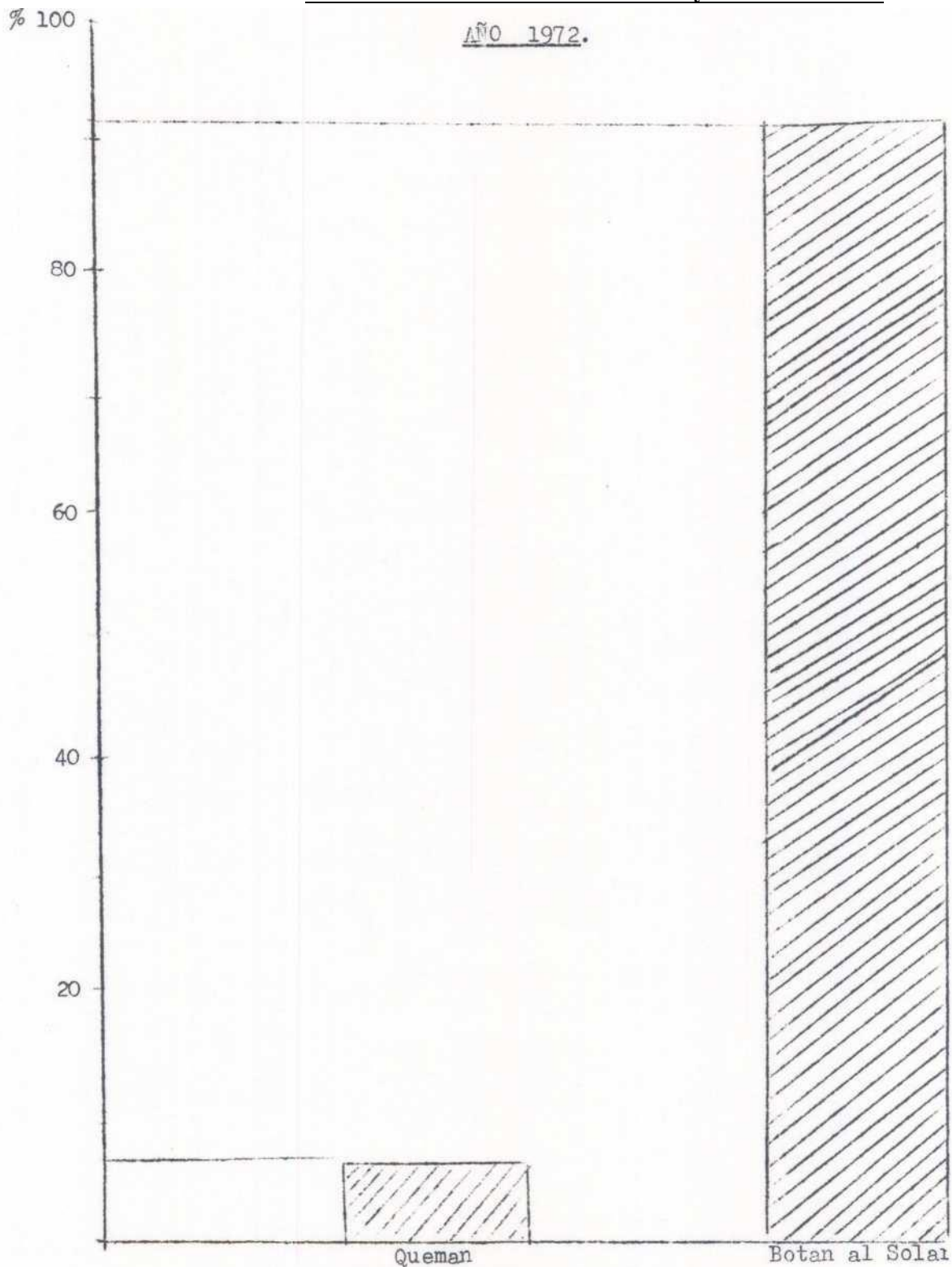
HONDURAS, C. A. 1972.

yo 100-r



GRAFICA No. 4

SISTEMA DE DISPOSICION DE BASURAS HI LAS ZONAS ADYACENTES AL CASCO DE LA POBLACION - NUEVA OCOTEPEQUE. HONDURAS. C.A.



Aprovechando el programa se ha planificado la letrización de las escuelas rurales que no tienen el sistema.- Ya fueron instaladas las letrinas correa, pendientes a la escuela, de El Moral y en el inicio del siguiente año académico se hará lo mismo con las demás escuelas.- Aprovechando esto se hará lo mismo a nivel de comunidades.- Se debe señalar que en la comunidad de Antigua Ocotepeque estaba en desarrollo un programa de letrización que fue suspendido por falta de materiales, pero que al llegar los que fueron ofrecidos se continuará. Este programa contempla un mínimo de 70 letrinas de un total de 100 casas habitadas que tiene la población.

C.- Disposición de basuras.- Ninguno de los encuestados refirió que fue, se una modalidad en la disposición de basuras enterrarlas. Los resultados se detallan en el cuadro No. 10

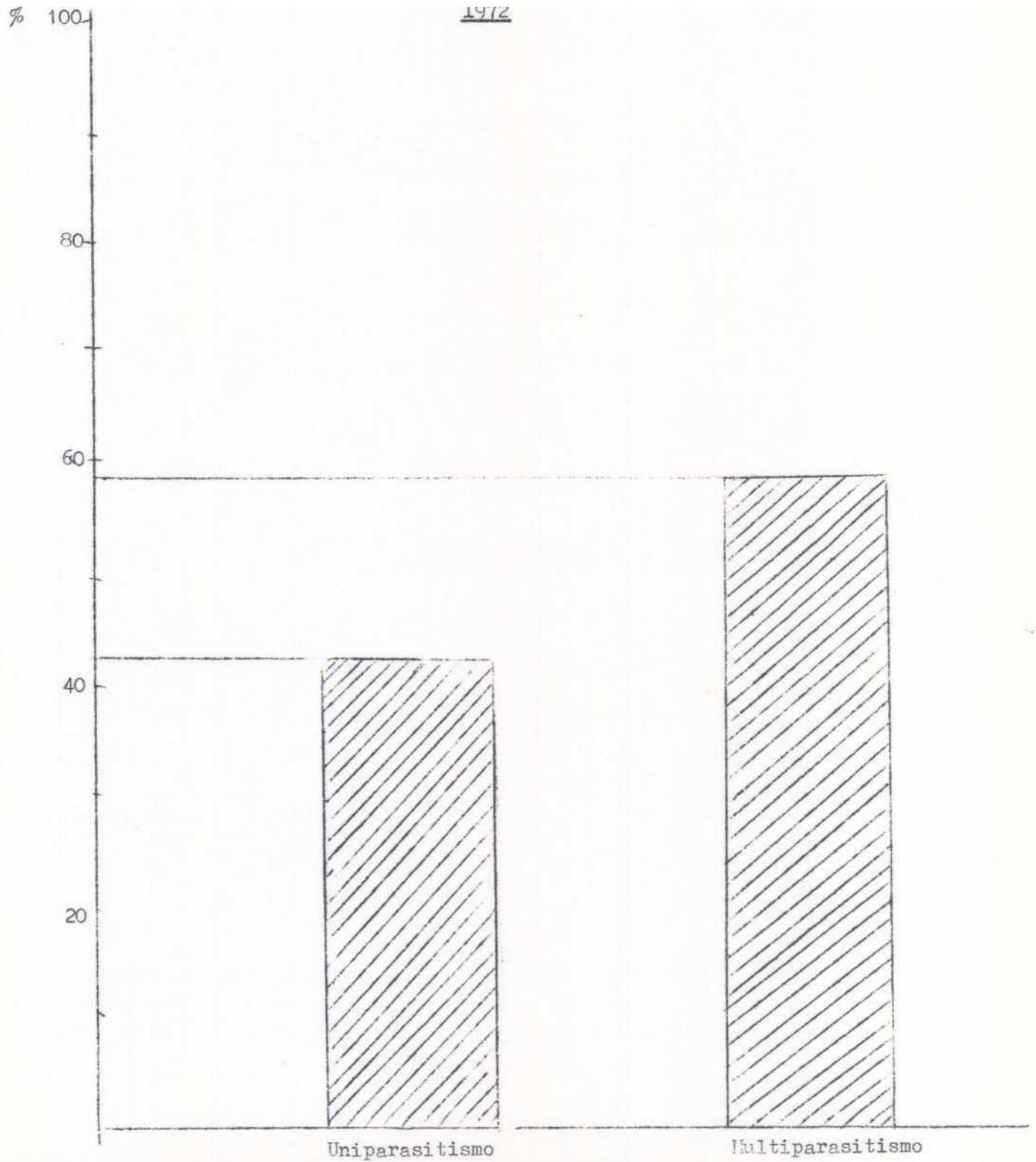
CUADRO No. 10

SISTEMA DE DISPOSICION DE BASURAS EN LAS ZONAS ADYACENTES AL CASCO DE LA POBLACION.- CIUDAD DE OCOTEPEQUE. HONDURAS. C. A.. 1972

S I S T E M A	POBLACION ENCUESTADA	%
Entierran	0	0
Queman	40	6.6
Botan al solar	567	93.4
T O T A L.	607	100.0

D.- Parasitismo Intestinal.-- En el desarrollo del programa fueron realizados 1956 exámenes de heces a igual número de escolares.- Aquí fueron incluidas las tres escuelas y el Kindergarten de la ciudad y las escuelas de las comunidades que participaron de las encuestas que ya fueron descritas.-

GRAFICA No. q
RESULTADO DE EXAMEHES DE HECES PRACTICADOS EN LAS ESCUELAS
URBANAS Y RURALES - OCOTEPEQ.UE.HOÍDUR-S. C.A.



De estos exámenes 487 pertenecen a la ciudad y podríamos llamarle en condiciones urbanas; el resto viven en zonas francamente rurales.

CUADRO No. 11

EXAMENES DE HECES REALIZADOS EN LAS ESCUELAS URBANAS Y REALES CIUDAD DE OCOTEPEQUÉ. HONDURAS. C.A. JO 1972

ESCUELAS	No. EXAMENES	%
Urbanas	487	40.9
Rurales	705	59.1
T O T A L	1.192	100.0

Del total de exámenes practicados únicamente 502 muestras mostraban la presencia de un solo parásito.- Del resto la mayoría de dos parásitos y algunos de tres o más.- Cabe mencionar que se incluyen acá tanto protozoarios como helmintos.- Cuando se trataba de un solo parásito la mayoría correspondía a Ascárides en segundo lugar a Ameba Histológica y en tercer lugar a los Tricocéfalos.- Las Parasitosis Múltiples correspondían casi en su totalidad a la presencia de Ascárides con Entoameba Histolítica, con Tricocéfalos o ambos.- Ningún examen salid negativo.

CUADRO lio. 12

RESULTADOS DE EXAMENES DE HECES PRACTICADOS EN LAS ESCUELAS URBANAS Y RURALES.- OCCTEPEQUE. HONDURAS. C.A... AÑO 1972

No. DE PARASITOS	No. EXAMENES	%
Negativos	0	0
Uno solo	502	42.1
Varios	690	57.9
T O T A L	1.192	100.0

La distribución según frecuencia de los parásitos se detalla en el cuadro No. 13. - La incidencia del parasitismo, así como también de las otras enfermedades que ocupan los primeros lugares dentro del cuadro de morbilidad en la zona se explican por las condiciones ambientales que fueron ya referidas en los apartados anteriores.

CUADRO No. 13

RESULTADOS DE EXAMENES DE RECES PRACTICADOS EN LAS ESCUELAS URBANAS Y RURALES.- OCOTEPEQUE. HONDURAS. C.A. 1072.

TIPO DE PARASITO	FRECUENCIA	%
Ascarides	1,022	35.7
Amebas	526	44.1
Tricocéfalos	285	23.8
Giardia	48	4.0
Uncinarias	26	2.2
Strongiloides	23	1.9

Se hace constar que al estudiar separadamente las escuelas urbanas y rurales los resultados encontrados solo revelan diferencias mínimas que pueden ser despreciables.

Ya para finalizar el año escolar se le practicó examen de control a 50 alumnos de diferentes escuelas escogidos al azar y a los que se les había dado el tratamiento correspondiente según el examen y tipo de parásito.- El examen de control se les realizó después de haber cumplido un mes de haber recibido tratamiento.- De éstos, solo 10 exámenes (20%) salieron negativos.- Los comentarios se encuentran en el desarrollo de la tesis.

E.- Desnutrición Escolar.- Es conocido lo difícil que resulta encontrar un solo patrón para clasificar la desnutrición infantil. Con toda la pérdida de peso ponderal, a pesar de sus limitaciones, es ampliamente aceptada para determinar el grado de desnutrición. Basándonos en este único concepto, fue tabulado el peso de los 607 niños encuestados para determinar su grado de desnutrición.- Se consideró que el peso esperado para la edad, independiente del sexo era el doble de la edad más 8.- Los resultados obtenidos se expresan en el cuadro No. 15.- La distribución por sexo de los niños encuestados se expresa en el cuadro No. 14.

CUADRO No. 14

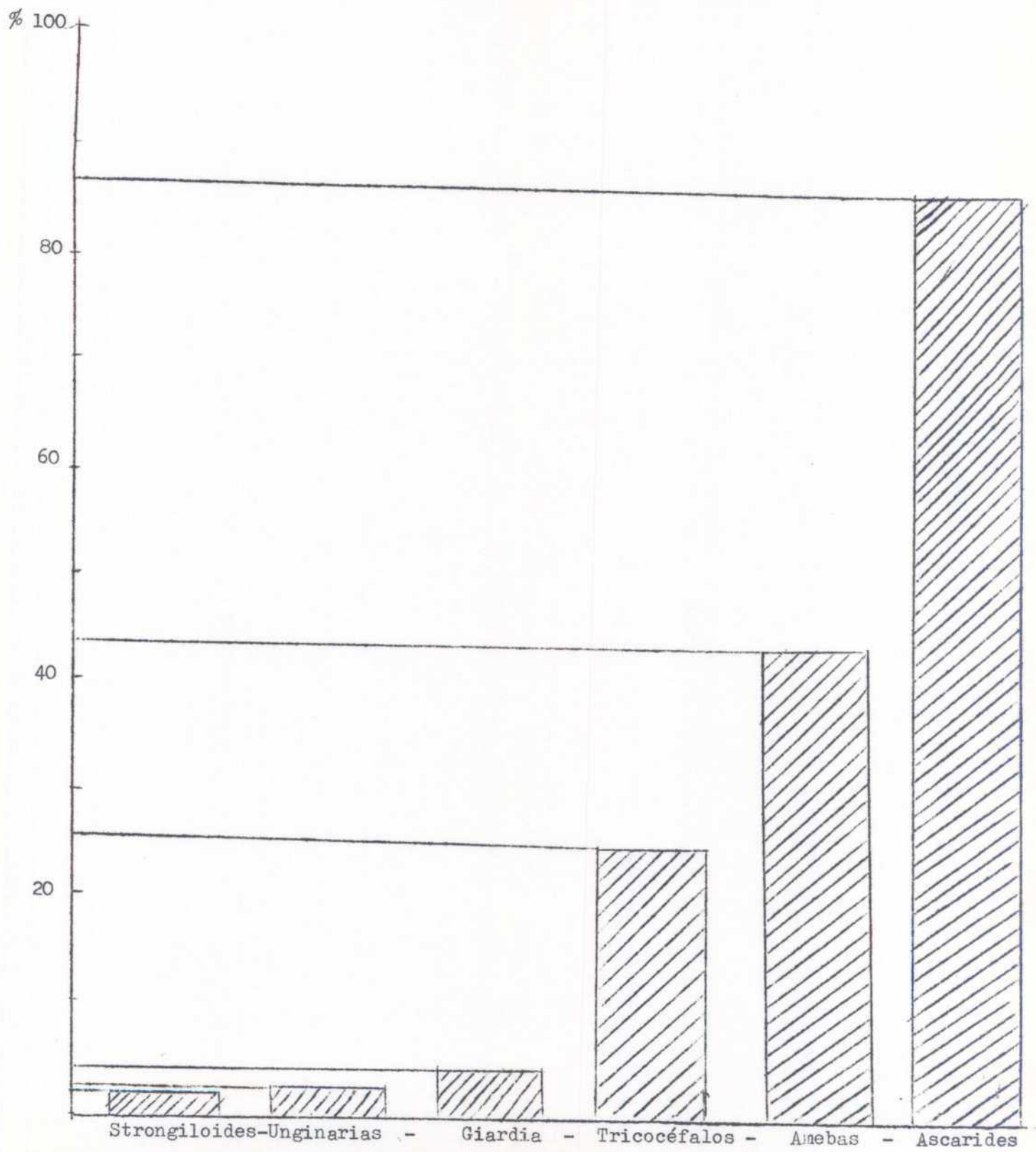
DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS EN LAS ESCUELAS

URBANAS Y RURALES - OCCTEPEQUE. HONDURAS. C.A. - AÑO 1972.

SEXO	No. ENCUESTADOS	%
Masculino	283	46.6
Femenino	324	53.4
T O T A L.	607	100.0

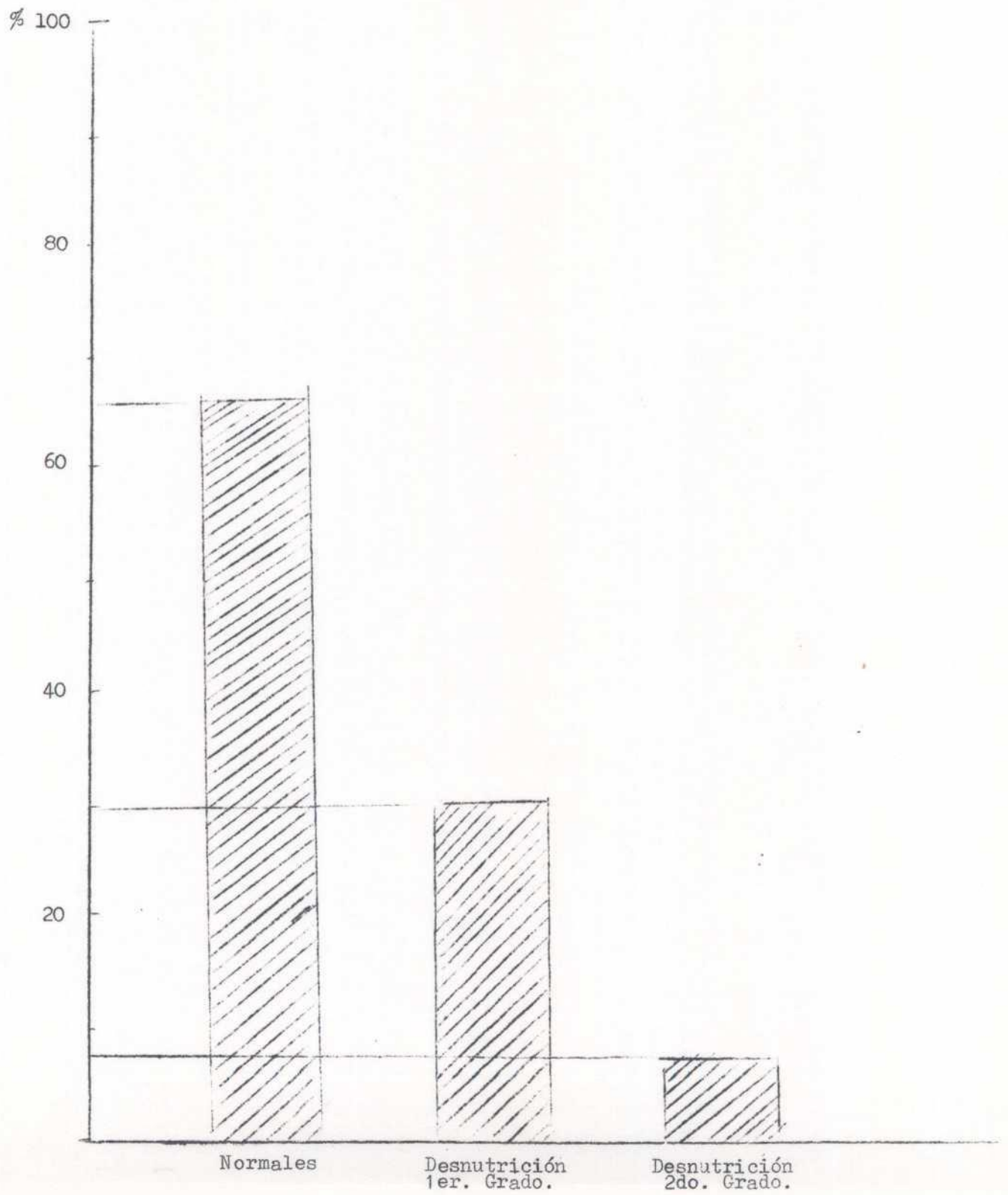
GRAFICA No. 6

RESULTADO DE EXAMENES DE HECES PRACTICADOS EN LAS ESCUELAS URBANAS Y RURALES -
COTEPEQUE. HONDURAS. C.A... AÑO



GRAEICA No. 7

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESCOLAR ENCRESTADA EN LAS ESCUELAS.
URBANAS Y RURALES SEGUN GRADO DE DESNUTRICION. OCOTEPEQUE.
HONDURAS. C. A.



CUADRO Ho. 15

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA EN LAS ESCUELAS URBANAS I
RURALES SEGUN GRADO DE DESNUTRICION.- OCOTIPEQUE,
HONDURAS. C.A.~ AÑO 1 9 7 2.

GRADO DE DESNUTRICION	No. ENCUESTADOS	%
No. Desnutridos	400	65.9
I Grado	160	26.4
II Grado	47	7.7
III Grado	0	0.0
T O T A L.	607	100.0

Como podrá observarse hay un porcentaje considerable de niños con segundo grado de desnutrición y la cuarta parte de ellos se encuentran dentro del primer grado.- Hay que recordar que hay niños en límites indefinidos y que fueron considerados como normales.

De todas formas, con los resultados obtenidos podemos concluir lo grave del problema de la desnutrición en la región; se considera que en la población escolar la incidencia es más baja que en los preescolares y lactantes.- Entonces; que pasará en estos otros grupos de edades?.- Intentamos en el transcurso del próximo año realizar un estudio más amplio del problema.

F.- Campañas continuadas de vacunación.- Para alcanzar las metas fijadas a corto plazo, con respecto a inmunizaciones, dado lo importante del problema y para hacer una cobertura adecuada, se ha establecido un programa continuado de vacunación en las áreas rurales.- Se han establecido - dos días a la semana, para que un pequeño equipo del centro de salud se traslade a las áreas rurales a efectuar estas vacunaciones, sobre todo con DPT y SABIN que son las vacunas con que se cuenta más a menudo.-

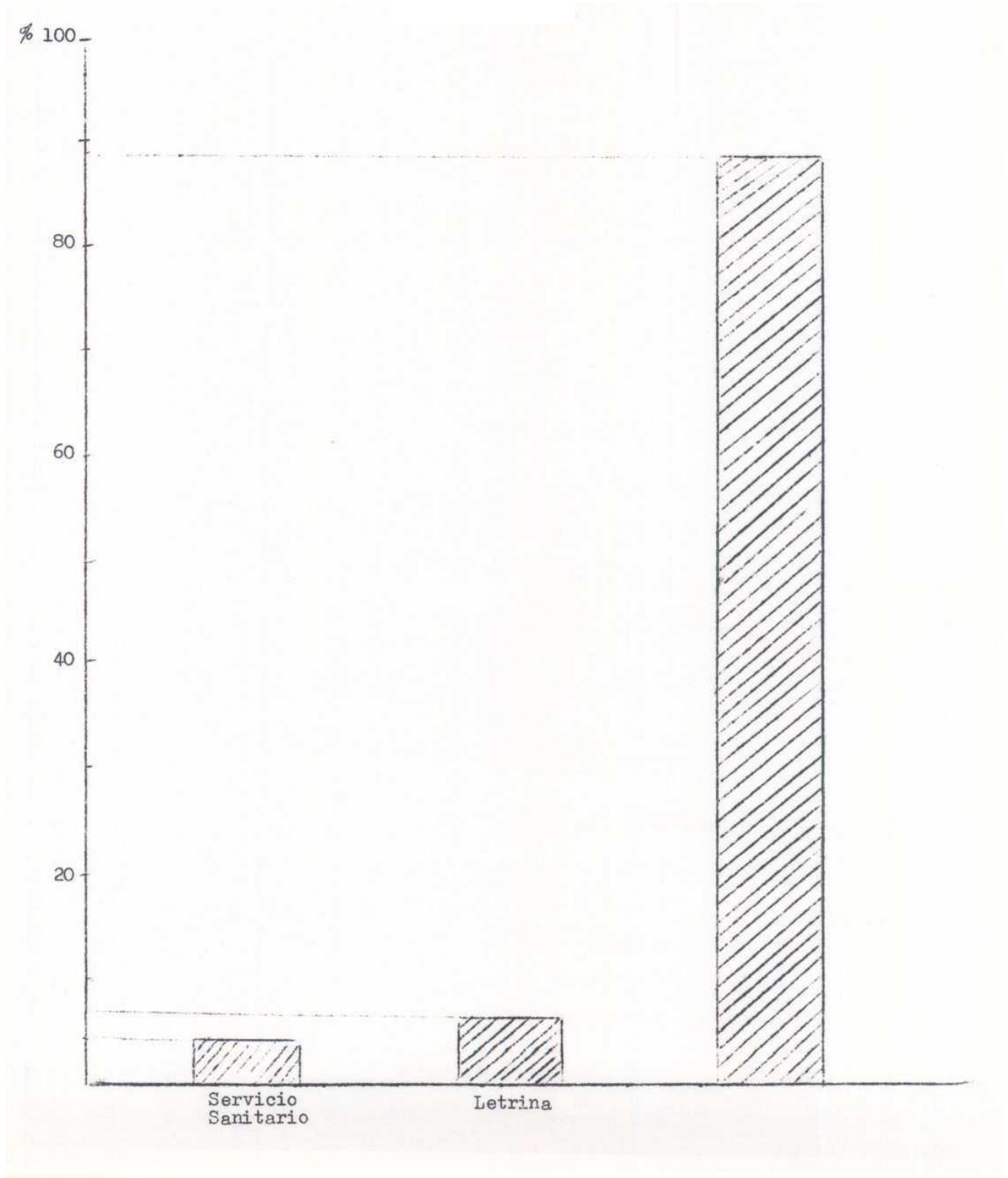
Los resultados de esta labor, dado al apoyo con que se cuenta de parte de la mayoría de las comunidades, os desde ya considerado como halagador.

G.- Queremos dejar constancia que todos los programas intramurales o extramurales detallados y los que en el futuro se establezcan, han contado y contarán siempre con el decidido apoyo de ese equipo de trabajo - **constituido por:** ©1 médico jefe, la enfermera jefe, las cuatro auxiliares de enfermería, las enfermeras contratadas por c-1 patronato, los - inspectores sanitarios, la laboratorista del centro, la encargada de - farmacia y la secretaria.

GRAFICA No. 3

SISTEMA DE DISPOSICION DE EXCRETAS EN LAS ZONAS ADYACENTES AL CASCO DE LA
POBLACION - HUEVA OCOTDPEO. ÑE. HONDURAS. C.A.

AÑO 1972



CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- a) Los problemas de salud pública en la zona de influencia del sub-centro de salud "Virgilio Rodezno", son exactamente los mismos que los existen tres en cualquier otra región del país.
- b) La crisis económica que viene viviendo el país se siente con mayor intensidad en esta zona, donde el desarrollo agropecuario es poco y la actividad económica principal ha sido el comercio.- Con el cierre de fronteras- esta actividad ha estado paralizada.
- c) Los problemas de salud no deben enfocarse aisladamente.- Hay una - única estructura económica que lo genera junto con los demás por lo que el- estudio debe hacerse en forma integral.- Desde este punto de vista se recomienda la formación del personal médico y paramédico con la filosofía del - cambio de esas bases económicas como única alternativa para darle una solución real a aquellos.
- d) Deben incrementarse los programas de saneamiento ambiental. La letrización de las comunidades es impostergable.- Se recomienda que los materia les necesarios para estos programas, en la medida de lo, posible, sean proveidos a los centros de salud.
- e) La enseñanza continuada de todo el personal que labora en salud pública debe intensificarse.- Además se recomienda aprovechar los programas de adiestramiento en servicio para complementar estos.
- f) La labor asistencial del centro de salud "Virgilio Rodezno" es buena.- Las metas fijadas para el año fueron superadas ampliamente.- Sin embargo

go deben buscarse los mecanismos adecuados para hacer llegar a los lugares - más distantes y apartados esa asistencia. Lo mismo ocurre con la labor preventiva en cuanto a charlas de educación, visitas domiciliarias, inmunizaciones, etc.

g) La existencia de voluntarios rurales, provee al centro de salud con mecanismos de control sobre ciertos problemas en las diferentes comunidades.- Debe buscarse los medios para evitar que por razones económicas estas personas que han sido entrenadas abandonen las comunidades.- Ha quedado bien establecido que a nadie se puede obligar a trabajar sin remuneración por lo - que debe irse pensando en asignarles aunque sea una pequeña cantidad a cada uno de ellos para que la labor sea efectiva.

h) Los programas de adiestramiento de parteras en la forma como se han desarrollado no funcionan.- Se invierte en ellos y al final no se obtiene - ningún resultado positivo.- Deben reevaluarse estos programas.

i) Con la planta física que ofrece el centro de salud se pudiera equipar un pequeño hospital de emergencias.- Se recomienda estudiar esta posibilidad.