

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA

CUALES SON ALGUNOS FACTORES DE LA POBLACION RELACIONADOS
CON LA UTILIZACION DEL SERVICIO DE SALUD DEL CESAMO
DE SABANAGRANDE

T E S I S D E G R A D O

PRESENTADA POR

BR. CC. LL. EDA RAMOS DE HUGHES-HALLET
M.E.P. HILDA CRISTINA PORTILLO

PREVIA OPCION AL TITULO DE
LICENCIADAS EN ENFERMERIA

TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

1984

614
R1720

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA

CUALES SON ALGUNOS FACTORES DE LA POBLACIÓN RELACIONADOS CON LA UTILIZACIÓN

DEL SERVICIO DE SALUD DEL CESAMO

DE S ABAN AGRANDE

T E S I S D E G R A D O

PRESENTADA POR

BR. CC. LL. EDA RAMOS DE HUGHES-HALLET

M.E.P. HILDA CRISTINA PORTILLO

PREVIA OPCIÓN AL TITULO DE
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C.A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR ABOG. OSWALDO RAMOS SOTO

SECRETARIO GENERAL LIC. ÓSCAR
ALVARENGA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO DR. RAÚL FELIPE CALIX
VICE-DECANO..... DR. VÍCTOR MANUEL RAMOS
SECRETARIA LIC EVA LUZ DE ALVARADO
PRO-SECRETARIO LIC. RAMCN ARTURO
DONAIRE
VOCAL DR. CARLOS RAMCN GARCÍA
V.
VOCAL DRA. XENIA JOSEFINA
PINEDA
VOCAL BR. EDGARDO PORTILLO
.
VOCAL BR. EDNA MARADIAGA
VOCAL BR. RIGCBERTO TABORA
VOCAL BR. SAMUEL SANTOS

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA

JEFE DEL DEPARTAMENTO..... LIC. AÍDA H.DE SILVA

COMITÉ ASESOR

LIC. DOLOPES NUÑEZ
ALVARADO **LIC.** CHRYSTABEL
PARCHMENT LIC. ELIA
LÓPEZ AGUILAR

TRIBUNAL EXAMINADOR

LIC. CHRYSTABEL PARCHMENT _____
LIC. ELIA BEATRIZ PINEDA _____
LIC. MARÍA ELENA DE GARCIA _____

SUSTENTANTES

BR. CC. LL. EDA RAMOS DE HUGHES-

HftLT.ET

M.E.P. HILDA CRISTINA PORTILLO

P A D R I N O S

ING. AGR. PETER HUGHES-
HALLET S. C. RAMONA
FUENTES

BR. CC. LL. CARLOS
ALDANA P. M. JUANA
MARÍA ALDANA

DEDICATORIA

DE EDA RAMOS DE HUGHES-HALLET

CON AMOR Y CARIÑO:

A mi esposo Peter Hughes-Hallet
Quien en todo momento me brindó su apoyo y comprensión

CON MUCHO AMOR Y CARIÑO A MIS ADORADOS HUOS:

Fedrito, Pablito, Jaimito y Karen Patricia

A MIS PADRES:

Delio Ramos y Emma de Ramos

A MIS HERMANOS, SOBRINOS, EN ESPECIAL A:

Claudia, Carolina y Alejandra

OCN CARIÑO A TODOS MIS FAMILIARES

A mis compañeros de trabajo de la Región Sanitaria No. 1
con mucho aprecio.

Con cariño a todos mis amigos, especialmente a doña Moncha Fuentes, Srta. Nelly Mejía, a la Srta. Jesús Carabantes, al personal de Enfermería de la Sala de Operaciones del Hospital Vicente D. Antoni y a Jeannette Gozan de Molina.

DEDICATORIA

DE HILDA CRISTINA PORTILLO

A MIS HIJOS CON AMOR:

Adonay y Gerardo Jesús

A MIS ADORADOS PADRES:

Santos Portillo y
Clementina de
Portillo

A MIS QUERIDOS HERMANOS:

Reinaldo y Antonio

A MI ABUELITA, TÍOS, SOBRINITOS, PRIMOS Y FAMILIARES

Con cariño

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

Con afecto

Al personal del CESAMO de Corquín, Copan y Región de
Salud No. 5

AGRADECIMIENTO

A DIOS por habernos permitido llegar a este momento

Al personal docente y administrativo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, por sus enseñanzas y colaboración en el desarrollo del presente trabajo de investigación, en especial y con todo respeto y gratitud a las Licenciadas: Dolores Núñez, Chrystabel Parchment, Elia López Aguilar, Elia Beatriz Pineda, Francisca de Canales, María Elena de García y Eva Luz de Alvarado.

Al personal de la Región Sanitaria No. 1, en especial del CESAMO de Sabanagrande y comunidad, por su valiosa colaboración.

Para todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a la realización de este trabajo vaya nuestro más sincero agradecimiento.

ÍNDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCIÓN	1
PROBLEMA	3
OBJETIVOS	3
DEFINICIÓN DE VARIABLES	4
REVISICN DE LITERATURA	8
MARCO TEÓRICO	16
METODOLOGÍA	20
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS...	22
DISCUSIÓN	54
CCNCLUSICNES	59
RECOMENDACIONES	63
SUMARIO	65
CITAS BIBLIOGRÁFICAS	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	70

ÍNDICE PE TABLAS

<u>Tabla No.</u>		<u>Página</u>
1	Distribución de los pacientes que asisten al CESAMO de Sabanagrande según lugar de procedencia. Sabanagrande, Departamento de Francisco Morazán. Honduras C. A. Enero - Julio 1983.....	23
2	Distribución de las áreas de influencia del CESAM3 de Sabanagrande según vías de comunicación, medios de transporte, duración, distancia y accesibilidad en determinada época del año	25
3	Distribución de la población según edad y sexo	27
4	Distribución de las familias según estado civil del jefe de familia.....	29
5	Distribución de familias según número de hijos	30
6	Distribución de las familias según el número de miembros	33
7	Distribución de las familias según número de miembros y procedencia	35
8	Distribución de los usuarios según enfermedades padecidas de acuerdo al último diagnóstico.....	37

Tablaba NO.
Pagina

9	Distribución de los usuarios según frecuencia de atenciones recibidas	39
10	Distribución de atención de acuerdo programas que se desarrollan en el CESAMO de Sabanagrande	42
11	Distribución del personal que labora en El CESAMO ce Sabanagrande	44
12	Distribución del número de atenciones por recurso nuclear brindadas a los usuarios en su última consulta	45
13	Distribución del personal comunitario del CESAMO de Sabanagrande, por comunidades...	47
14	Distribución de referencias enviadas según recurso humano	49
15	Distribución de la planta física del CESAMO según condiciones en que se encuentra	50
16	Número de atenciones, según distancia del lugar de procedencia al CESAMD	51
17	Distribución de atenciones según la accesibilidad al CESAMO en invierno	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<u>Gráfico No.</u>		<u>Página</u>
1	Distribución de la población que asiste al CESAMO según edad	28
2	Distribución de la población según el Número de hijos por familia	32
3	Distribución de las familias según el Número de miembros por familia.....	34
4	Distribución de las familias según frecuencia de atenciones recibidas	41

INTRODUCCIÓN

En vista de que existe una serie de factores de la población que inciden en todo el proceso de la prestación de servicios de salud, es de suma importancia conocerlos y en qué medida ocurren, para poder decidir alternativas que redunden en beneficio de la población, logrando mayor eficiencia en los servicios.

La política definida en el Plan Nacional de Salud de extender la cobertura de atención, ha estimado el hecho posible de que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promueva la atención del Sistema de Prestación de Servicios, planificando las actividades que cada nivel debe realizar, para que la efectividad de los programas llene su cometido.

Con el interés de encontrar alguna respuesta a esta problemática se decidió llevar a cabo un estudio descriptivo, dirigido a identificar algunos factores de la población que influyen en la utilización del servicio de salud de Sabanagrande, como son las características generales, nutricionales, socio-económicas y culturales de la población.

Para realizar este estudio se seleccionó el CESAMO de Sabanagrande con el fin de analizar si la atención que se brinda a los

Usuarios es de acuerdo con sus necesidades y si la accesibilidad les facilita ser atendidos.

Esta investigación esperamos sirva de marco de referencia para futuras investigaciones y programaciones en salud en base a datos reales que permitan la observación de servicios prestados en este nivel de atención.

PROBLEMA

¿Cuáles son algunos factores de la población relacionados con la utilización de los servicios de salud del CESAMO de Sabanagrande?

OBJETIVOS

- 1.- Identificar algunas características generales de la población atendida en el CESAMO de Sabanagrande.
- 2.- Identificar algunas características generales de la atención de los servicios de salud que brinda el CESAMO.
- 3.- Determinar algunos factores relacionados con la utilización del servicio de salud.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

1. Características Generales

Se consideran aquellas condiciones propias de las personas como: edad, sexo, estado civil, procedencia, estructura familiar y enfermedades más frecuentes de la población.

1.1 Edad: Tiempo en años cumplidos de cada miembro de la familia registrado en la carpeta familiar, según última fecha que aparece en el expediente. Para el lactante se toma en cuenta los días o meses cumplidos.

1.2 Sexo: Se toma según aparece en la carpeta familiar

1.3 Estado civil: Situación legal del jefe de familia, tal como aparece en la carpeta familiar.

1.4 Procedencia: Lugar de donde proceden los usuarios, según como aparece en la carpeta familiar. Para ubicación de la vivienda se considera la sede del CESAMO como área urbana y las aldeas como área rural.

1.5 Estructura familiar: Se incluye el número de miembros que conforman el grupo familiar.

1.6 Enfermedades más frecuentes en la familia: Se toma el último diagnóstico de cada usuario registrado con fecha del año de mil novecientos ochenta y tres.

2. Características de la Atención

2.1 Frecuencia de asistencia al CESAMO: Número de veces que asiste al CESAMO cada miembro de la familia desde el mes de Enero a Junio del año de mil novecientos ochenta y tres, según lo registrado en la carpeta familiar.

2.2 Programas de atención: Número total de atenciones brindadas a los usuarios por médico, personal de enfermería y guardianes de salud desde Enero a Junio de 1983, considerando las siguientes: vacunaciones, atención materno infantil, control de diarreas, nutrición, saneamiento básico, tuberculosis y malaria.

2.3 Coordinación intersectorial: Instituciones locales con las que coordina actividades el personal del CESAMO.

2.4 Referencia; Número de referencias enviadas por el personal comunitario y del *CESAMO* al nivel superior.

2.4.1 Contrareferencia

Se relaciona con el número de referencias enviadas con el número de Contrareferencia recibidas.

3. Factores relacionados con la utilización del Servicio de Salud

3.1 Recursos Humanos: Personal que labora en el *CESAMO*: médico, odontólogo, laboratorista, enfermera, auxiliares de enfermería, ayudante de enfermería, auxiliar de nutrición, promotores, aseadora y otros.

3.2 Suministros: Periodicidad con que se recibe medicamentos, materiales y cantidad acorde a la demanda de atención.

3.3 Accesibilidad:

3.3.1 Geográfica:

Tipo de carretera: se refiere al tipo de carretera si es asfaltada, de tierra y de herradura.

Si es transitable en invierno o sólo en verano y
distancia del CESAMQ en kilómetros.

3.3.2 Disponibilidad de transporte: medios existentes

Para movilizarse, desde su comunidad hacia el CESAMD
costo y tiempo que necesita para llegar.

REVISIÓN DE LITERATURA

Considerando al hombre coevo el sujeto y el objeto de la salud, la atención sanitaria y su extensión a todos los individuos no puede realizarse sin la amplia participación de la comunidad, se concibe entonces al individuo como un productor de la salud y no sólo un receptor de sus acciones. La comunidad debe tener un adecuado conocimiento de su realidad de salud, ya que está influida por el estado de salud de sus componentes; los cuales aportan el bienestar común y su energía física e intelectual.

El conocimiento que tiene la comunidad y las formas específicas de afrontar sus problemas de salud han dejado ver que se obtienen respuestas adecuadas pero que pueden ser modificadas con una clara identificación de la situación y con la introducción de nuevas tecnologías en salud, logrando así la esquematización de la problemática salud, en el contexto de la realidad nacional.

En el logro de este bienestar de salud comunitaria, Honduras implemento la medicina popular en base al factor aborigen configurado por las diferentes culturas que habitaban en 'América y la medicina folklórica española de los Siglos XI y XVI. La medicina tradicional aún hoy día, sigue en auge y los investigadores

Continúan interesados para persuadirse aún más de los resultados positivos de estas formas de tratamiento.

En esta intervención de la medicina popular en la curación de las distintas enfermedades, actúan el curandero y el usuario que solicita la atención y cuando este tratamiento no es efectivo acude al Centro de Salud.

"En 1951, se realizó un estudio antropológico de las personas asistidas en los centros de salud de Brasil, Colombia, México y Perú, se vio con claridad que entre la población abundaban las críticas de los centros, en particular por la falta de tacto del Personal, las largas esperas para obtención de asistencia y la Imposibilidad de obtener tratamiento para los niños enfermos. ⁽²⁾

Los resultados de un estudio de opinión realizado al personal médico de un Centro de Salud de la India expresaron un descontento considerable de éstos en relación a sus condiciones de trabajo, que al parecer influían en la calidad de servicios prestados.

Se han practicado varias encuestas sobre la utilización de los centros de salud en los países socialistas de Europa Oriental, en la Unión Soviética por ejemplo, se observó que el 29% aproximadamente, acudía por una o varias razones al Centro de Salud, una vez al año como mínimo.

Para atender las necesidades del personal sanitario en los países socialistas, se preparan planes basados principalmente en estudios empíricos de utilización de servicios, expresando la demanda en horas de asistencia médica. "El sistema de la medicina socializada que se ha implantado en diversas naciones, según los informes de los médicos y sociólogos que lo han estudiado, rinde magníficos servicios al país y ha extendido los beneficios médicos en altos índices poblacionales en comunidades completamente olvidadas y relegadas al abandono sanitario. Para que una medicina socializada pueda desenvolverse provechosamente necesita implantarse un estado que adopte de antemano la socialización integral de todos sus componentes.

En nuestro país, para que la medicina llegue a un nivel de socialización es necesario un cambio profundo y fundamental en la estructura de la función médica y sanitaria, a través de un "nuevo enfoque de planificación que requiera un mejor y más amplio conocimiento, tanto de los grupos de población para los cuales se diseñan los servicios como de los múltiples factores que inciden en la utilización a aceptación de estos por las comunidades. En el contexto de los programas de Extensión de Cobertura deberá ser prioritario como área o contenido específico •ce la investigación, los diferentes grupos de población para los cuales se diseñan los servicios, particularmente enfocados a obtener mayor

Conocimiento de sus necesidades y el grado de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud, la aceptación de los mismos y la utilización que la comunidad hace de ellos.

Una planificación mejor informada, con una consideración real de las necesidades de salud que ofrezca alguna alternativa para atenderlas, tomándolas en cuenta en el proceso de toma de decisiones, considerando a la vez los valores socio-económicos, políticos y culturales de las respectivas comunidades; hará que el conocimiento de los problemas sanitarios de la comunidad, la familia y el individuo en su medio determinen las acciones de salud que será necesario desarrollar.

La educación y la salud son objetivos fundamentales que deben tener lugar preferente en la preocupación y en la acción de cualquier gobierno. En un pueblo donde es difícil la obtención de alimento, la educación no logra el conveniente desarrollo de niños, máxime si son desnutridos y agobiados por las plagas, por lo que no podrá levantarse una educación culta y progresista. La desnutrición es uno de los factores que frecuentemente afecta la salud, dando un promedio de dos millones de niños desnutridos por las inconvenientes políticas de atención en salud, lo cual afecta especialmente a los niños menores de 5 años, según revela el último estudio elaborado por el Sistema de Análisis y Planificación de la

Alimentación y Nutrición (SAPLAN). En Honduras la disponibilidad de alimentos está supeditada básicamente a la producción interna de alimentos y destaca que la misma ha disminuido especialmente en aquellos productos considerados como básicos en la dieta hondureña, esto debido a la fuga de granos, el destino industrial dado a los mismos, la explotación y otros.

Lo anterior ha hecho que la desnutrición se haya enquistado como un mal lacerante en la población hondureña, todo debido a la falta de agresividad en la ejecución de efectivos programas de producción agrícola y pecuaria, lo que queda evidenciado por los bajos rendimientos que muestran los ineficientes sistemas productivos. Esto se agrava si consideramos el bajo estado socio-económico de la población ya que "la pobreza es un factor importante en la desnutrición" ⁽⁵⁾ y además, influye el marcado desinterés de los sectores gubernamentales los cuales no están concientizados para cooperar, dejando el problema sólo como función exclusiva del Sector Salud.

La situación es álgida en nuestras aglomeraciones humanas, que cargan sobre sus espaldas un cumulo indescriptible de cuanta irregularidad pueda coleccionar un experto en higiene' publica en lo concerniente a disposición final de basuras y excretas, alcantarillado, higiene de la alimentación, asistencia médica, higiene

Escolar, seguridad contra incendios, tránsito de vehículos y peatones, parques y áreas verdes, contaminación del aire y que contribuyen a crear una difícil situación socio-económica que impulsa en gran parte a la marginación de un sector importante de nuestra población, otro factor influyente es "el movimiento horizontal de población rural hacia las zonas urbanas, que supera la posibilidad de oportunidades de empleo y la inadecuada distribución del ingreso per cápita. Si a lo anterior se agrega que no hay balance paralelo y rápido que acelere el cambio económico y social de nuestra estructura; queda así planteado el terreno en donde se mueven nuestros comunes problemas y acciones de salud".

El problema afrontado por los servicios de salud de la mayoría de los países de las Américas, que mayor significación tiene son los grupos de poblaciones sub-atendidos o carentes de acceso a toda atención. A la inaccesibilidad física, geográfica, cultural y funcional de la población a los servicios de salud que se estimó en 1972 era del 55%, se agrega la inaccesibilidad por el rechazo que el paciente a veces hace de los centros asistenciales; estas circunstancias hacen que se incremente el grupo de población realmente inaccesible a los servicios de salud, a pesar de que puedan estar dentro de la población clasificada como "accesible".

"Entre los factores de los servicios de salud estatales, que obstaculizan su utilización es la distancia, la mayoría de las comunidades rurales quedan tan distantes de un establecimiento de salud, que esto los obliga a no movilizarse en busca de atención y se resignan a sufrir las consecuencias".

El funcionamiento y eficiencia de los servicios públicos en Honduras están exigiendo un análisis inmediato y un replanteamiento más de acuerdo con la realidad, la lógica y el civismo. El motivo de preocupación de las autoridades de salud es la utilización de los servicios por la comunidad, es decir, el uso que las personas hacen de los diferentes recursos a su alcance para atender sus necesidades; esto ha formulado políticas en cuanto a prestación de servicios para que la mayor parte de la población se sirva de ellos haciendo énfasis en la medicina preventiva, ya que la "prestación de servicios de salud en Honduras se ha caracterizado por su orientación a la medicina curativa, a lo cual sólo han tenido acceso una minoría quedando grandes sectores de la población sin ningún tipo de atención institucional".

(8)

El sistema de servicios de salud, es el conjunto de elementos, personas, organizaciones, recursos materiales y tecnológicos destinados por la sociedad para el fin específico de cuidar la salud de la población a través de la realización de ciertas acciones sobre

El individuo o sobre el ambiente. Estas acciones llamadas servicios de salud constituyen el producto del sistema y tienen un efecto susceptible de ser evaluado sobre la salud de la población, lo cual puede ser especificado y reducido a metas más objetivas como satisfacer la demanda, disminuir la morbilidad y producir bienes y servicios.

La adecuación de los servicios en el sistema formal comprende la regionalización de éstos, la clara definición y funcionamiento de los diferentes niveles de atención, congruentes con las necesidades básicas de salud, con los recursos para atenderlos y la implementación de un sistema de referencia que garantice el tránsito de pacientes de los servicios de complejidad menor a otros con mayores elementos de diagnóstico y tratamiento.

Los niveles de atención están identificados en función del tipo de recursos o combinación tecnológica de éstos para brindar atenciones bien definidas a la población y el nivel más elemental llamado nivel comunitario está constituido por atenciones muy simples.

MARCO TEÓRICO

Según el Programa de Extensión de Cobertura una de sus áreas prioritarias es la investigación de los diferentes grupos de población para los cuales se diseñan los servicios de salud, tomando en cuenta el conocimiento de sus necesidades, el grado de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud, la aceptación y la utilización que la comunidad hace de ellos, enfatizando las características de la población y de los servicios de salud públicos. Al efectuar estos estudios resultaría interesante conocer como una persona percibe la necesidad de salud y como realizar la toma de decisión para utilizar el servicios de salud ofrecido.

Entre las características generales de la población se identifican: la edad, sexo y procedencia, siendo posible que existan diferencias entre la edad y el sexo de la población que demanda la utilización del servicio de salud. La accesibilidad de los servicios de salud está en función de la distancia, la disponibilidad de medios de transporte y el estado de los ánimos. Por consiguiente debe estudiarse cada uno de estos factores para determinar su influencia en la búsqueda de la atención que brinda el centro de salud.

La utilización del centro por los usuarios depende también de las relaciones humanas tanto del equipo de salud como de las personas que

Demandan la atención. Aspecto que puede ser tomado en cuenta en futuros estudios.

Elementos muy importantes que también debemos tomar en cuenta son las características socioeconómicas y culturales como ser: la estructura familiar, que posiblemente influye mucho para aumentar la demanda de la utilización de los servicios de salud, tomando en cuenta un ingreso familiar reducido y gran número de miembros de la familia.

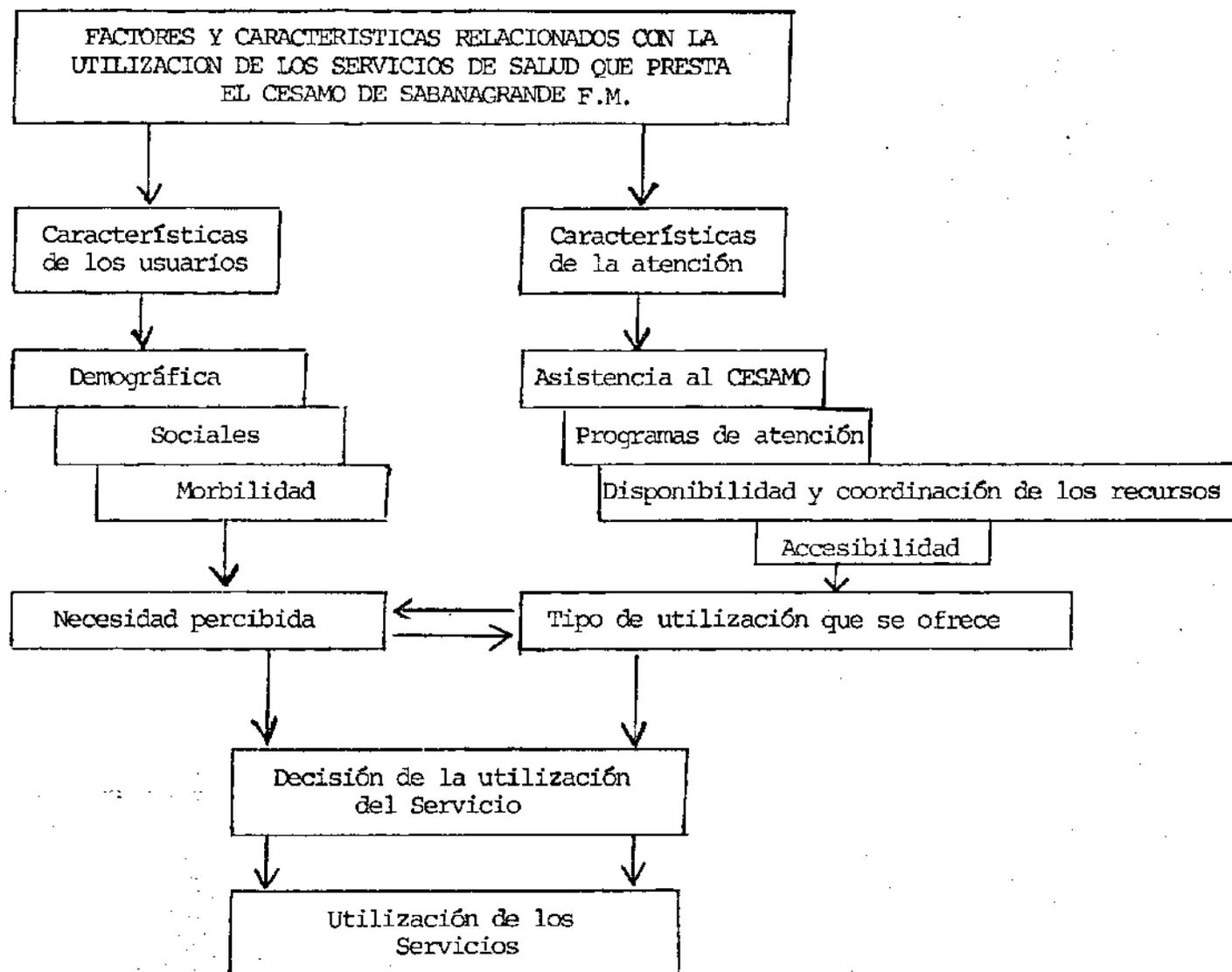
El nivel educacional que tienen los habitantes influye para mejorar su situación de salud; ya que cuando dicho nivel es bajo las personas tienden a aplicar costumbres y creencias tradicionales para la atención de su salud. Como en muchos casos los tratamientos caseros no sólo no mejoran sino que empeoran al enfermo y este es llevado al centro de salud cuando es demasiado tarde. Diariamente acuden al establecimiento de salud niños menores y adultos con determinado grado de desnutrición, procedentes de hogares con un bajo ingreso per cápita, analfabetas o con un grado inferior de escolaridad, costumbres y creencias inadecuadas lo que no permite una utilización eficiente de los servicios de salud.

Se considera que las familias que viven en tipos de viviendas que no reúnen las condiciones óptimas aumenta el riesgo de sufrir enfermedades y por consiguiente la demanda de atención de salud mayor,

Afectando esto su situación económica, surgiendo el conformismo, frente a sus incomodidades que repercuten en su estado de salud, porque aunque desearan solucionar su problema habitacional, no encuentran facilidades en el medio para satisfacer esta necesidad básica.

Los factores de la población antes descritos influyen directa o indirectamente en la utilización del servicio de salud, pero no existiendo en la actualidad datos que nos presenten esta realidad del uso de los servicios de salud en esta área tratamos de realizar esta investigación para que sirva de base en futuras programaciones de atención de salud. Asimismo se espera que los datos del presente estudio estimulen la realización de nuevas investigaciones que amplíen y profundicen el tema de la prestación de servicios de salud particularmente en el área rural.

MARCO TEÓRICO



METODOLOGÍA

El presente estudio es fundamentalmente descriptivo y exploratorio y se realizó con el propósito de conocer algunas características de los usuarios y de la atención que se brinda en el CESAMO de Sabanagrande. El tiempo en que se efectuó fue de Enero a Julio de 1983.

La población seleccionada procedió de la sede del CESAMO y las áreas de influencia, que son 19 aldeas circunvecinas.

La muestra consistió en 235 familias que representa el 10% del universo, constituido por las 2.345 carpetas registradas en el archivo del CESAMO. Las familias que integran la muestra fueron seleccionadas al azar siempre por el procedimiento del sorteo.

El período de recolección de la información duró un mes. Para obtener la información se utilizaron dos instrumentos, uno para conocer las características generales de los usuarios del CESAMO, que se tomó de las carpetas familiares y el segundo para obtener los datos de algunas características del CESAMO propiamente dicho.

Para la recolección de los datos se obtuvo la colaboración del personal del CESAMO.

Mediante la aplicación de métodos estadísticos se presentaron los datos, se analizó e interpretó la información y se elaboraron gráficos y cuadros estadísticos que reflejaron los resultados obtenidos.

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE

DATOS

TABLA No. 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ASISTE AL CESAM) DE SABANAGRANDE
 SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA Sabanagrande,
 Departamento de Francisco Morazán Honduras
 C.A. Enero - Julio 1983

Lugar de Procedencia	Número	%
Sabanagrande	71	16.4
Dulce Nombre	55	12.7
La Trinidad	54	12.4
El Divisadero	49	11.3
Apataná	44	10.1
Los Quiquistes	20	4.6
Carrizal	18	4.2
San Nicolás	17	3.9
La Ceiba	16	3.7
Saraguato	14	3.2
El Vino	13	3.0
Apasinigua	11	2.5
San José	10	2.3
San Antonio	10	2.3
Santa Bárbara	10	2.3
Monte Grande	7	1.6
Calvario No. 2	5	1.2
Los Nanzales	4	0.9
Arenales	4	0.9
El Tule	2	0.5
TOTAL	434	100.0

La tabla anterior nos muestra que el mayor porcentaje de usuarios del CESAMO (16.4%) proceden del lugar sede de Sabanagrande. Siguiéndole en orden descendente "Dulce Nombre" (12.7%) y "La Trinidad" (12.4%), los cuales también son más accesibles.

"El Calvario No. 2", "Los Nanzales", "Arenales" y "El Tule" con el menor porcentaje (1%), aún siendo lugares con buena accesibilidad al CESAMO, demandaron poca atención durante el período estudiado.

TABLA No. 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS AFEAS DE INFLUENCIA DEL CESAMO DE SABANAGRANDE SEGÚN VÍAS DE COMUNICACIÓN,
 MEDIOS DE TRANSPORTE, DURACIÓN, DISTANCIA Y ACCESIBILIDAD ESI DETERMINADA ÉPOCA DEL ASJO

LUGAR	VIAS DE COMUNICACION			TRANSPORTE Y TIEMPO NECESARIO							ACCESIBILIDAD EN INVIERNO	
	Carretera		Camino herrad.	A pie	Tiempo (Hrs.)	En Bestia	Tiempo (Hrs.)	En Vehículo	Tiempo (Hrs.)	Distancia (Kms.)	SI	NO
	Asfalto	Tierra										
El Divisadero	X	X		X	1:30	X	1:00	X	30'	6	X	
Apataná	X	X		X	1:30	X	1:00	X	30'	5	X	
Dulce Nombre		X		X	20'	X	20'	X	10'	3	X	
Carrizal			X			X	4:30			5		X
Saraguato		X		X	2:30	X	2:30	X	1:00	9		X
La Ceiba		X		X	2:00	X	2:00	X	1:00	14	X	
Apasinigua		X		X	25'	X	20'	X	10'	8		X
San Nicolás		X		X	2:00	X	2:00	X	1:00	15		X
Los Nanzales		X		X	3:30	X	3:30	X	1:30	16		X
San José	X			X	25'			X	5'	2	X	
Montegrande		X		X	2:30	X	2:30	X	45'	12	X	
Los Quiquistes	X			X	30'	X	30'	X	5'	10	X	
San Antonio	X	X		X	2:00	X	2:00	X	1:00	16		X
La Trinidad	X			X	1:00			X	20'	6	X	
Arenales		X		X	1:00	X	1:00	X	45'	6		X
Calvario No. 2	X	X		X	1:30	X	1:30	X	30'	4	X	
El Vino	X	X		X	1:30	X	1:30	X	30'	4		X
El Tule		X		X	2:00	X	2:00	X	1:00	5		X
Santa Bárbara		X		X	30'	X	30'	X	10'	7		X
TOTAL	9	15	1	18	26:04	17	29:05	18	11:00	153	9	10

La tabla No. 2 muestra que el mayor número de aldeas se comunican por carretera de tierra y en su mayoría utilizan los medios de transporte: vehículo, bestia y a pié.

El promedio del tiempo necesario para llegar desde las aldeas es de media hora en vehículo, una hora y media a pié y una hora y tres cuartos en bestia.

En invierno las condiciones de los caminos hacen que sólo sean accesibles nueve comunidades.

TABLA. No. 3

DISTRIBUCIÓN DE IA PCBLACION SEGÚN EDAD Y SEXO

EIDADES (AÑOS)	SEXO				TOTAL	
	M	%	F	%	No.	%
- 1	14	3.2	18	4.1	32	7.3
1 - 4	39	9.0	51	11.8	90	20.8
5 - 14	38	8.8	46	10.6	84	19.4
15 +	42	9.6	186	42.9	228	52.5
TOTAL	133	30.6	301	69.4	434	100

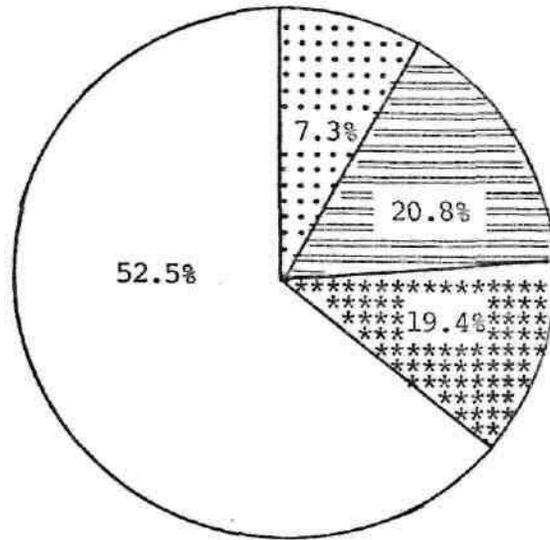
La tabla muestra que el mayor porcentaje de pacientes es del sexo femenino, que predomina en una relación de más de 2 a 1 sobre el sexo masculino.

Los porcentajes de los 2 sexos para los grupos de edad inferiores a 15 años son casi idénticos. En cambio hay una importante disparidad en el grupo de 15 años y más, en el cual la proporción es superior a 4 a 1 favorable al sexo femenino.

GRÁFICO No. 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE AL CESAMO

SEGÚN EDAD



Fuente: Tabla No.3

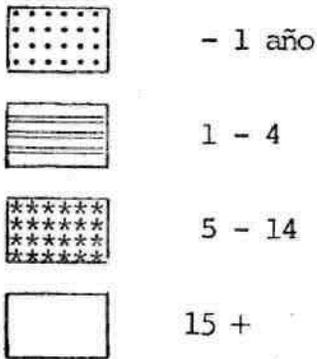


TABLA No. 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN ESTADO CIVIL

DEL JEFE DE FAMILIA

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
Solteros	105	44.7
Casados	98	41.7
Sin registro	32	13.6
TOTAL	235	100.0

La presente tabla muestra que de las familias estudiadas
Los jefes de familia solteros y casados tienen porcentajes
similares. Hay un subregistro considerable (13.6%).

TABLA No. 5

DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS SEGÚN NUMERO DE HUOS

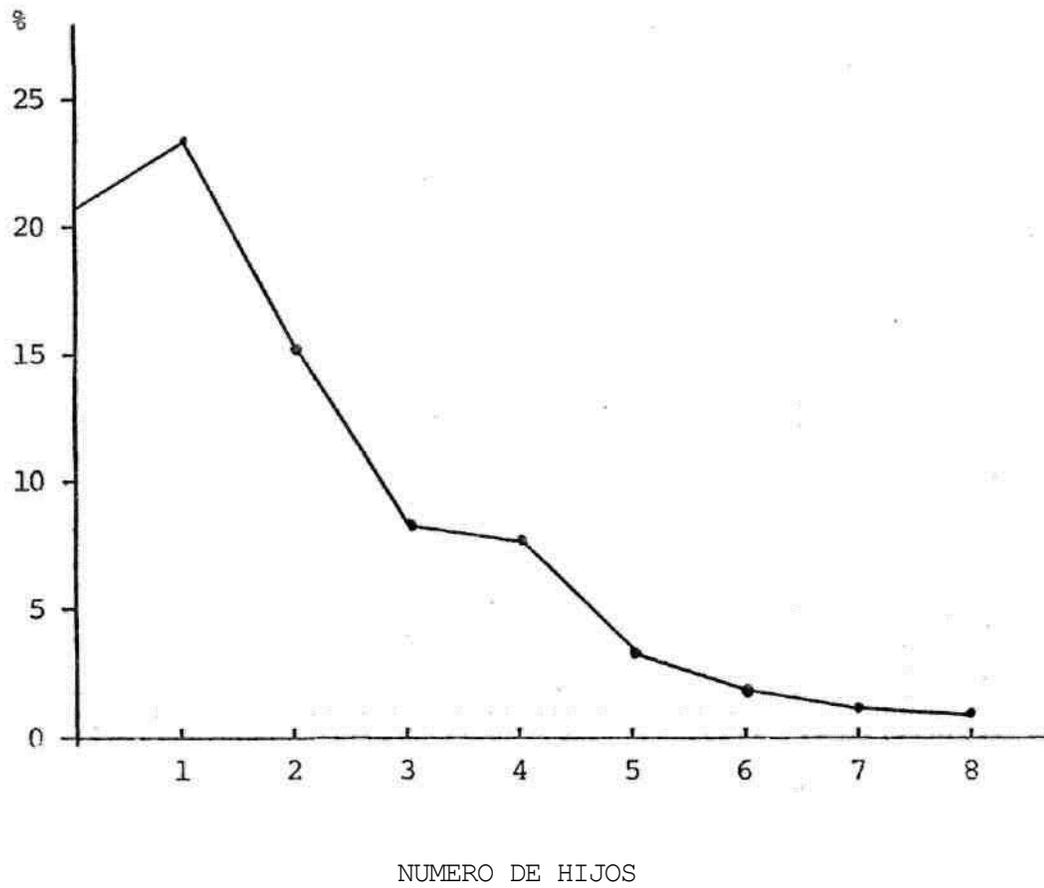
NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
1	57	24.3
2	34	14.5
3	14	6.0
4	15	6.4
5	9	3.8
6	7	3.0
7	5	2.1
8 +	4	1.7
Sin registro	90	38.2
TOTAL	235	100

La tabla muestra que el mayor porcentaje 24.3% tuvo solamente un hijo por familia, siguiendo el 14.5% con 2 hijos. El 1.7% tuvo más de 8 hijos. Es de hacer notar que en el 38.2% no se efectuó el registro del número de hijos en la carpeta

Familiar; en general, la familia hondureña es numerosa en hijos, sin embargo, en la presente tabla se observa lo contrario, pudiendo suponerse que esto sea debido al subregistro que existe en los expedientes o carpetas familiares.

GRÁFICO No. 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION SEGÚN EL NUMERO DE HUOS
POR FAMILIA



Fuente: Tabla No. 5

TABLA No. 6

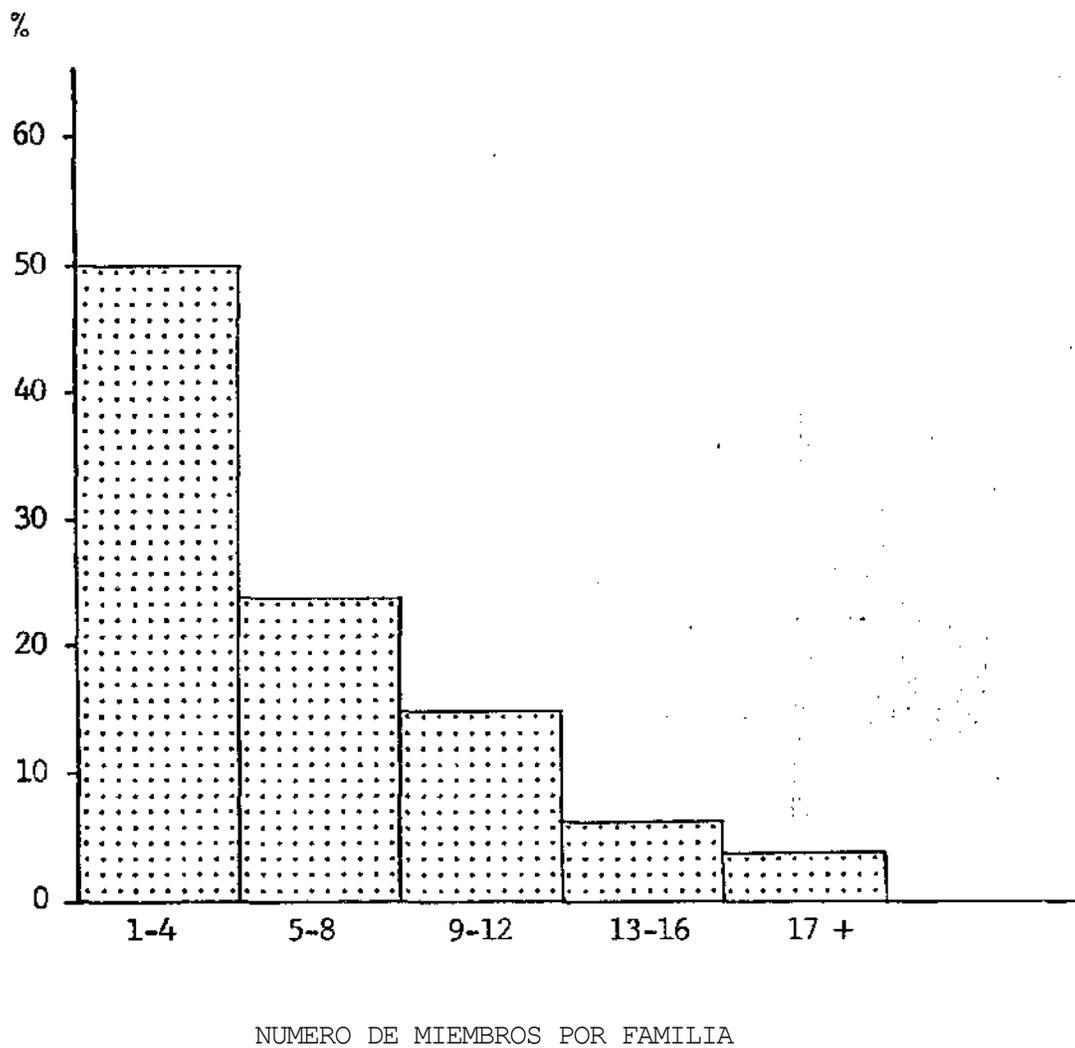
DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGÚN EL NUMERO DE MIEMBROS

MIEMBROS POR FAMILIA	NUMERO	PORCENTAJE
1 - 4	119	50.6
5 - 8	59	25.1
9 - 12	38	16.2
13 - 16	14	6.0
17 +	5	2.1
TOTAL	235	100

La tabla muestra que el mayor porcentaje de familias (50.6%) están integradas por 1 a 4 miembros, el 25% de 5 a 8 miembros, 16.2% que representa 38 familias tenían de 9 a 12 miembros. Es de hacer notar que hay 5 familias (2.1%) con más de 17 miembros por familia.

GRÁFICO No. 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN EL NUMERO
DE MIEMBROS POR FAMILIA



Fuente: Tabla No. 6

TABLA. No. 7

DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN NUMERO DE MIEMBROS Y

PROCEDENCIA

MIEMBROS POR FAMILIA	PROCEDENCIA				TOTAL	%
	Urbana	%	Rural	%		
1 - 4	17	58.6	102	49.5	119	50.6
5 - 8	4	13.8	55	26.7	59	25.1
9 - 12	4	13.8	34	16.5	38	16.2
13 - 16	2	6.9	12	5.8	14	6.0
17 +	2	6.9	3	1.5	5	2.1
TOTAL	29	100	206	100	235	100

La mayoría de las familias (206) proceden del área rural. La distribución de las familias según número de miembros muestra poca diferencia según lugar de procedencia.

Para el área urbana predominan las familias de 1 a 4 miembros (58.6%) dándose igual situación para el área rural (49.5%).

Para el área rural existe una mayor proporción de familias de 1 a 8 miembros. En el área urbana hay una mayor proporción de familias numerosas.

TABLA. No. 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN ENFERMEDADES PADECIDAS DE
ACUERDO AL ÚLTIMO DIAGNOSTICO

ENFERMEDADES	NUMERO	%
Vías respiratorias	39	16.1
Gastrointestinales	35	14.5
Dermatológicas	27	11.2
Otorrinolaringológicas	26	10.7
Carenciales	22	9.1
Linfoganglionares	20	8.3
Cardiovasculares	9	3.7
Traumatismos	8	3.3
Genitourinarias	5	2.1
Musculoesqueléticas	5	2.1
Neuropsiquiátricas	4	1.7
Oftalmopatía	1	0.4
Signos y síntomas específicos	11	4.5
Otros	30	12.3
TOTAL	242	100

En esta tabla se observa que la morbilidad padecida por el mayor número de usuarios son los problemas de las vías respiratorias (16.1%), en este grupo fueron incluidos tres casos de tuberculosis pulmonar.

Ocuparon el segundo lugar las enfermedades gastrointestinales (14.5%); con similares porcentajes las dermatológicas y otorrinolaringológicas.

Solamente hubo un caso de oftalmopatía (0.4%)

Es de hacer notar que el número total no coincide con el número de familias, debido a que en el período investigado, algunas familias no tuvieron ninguna atención, mientras que otras tuvieron dos o más.

TABLA No. 9

DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN FRECUENCIA DE
ATENCIÓNES RECIBIDAS

FRECUENCIA DE ATENCIONES POR MIEMBRO DE FAMILIA	NUMERO DE MIEMBROS	PORCENTAJE	NUMERO TOTAL DE ATENCIONES	PORCENTAJE
1	152	62.8	152	36.5
2	39	16.1	78	18.8
3	28	11.6	84	20.2
4	18	7.4	72	17.3
5 +	5	2.1	30	7.2
TOTAL	242	100	416	100

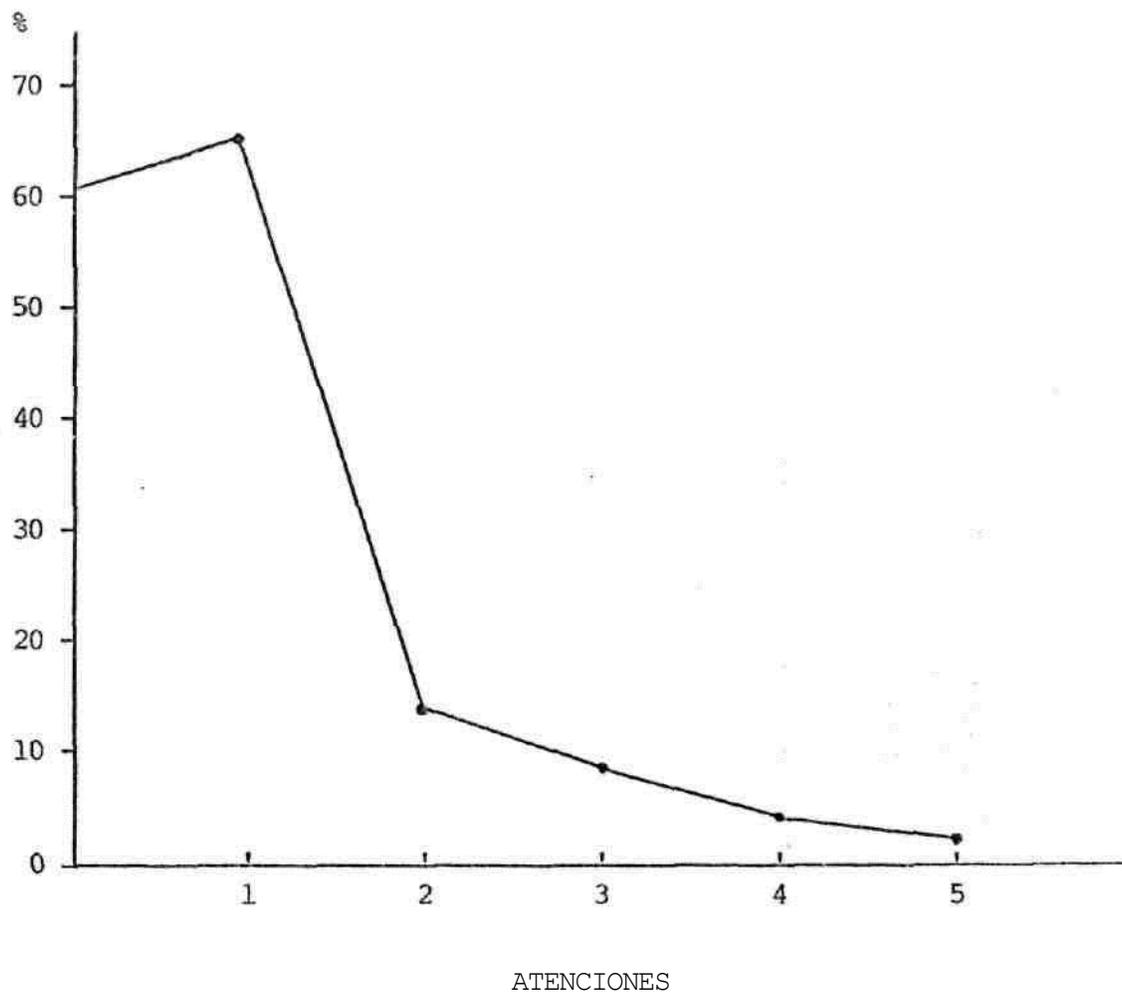
De los miembros de las familias que asisten al CESAMO, el mayor porcentaje (62.8%) recibieron una atención y el 16.1% dos atenciones. El 7.4% tuvieron cuatro atenciones y sólo el 2% recibieron cinco y más atenciones.

El total de atenciones fue 416 para 242 usuarios, es decir un promedio de 1.7 por usuario.

Estos datos corresponden a las 124 familias (53%) que tuvieron una atención o más en el período estudiado. Las restantes 111 familias (47%), no tuvieron ninguna atención en dicho período.

GRÁFICO No. 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN FRECUENCIA
DE ATENCIONES RECIBIDAS



Fuente: Tabla No. 9

TABIA No. 10

DISTRIBUCIÓN DE ATENCIÓN DE ACUERDO A PROGRAMAS QUE SE
DESARROLLAN EN EL CESAMO DE SABANAGRANDE

PROGRAMAS	ATENCIÓNES		
	Programado	Observado	%
Atención de morbilidad	1006	178	30
Control prenatal	580	24	4
Control enfermedades dia- rreicas	1073	15	2
Control de crecimiento y desarrollo	692	12	2
Control de tuberculosis pul- monar	5	3	60
Quimioprofilaxis	6	3	50
Control puerperal	53	2	4
Prevención de rabia humana	-	1	-
Otros	-	4	-
TOTAL		242	

En la presente tabla se observa que el programa que tuvo mayor cobertura (60%) fue el del control de la Tuberculosis, controlando

Los contactos en un 50%, la atención de morbilidad con el 30%, control prenatal y puerperal 4%.

Observándose coberturas bajas para el control de diarreas y crecimiento y desarrollo.

TABIA No. 11

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL CESAMO DE
SABANAGRANDE

PERSONAL	NUMERO
Médico	1
Supervisora Enfermería Sector	1
Auxiliar de Enfermería	2
Ayudante de Enfermería	1
Aseadora	1
Promotor de Salud	1
TOTAL	7

Se observa que el personal está de acuerdo con las normas del Ministerio de Salud, pero para que sea totalmente completo debe existir odontólogo y laboratorista.

TABLA NO. 12

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE ATENCIONES POR RECURSO
NUCLEAR BRINDADAS A LOS USUARIOS EN SU ÚLTIMA
CONSULTA

RECURSO	NUMERO	%
Médico	180	74.4
Auxiliar de Enfermería	47	19.4
Supervisora de Enfermería Sector	15	6.2
TOTAL	242	100

Se observa en la tabla anterior que las tres cuartas partes de atenciones (74.4%) fueron brindadas por el médico, lo que indica una preponderancia del aspecto curativo sobre el preventivo. En efecto la supervisora de enfermería sólo tuvo un 6.2% de atenciones, debido en parte a

La falta del recurso por 3 meses y también a su responsabilidad de supervisar los establecimientos de salud de su sector.

El 19.4% restante corresponde a la auxiliar de enfermería

TABLA No. 13

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL COMUNITARIO DEL CESAMO DE
SABANAGRANDE, POR COMUNIDADES

NOMBRE DE LA COMUNIDAD	GUARDIANES DE SALUD	No. DE PARTERAS	TOTAL	
			No.	%
Sabanagrande	-	5	5	9.1
La Trinidad	-	5	5	9.1
El Divisadero	1	5	6	11.0
Apataná	-	3	3	5.5
Dulce Nombre	1	2	3	5.5
Carrizal	-	2	2	3.6
Sacaguato	1	-	1	1.8
La Ceiba	-	2	2	3.6
Apasínigua	-	2	2	3.6
San Nicolás	1	4	5	9.1
Los Nanzales	2	5	7	12.8
San José	-	-	-	0.0
Monte Grande	1	1	2	3.6
Los Quiquistes	-	1	1	1.8
Arenales	1	3	4	7.3
Calvario No.2	2	-	2	3.6
El Vino	-	-	-	0.0
El Tule	1	1	2	3.6
San Antonio	1	-	1	1.8
Santa Bárbara	-	2	2	3.6
TOTAL	12	43	55	100

Se observa en la tabla anterior que 10 aldeas no tienen guardián de salud, cinco no tienen partera, y dos no tienen ninguno de los recursos.

Los Nanzaes es la comunidad con el más alto porcentaje de personal comunitario (12.8%), siguiéndole El Divisadero con el 11%, La Trinidad, Sabanagrande y San Nicolás con 9.1%.

Debe señalarse que la mayoría de las comunidades que carecen de personal comunitario se encuentran próximos a la sede del CESAMO. En el caso de San José prácticamente está integrado a Sabanagrande.

TABLA No. 14

DISTRIBUCIÓN DE REFERENCIAS ENVIADAS SEGÚN RECURSO HUMANO

RECURSO	REFERENCIA	%	REFERENCIA CONTESTADA	%
Personal del CESAMO	71	77.2	3	4.2
Parteras capacitadas	19	20.6	-	0
Guardianes	2	2.2	-	0
TOTAL	92	100	3	4.2

los datos presentados muestran que el mayor porcentaje de referencias (77.2%) fueron enviadas desde el CESAMO, recibiendo éste, sólo el 4.2% de referencias contestadas; el personal comunitario tuvo porcentajes menores de referencias: parteras 20.6% y guardianes 2.2%, no recibiendo ninguna referencia contestada.

TABLA No. 15

DISTRIBUCIÓN DE LA PLANTA FÍSICA DEL CESAMD SEGÚN CONDICIONES
EN QUE SE ENCUENTRA

DISTRIBUCION FISICA	NUMERO	CONDICIONES		
		Buena	Regular	Mala
Clínicas	3		X	
Sala de espera	1		X	
Servicios sanitarios	2			X
Baño	1			X
Lavabos	4			X

La Tabla demuestra las malas condiciones en que se encuentra la instalación de los servicios básicos de atención de salud; de 11 ambientes o unidades, 7 están en malas condiciones, los 4 restantes en condición regular, mientras que ninguno está en buenas condiciones.

TABIA No. 16

NUMERO DE ATENCIONES, SEGÚN DISTANCIA DEL LUGAR DE PROCEDENCIA AL CESAMD

DISTANCIA DEL LUGAR DE PROCEDENCIA AL CESAMO (KM.)	FRECUENCIA DE ATENCION					TOTAL
	1	2	3	4	5 +	
0 - 3	42	8	6	5	1	62
4 - 7	72	22	16	8	3	121
8 - 11	18	2	3	3	1	27
12 - 15	12	7	2	2	-	23
16 - 19	8	-	1	-	-	9
TOTAL	152	39	28	18	5	242

La tabla indica que los lugares más cercanos al CESAMO (de 0 a 7 Kms.), produjeron la mayoría de las consultas (75.6%). Las comunidades de mayor distancia produjeron solamente el 3.7% de las atenciones. Estas cifras indican que el factor distancia gravita fuertemente en las comunidades más alejadas.

TABIA No. 17

DISTRIBUCIÓN DE ATENCIONES SEGÚN LA ACCESIBILIDAD AL CESAMO EN INVTEFNO

ACCESIBILIDAD EN INVIERNO	FRECUENCIA DE ATENCION					TOTAL
	1	2	3	4	5 +	
SI	106	31	15	8	2	162
NO	44	9	12	10	5	80
TOTAL	150	40	27	18	7	242

Los datos muestran que la inaccesibilidad en la época lluviosa de muchos lugares (10 comunidades que representan el 50% del área de influencia del CESAMO, según la Tabla No. 2) afecta la utilización del CESAMO durante ese tiempo. 162 de las 242 atenciones (66.9%) provinieron de las comunidades con accesibilidad al CESAMO en tiempo de lluvia.

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra que el CESAMD de Sabanagrande brinda atención de salud tanto a la sede, considerada área urbana, como a 19 aldeas que constituyen su zona de influencia y distan entre 2 y 16 Kms. de la sede.

El mayor porcentaje de atención corresponde a la sede con un 16.4% siguiendo las aldeas de Dulce Nombre y La Trinidad con 12.7% y 12.4% respectivamente. El menor es el de El Tule con 0.5%, seguidos por Los Nanzales y Arenales que tienen el 0.9%.

El desplazamiento de los usuarios del CESAMO desde su comunidad hasta la sede, se hace por carretera asfaltada en 3 de ellas; carretera de tierra 10, y por camino de herradura 1.-Desde las 5 restantes se llega por carretera en parte de tierra y en parte asfaltada.

Los medios de transporte utilizados por los usuarios son: vehículos automotores, cabalgaduras y a pie. Hay sólo una comunidad accesible por camino de herradura para la cual el mejor transporte es la cabalgadura. Para todas las demás es posible llegar en vehículo.

Los servicios de salud del CESMD no son igualmente accesibles durante todo el año, puesto que en la época lluviosa sólo es posible el desplazamiento desde 9 aldeas.

Con relación a la asistencia, en la Tabla No. 3 se observa que el mayor porcentaje de la población que asistió al CESAMO corresponde al sexo femenino (69.4%) en comparación con el sexo masculino (30.6%). En cuanto a la edad el mayor porcentaje de la población que asistió corresponde a 15 y más años (55.5%).

Los jefes de las familias estudiadas son casados y solteros en proporciones casi iguales (41.7% y 44.7% respectivamente). No se puede hacer una referencia concluyente sobre estos porcentajes debido a que en un 13.6% de los casos no se registró el dato del estado civil, Tabla No. 4.

La mitad de las familias (50.6%) están integradas por uno a 4 miembros; la cuarta parte (25.1%) por familias de 5 a 8 miembros; la cuarta parte restante corresponde a familias numerosas: 9 y más miembros. De éstas, un 2.1% tienen más de 17 miembros, Tabla No. 6.

El mayor número de enfermedades que han padecido las familias son las de tipo respiratorio y gastrointestinales 16.1% y 14.5% respectivamente, siguiendo por su orden las enfermedades

Dermatológicas y otorrinolaringológicas 11.2% y 10.7% respectivamente. Oftalmopatía solamente con un caso que representa el 0.4%, Tabla No. 8.

En relación con el número total de familias que recibieron atención de salud, en el período estudiado fueron 124 (53%), las restantes 111 familias (47%) no tuvieron ninguna atención en dicho período. Se observó que el archivo de carpetas familiares del CESAMO no ha sido depurado, por lo que las 111 carpetas de la muestra que aparecen sin ninguna atención su registro datan de los años sesenta.

El número de personas que utilizaron el CESAMO fue de 242, de las cuales el 62.8% tuvieron una atención, el 16.1% dos atenciones, el 11.6% tres atenciones y sólo 2.1% tuvieron cinco o más atenciones; haciendo un número total de 416 consultas para los 242 usuarios del CESAMO, es decir un promedio de 1.7 por usuario. Tabla No. 9.

En cuanto a los programas de atención del CESAMO, el del Control de la Tuberculosis alcanzó una cobertura de 60%, siguiéndole la atención de morbilidad en el 30%. Con menores porcentajes el control de diarreas y de crecimiento y desarrollo.

El CESAMO cuenta con los siguientes recursos humanos: médico, enfermera de sector, dos auxiliares de enfermería, ayudante de enfermería, promotor de salud y aseadora. Es de hacer notar que de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud, debería de existir odontólogo y laboratorista.

En cuanto a las atenciones brindadas al usuario por el recurso nuclear, se observa que el mayor porcentaje (74.4%) correspondió al médico, mientras que el personal de enfermería tuvo una participación limitada (sólo una cuarta parte de las atenciones)

Los recursos comunitarios del CESAMO no están distribuidos en toda la zona de influencia, ya que un 50% de las comunidades no cuenta con guardián de salud, 25% no tiene partera y un 10% no tiene ninguno de los dos.

Las 5 comunidades con mayor número de personal comunitario absorben a la mitad de éste, quedando la otra mitad para servir a 15 comunidades.

Se observa que el porcentaje de contestación de referencias es sumamente bajo: 4.2% para el personal del CESAMO y cero para el personal comunitario.

En términos generales la planta física del CESAMD no cumple con los requisitos exigidos para el tipo de labor que desarrolla en particular por la falta de mantenimiento que crea condiciones de falta de higiene en servicios sanitarios, baño y lavabos.

La distribución de las atenciones brindadas en el CESAMO, guarda relación con la distancia de las comunidades a la sede, en especial de las más alejadas, que son las que tienen menor número de atenciones. La falta de accesibilidad en invierno, si bien afecta a un 50% de las comunidades, sólo influye sobre el 33% de atenciones que éstas recibieron.

Con respecto a la coordinación, ésta se efectúa con todas las instituciones existentes en la comunidad: Municipalidad, Recursos Naturales, Junta Nacional de Bienestar Social, CAFE, instituciones educativas y religiosas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio se resumen en las siguientes conclusiones:

- 1.- Los usuarios de los servicios de salud del CESAMO de Sabana-grande, provienen de la totalidad de la zona de influencia de éste.
- 2.- El lugar sede del CESAMO aporta una 6a. parte de los usuarios y cuenta con una tercera parte de la población total de la zona.
- 3.- El tipo de vía de transporte por el que se comunican las aldeas con el CESAMO determina la accesibilidad en mayor grado que la distancia. En época lluviosa solamente son accesibles la mitad de las comunidades, entre las que se encuentran tanto algunas alejadas como algunas próximas.
- 4.- De la población que asiste al CESAMO, las 2 terceras partes son del sexo femenino y una tercera parte del sexo masculino. El grupo de edad que predomina es el de 15 y más años,

Que representa algo irás de la mitad de los usuarios. Pero mientras que es casi las 2 terceras partes en el sexo femenino, es algo menos de una tercera parte en el masculino.

- 5.- El estado civil de los jefes de las familias estudiadas se distribuye por igual entre solteros y casados.
- 6.- la familia hondureña es relativamente numerosa, en particular en el medio rural. Puede haber subregistro de las familias con muchos hijos o puede tratarse de padres jóvenes.
- 7.- Hay cuatro categorías de enfermedades que aparecen en la muestra, con frecuencia superior al diez por ciento: vías respiratorias, gastrointestinales, dermatológicas, otorrinolaringológicas. En conjunto ellas representan más de la mitad del total.
- 8.- Algo más de la mitad de los usuarios del CESAMO, recibieron solamente una atención en el período estudiado. El programa de morbilidad atendió a unas dos terceras partes de los usuarios.
9. - El CESAMO de Sabanagrande cuenta con los recursos humanos mínimos pero aún falta la integración de los servicios de odontología y laboratorio.

- 10.- El énfasis de la acción del CESAMD está en la atención de la morbilidad que absorbe unas 4 quintas partes del total. La acción del personal de enfermería en los programas de apoyo y prevención queda reducida a una quinta parte.
- 11.- La mayoría de las comunidades que carecen de personal comunitario se encuentran próximas a la sede del CESAMO, y en algunas el personal comunitario ha desertado.
- 12.- En el sistema de referencia se observan fallas del nivel superior hacia el inferior ya que sólo aparecen contestadas menos de una referencia de cada 25 en el caso del personal del CESAMO y para el personal comunitario no hay ninguna referencia contestada.
- 13.- La planta física cuenta con 3 clínicas y una sala de espera que están en condiciones regulares, dos servicios sanitarios, un baño y cuatro lavabos que son deficientes. A estos problemas se suma el acarreo del agua efectuado por el personal porque a veces no sube a las tuberías del Centro de Salud.

14.- El archivo del CESAMO no ha sido depurado por lo que cuenta con carpetas familiares que fueron atendidas hace muchos años.

15.- El factor distancia influyó en la baja utilización del CESAMO y los lugares cercanos produjeron la mayoría de las consultas.

RECOMENDACIONES

Con base en los hallazgos de la investigación se formulan las recomendaciones siguientes:

- 1.- Que la Dirección del CESAMO tome las medidas necesarias para lograr que los registros en las carpetas familiares se hagan en forma completa, para contar con una base estadística más efectiva y a la vez se haga una buena depuración del archivo para mantenerlo actualizado.
- 2.- Que el Ministerio de Salud Pública realice los nombramientos de personal necesario para completar el equipo de trabajo del CESAMO de Sabanagrande.
- 3.- Que la Dirección del CESAMO efectúe una distribución equitativa del personal comunitario para aumentar la cobertura de atención en salud en la totalidad de su zona de influencia.
- 4.- Que la Dirección del CESAMO diseñe su plan de acción de modo que se preste más atención a los programas prioritarios especialmente Materno Infantil y Tuberculosis.

- 5.- Que el Ministerio de Salud Pública controle la aplicación del régimen de referencia para adecuarlo a las necesidades **del** nivel local y comunitario, para aumentar la deficiencia de dicho régimen.

- 6.- Que el Ministerio de Salud Pública ordene la realización **de** los trabajos necesarios para mejorar la condición de la planta física del CESAIO y proporcionarle un mantenimiento adecuado, a fin de mejorar la atención brindada a los usuarios.

- 7.- Que este estudio sirva como punto de partida para efectuar otras investigaciones en relación al mismo tema en distintas zonas del país y utilizando diversas muestras de población.

SUMARIO

Este estudio se efectuó en el CESAMO de Sabanagrande con el propósito de definir las características del uso que la comunidad hace de los servicios de salud que brinda dicho centro.

La población seleccionada procedió de la sede del CESAMO y las áreas de influencia, que son 19 aldeas circunvecinas. La muestra consistió en 235 familias que representa el 10% del total registrado en el período de Enero a Julio de 1983.

Para obtener la información se utilizaron dos instrumentos, uno para conocer las características generales de los usuarios del CESAMO, que se tomó de las carpetas familiares, y el segundo para obtener los datos de algunas características del CESAMO propiamente dicho.

Mediante la aplicación de métodos estadísticos se presentaron los datos, se analizó e interpretó la información, considerando de relevancia los siguientes hallazgos:

- El subregistro de las características generales de la población es alto.

- El predominio del sexo femenino de la población que asiste al CESAMO, siendo las edades infantiles las que tienen mayor número de atenciones.
- En términos relativos, la mayoría de los usuarios proceden de la sede del CESAMO.
- El mayor número de consultas se produjo por enfermedades respiratorias y gastrointestinales.
- Un alto porcentaje de referencias fueron enviadas por el personal comunitario del CESAMO pero no hubo contestación a las referencias.
- Las condiciones físicas del local del CESAMO son insatisfactorias por deficiencias en la construcción e instalaciones del mismo.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Oscar Valladares Figueroa. "Diagnóstico de Salud e Implementación de Cobertura en el Municipio de San Marcos, Ocotepeque" Tesis. Honduras 1978.
- 2.- Giussepe Pensó. "Vuelta a la Naturaleza" Salud Mundial. Ginebra 1978.
- 3.- Samuel Arguela Domínguez. Sociabilización de la Medicina. Honduras 1980.
- 4.- Jorge Castellanos Robago. "Investigación de los Problemas de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud" Boletín de la OPS. Washington, LXXXIX (2): 98 1980.
- 5.- UNAH. "Educación Nutricional" (mimeografiado) Honduras, s.f. p. 4.
- 6.- Álvaro Aguilar Peralta. Ministerio de Salubridad. Costa Rica, 1969.
- 7.- Honduras. "Plan Nacional de Salud 1979-1983" Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, p. 95.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Arguela Domínguez, Samuel. Socialización de la Medicina, Honduras 1980.
- 2.- Castellanos Rabayo, Jorge. "Investigación de los Programas de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud" Boletín de la OPS. Washington LXXXIX (2):98, Agosto 1980 p. 95 y 102.
- 3.- El Heraldo No. 550 7 de Septiembre 1981. "Más de dos millones de hondureños flagelados por la desnutrición" p. 3.
- 4.- Chang Quan, Jorge et al. Utilización de los Servicios de Salud por la Comunidad y los factores que la condicionan. p. 1 y 13, Costa Rica, 1980 (mimeografiado).
- 5.- Honduras, Ministerio de Salud Pública y A. S. Plan Nacional de Salud 1979-1983. Tegucigalpa, p. 1-6, 13 y 95.
- 6.- La Prensa. "Honduras y los Servicios de Salud" San Pedro Sula p. 15, 24 de Mayo 1981.
- 7.- Milton I. Roemer. Evaluación de los Centros de Salud Pública. Cuadernos de Salud Pública 48. QMS Ginebra 1972 p. 30, 31 32 y 42.
- 8.- Ministerio de Salud Pública y A. S. Segunda Evaluación del Proceso de Extensión de Cobertura en Honduras, Honduras, 1982.

- 9.- Monckeberg Barros, Fernando. "Un nuevo enfoque de la pobreza extrema" Salud (Washington) 11 (1): p. 29 y 30. 1979.
- 10.- Neupert, Ricardo. Manual de Investigación Social. Editorial Universitaria, Honduras, 1977.
- 11.- OPS. "La Epidemiología y la Enfermería" Publicación Científica No. 333, 1976 (mimeografiado)
- 12.- Pensó, Giussepe, "Vuelta a la Naturaleza" Salud Mundial (Ginebra), p. 28 y 29. Julio 1978.
- 13.- Peraza, José Antonio. Seis años en contacto con el pueblo. Imprenta Suyapa, Honduras, 1972 p. 229-230.
- 14.- UNAH. "Educación Nutricional" Honduras, sf. 4 p. (mimeografiado)
- 15.- UNAH, "Guía para la elaboración de trabajos de investigación" 1978 (mimeografiado) p. 16.
- 16.- UNAH, "Notas de la asignatura de Métodos de Investigación" año 1981.
- 17.- UNAH, "Notas de la asignatura de Programación en Enfermería"
- 18.- UNAH, "Sistema Social, Sistema de Salud y el Sistema de Servicios de Salud" (mimeografiado), p, 9, 1979.
- 19.- Valladares Figueroa, Oscar. "Diagnóstico de Salud e Implementación de Cobertura en el Municipio de San Marcos de Ocotepeque" Tesis (Honduras) p. 4, 15 y 33. 1978

ANEXOS

FORMULARIO No. 2

FORMULARIO PARA OBTENER INFORMACIÓN DE ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL
CESAMO DE SABANGRANDE, FRANCISCO MORAZAN ENERO A
JULIO 1983

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente las preguntas y escriba las respuestas correspondientes.

I. ORGANIZACIÓN FÍSICA DEL CESAMO

1.- Numero de clínicas _____

Condiciones en que se encuentran:

Lugares de ubicación (explique en relación con su accesibilidad)

2.- Existe sala de espera

Si No

3.- Existen servicios sanitarios

Si No Número: _____

Condiciones en que se encuentran (explique)

Lugares de ubicación

4.- Existen lavabos

Si No

Número: _____

Condiciones en que se encuentran (explique)

Lugares de ubicación

Existen baños

Si

No

Número: _____

Condiciones en que se encuentran (explique)

Lugar de ubicación

II. SERVICIOS QUE BRINDA EL CESAMO

ATENCIÓNES	PROGRAMADO	EJECUTADO	% CUMPLI- MIENTO
1. Controles a embarazadas			
2. Controles a puerperales			
3. Prestación de planifica- ción familiar			
4. Controles de crecimiento y desarrollo del niño sano			
5. Vacunación (menores de 1 año y embarazadas)			
Tercera dosis de SABIN y DPT			
Antisarampión			
BCG			
Toxoide tetánico a em- barazadas			
6. Control de diarreas			
No. de casos			
No. de sobres de sales de rehidratación oral Dosis distribuidas			
7. Control de Tuberculosis			
No. de casos en tratamien- to			
No. de sintomáticos res- piratorios			
No. de convivientes exa- minados			

ATENCIONES	PROGRAMADO	EJECUTADO	% CUMPLI- MIENTO
8. Controles nutricionales			
<u>No. de beneficiarios</u>			
<u>No. de niños desnutridos</u>			
<u>No. de controles nutri- cionales</u>			
9. Control de Malaria			
<u>No. de muestras de san- gre tomadas</u>			
<u>No. de casos positivos</u>			
10. Saneamiento básico			
<u>No. de letrinas</u>			
<u>No. de bombas de agua</u>			

III. ATENCIONES POR PERSONAL COMUNITARIO

PERSONAL	PROGRAMADO	EJECUTADO	% CUMPLI- MIENTO
1. Guardianes de Salud			
<u>No. de atenciones</u>			
2. Parteras capacitadas			
<u>No. de controles prena- tales</u>			
<u>No. de partos atendidos</u>			
<u>No. de controles puer- perales</u>			

IV. RECURSOS DEL CESAMO

1. Recursos Humanos

Personal de Salud	No. de Recursos
Medico	_____
Enfermera	_____
Auxiliares de Enfermería	_____
<i>Ayudante de Enfermería</i>	_____
<i>Odontólogo</i>	_____
<i>Auxiliar de Nutrición</i>	_____
<i>Promotor de Salud</i>	_____
<i>Laboratorista</i>	_____
<i>Auxiliar de Control de Vectores</i>	_____
<i>Aseadora</i>	_____

2. Suministros

Con qué periodicidad recibe el CESAMO y el personal,
comunitario los suministroo

La cantidad recibida está acorde con la demanda?

Si No

Si la respuesta es negativa explique el por qué

V. REFERENCIAS

- No. de referencias enviadas por el nivel institucional, CESÁMO
Sabanagrande, Francisco Morazán. Enero - Julio de 1983

Nivel que refiere	A que nivel refiere		Contrareferencias recibidas
	CESAMO	Hospital Nacional	

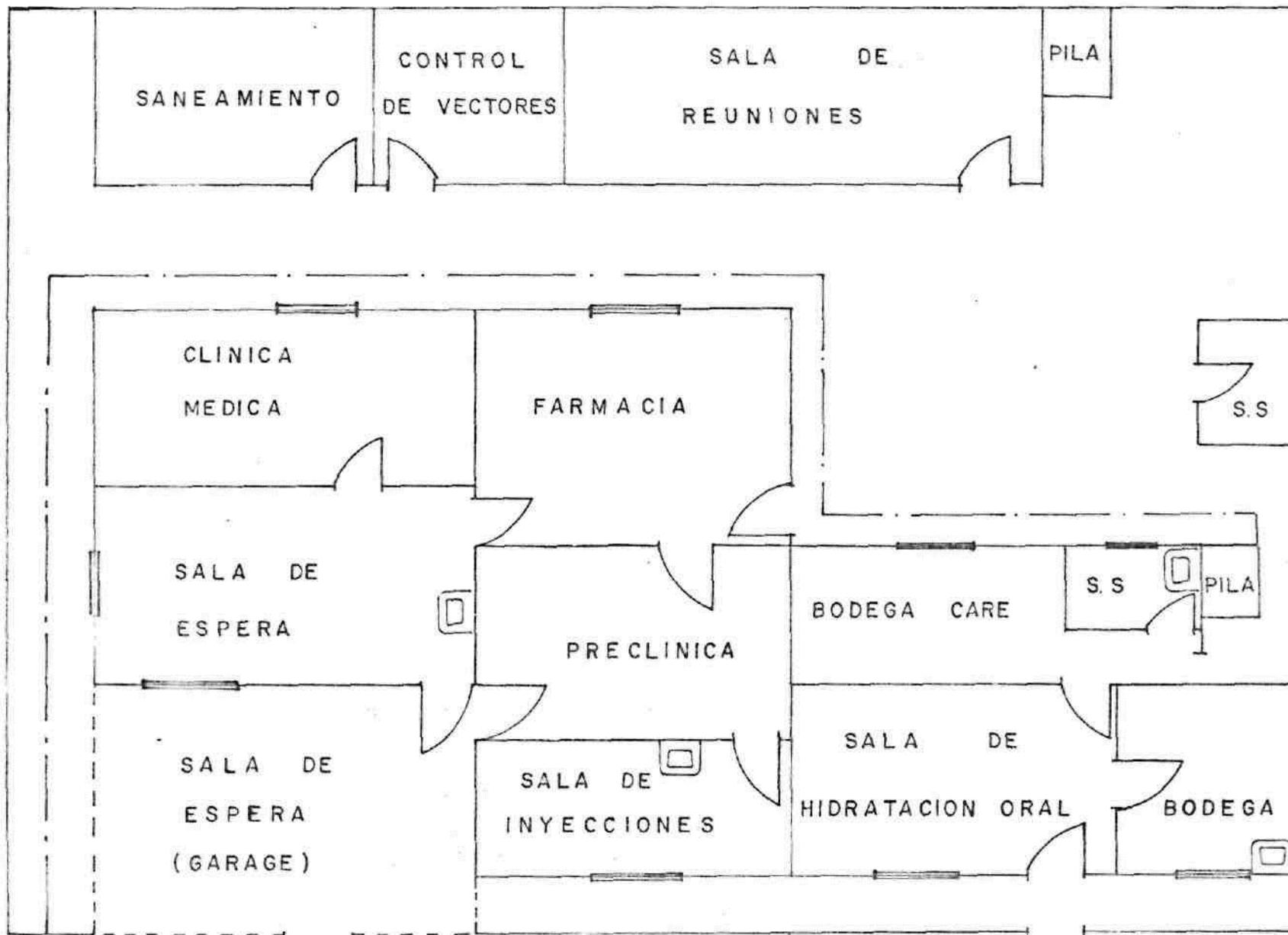
VII. COORDINACIÓN

1.- Con cuáles instituciones locales coordina actividades?

Municipalidad	<input type="checkbox"/>
Recursos Naturales	<input type="checkbox"/>
Educación	<input type="checkbox"/>
Junta Nacional	<input type="checkbox"/>
Care	<input type="checkbox"/>
Instituciones religiosas	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>

POBIACION DEL MUNICIPIO DE SABANAGRANDE

LUGAR	NUMERO DE HABITANTES	PORCENTAJE
Sabanagrande	3480	40
Dulce Nombre	420	4
La Trinidad	420	4
El Divisadero	210	2
Apatará	300	3
Los Quiquistes	225	2
Carrizal	300	3
San Nicolás	480	5
La Ceiba	690	8
Sacaguato	340	3
El Vino	210	2
Apasinigua	345	4
San José	150	2
San Antonio	375	4
Santa Bárbara	203	2
Monte Grande	132	1
Calvario No. 2	270	3
Los Nanzaes	225	3
Arenales	290	3
El Tule	160	2
TOTAL	8625	100



ÁREA DE INFLUENCIA DEL CE SAMO

