

**Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua
Facultad De Ciencias Medicas, León
Departamento De Medicina Preventiva Y Salud Pública
Postgrado De Salud Pública**



Tesis, Para Optar A Master En Salud Pública

**Análisis De Situación De Salud Y Condiciones De Vida Del Municipio De San
Francisco De La Paz, Departamento De Olancho, Honduras. C.A En El
Periodo De Junio A Diciembre Del 2004**

Autores:

**Dr. Huniberto Madrid Zerón
Dr. Orles Escobar Sánchez
Dr. Adonis Andonie**

Tutor

Gregorio Matus Lacayo. MD MSP

León. Marzo de 2005

INDICE

I.	Introducción.....	1
II.	Planteamiento Del Problema.....	6
III.	Justificación De La Investigación.....	7
IV.	Objetivos.....	9
V.	Marco Teórico.....	10
VI.	Diseño Metodológico.....	28
VII.	Resultados.....	34
VIII.	Discusión.....	46
IX.	Conclusiones.....	50
X.	Recomendaciones.....	52
XI.	Bibliografía.....	53
XII.	Anexos.....	56

I. INTRODUCCIÓN

El municipio de San Francisco de la Paz, esta ubicado en el departamento de Olancho Honduras; Sus limites son al norte con el municipio de Gualaco, al sur con el municipio de Juticalpa, al este con el municipio de Santa Maria del Real, y al oeste con el municipio de Manto y Guarizama.

Su extensión territorial es de 540.2 kilómetros cuadrados con una población estimada de 18,551 habitantes, distribuidos en 76 comunidades.

Esta situado en un pequeño valle y en zona montañosa alta con clima templado en la parte nororiental del departamento, siendo su actividad productiva de mayor importancia el cultivo y procesamiento del café, granos básicos y en menor rubro la ganadería de doble propósito de donde se genera los ingresos de los habitantes del municipio

El sistema de salud municipal esta compuesto por un centro de salud con un médico y un odontológico (CESAMO) el cual es atendido por: 1 médico coordinador, 1 médico asistencial, 1 odontólogo, 1 licenciada en enfermería, 3 auxiliares de enfermería, 1 técnico de laboratorio, 1 técnico de farmacia, y 3 técnicos de salud ambiental. Además 5 centros de salud rural (CESAR) en localidades del municipio atendidos por 5 auxiliares de enfermería, además funcionan en la sede municipal 4 clínicas medicas privadas que atienden por demanda espontánea.

En el sector de salud estatal se atiende la población del municipio según programas de áreas programáticas de atención según demanda espontánea y dirigida a grupos poblacionales de riesgo.

En 1994 la Secretaría de Salud estima que San Francisco de la paz tenía un acceso a los servicios de salud de un 56% de la población y el resto carecía de este acceso por razones económicas, geográficas, infraestructura etc.

Las necesidades básicas insatisfechas de los hogares del municipio reflejan un 39% de los hogares con 3 o más necesidades insatisfechas que contribuían significativamente a la inequidad en salud⁽⁴⁾

Antecedentes

La búsqueda de medidas objetivas del estado de salud de la población es una antigua tradición en salud pública, particularmente en epidemiología. Desde los trabajos de William Farr en el siglo XIX, la descripción y análisis del estado de salud fueron fundados en medidas de mortalidad y sobre vivencia. Más recientemente, en parte como resultado del control exitoso sobre todo en las áreas de mayor industrialización, las enfermedades infecciosas tradicionalmente responsables de la mayor carga de mortalidad, así como producto de una visión más comprehensiva (integral) del concepto de salud y sus determinantes poblacionales, se reconoció la necesidad de considerar también otras dimensiones del estado de salud⁽¹⁾.

En la década de los setenta con el informe Lalonde en Canadá y la declaratoria de la organización mundial de la salud de “salud para todos en el año 2000” aparece “la iniciativa regional de datos básicos de salud” lo que posteriormente se transformaría en el análisis de situación de salud según condiciones de vida⁽²⁾.

En 1996 la OPS y secretaria de salud de Honduras elaboraron una propuesta metodológica del análisis de la situación de salud según condiciones de vida (ASIS-SCV) la misma que fue transferida e implementada en varias regiones sanitarias del país⁽³⁾.

En la Región Sanitaria No 7 Olancho Honduras, se realizo el ASIS-SCV con muy buenos resultados que le han permitido direccionar la gestión en salud a las áreas más necesitadas con equidad y solidaridad humana permitiéndoles mejorar notablemente los niveles de salud.

Secundaria ha esta experiencia exitosa de salud y a la validez metodológica del ASIS-SCV es que se vuelve imprescindible que se realice en el municipio de San Francisco de la Paz.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Conocer cuál es la situación de salud existente y las condiciones de vida prevalentes en el Municipio de San Francisco de la Paz, Olancho Honduras C.A. En el periodo comprendido de junio a diciembre del 2004?

III. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

El Municipio de san Francisco de la Paz tiene establecida desde 1972 la red de servicios de salud que en la actualidad es formada por 1 Cesamo y 5 cesares los cuales han venido desarrollándose durante varios procesos de formación en salud desde la programación local hasta la de municipios saludables en la actualidad, la que a través de la descentralización de servicios que promueve la Secretaria de Salud de Honduras nos esta conduciendo a que localmente desarrolle una gerencia en salud con participación comunitaria.

Planteándonos el reto de establecer localmente estrategias conducentes a fortalecer el modelo de atención implementando estrategias dinamizadoras del proceso que nos lleven al éxito de la implementación del mismo.

En la actualidad en el ámbito municipal se carece de un análisis situacional de salud del municipio, que pueda servir de herramienta metodológica para planificar estratégicamente el abordaje de la problemática de salud municipal lo mismo que sirva para planeamiento del desarrollo municipal que enfoque adecuadamente las áreas y recursos a intervenir y utilizar para mejorar la cobertura y el acceso de servicios de salud con equidad identificando a los mas necesitados, lo mismo que se logre identificar los recursos adecuados que se necesite para alcanzar el involucramiento de la mayor parte de la comunidad a través de la gestión social de la salud.

Un análisis situacional que sirva como plataforma generadora de discusión y reflexión critica a todos los sectores involucrados en el municipio; Tomando cada actor social el lugar que le

corresponda y de esta manera integrarse en la construcción de la visión de desarrollo y que cada sector se convierta en socio estratégico del municipio para alcanzar mejores niveles de desarrollo.

En el sector salud desde hace algún tiempo se viene detectado la necesidad de contar con información actualizada y confiable para facilitar el análisis de la situación de salud, planificación, desarrollo de acciones y estrategias en el sector salud, apoyando el propósito de lograr la implementación de políticas nacionales de salud que pretenden reducir las inequidades⁽⁵⁾.

En este marco se visualiza el Análisis de Situación de Salud según Condiciones de Vida (ASIS-CV) como un instrumento indispensable para la planificación local que trasciende el ámbito meramente institucional para incursionar en el campo de la participación social como parte integrante del proceso.

Con este estudio se pretende obtener un verdadero análisis del proceso salud enfermedad y encontrar así las inequidades identificando fácilmente los grupos humanos más postergados. Y poder realizar acciones de salud orientadas a disminuir la inaccesibilidad de los servicios de salud y orientar programas sociales que ayuden a disminuir las necesidades básicas insatisfechas (letrinas, agua segura, fogones, mejoramiento de vivienda etc.) de los hogares afectados.

IV OBJETIVOS

a) Objetivo general

Analizar la situación de salud según condiciones de vida (ASIS-SCV) del municipio de San Francisco de la Paz, Olancho Honduras C.A en el periodo comprendido del 20 de octubre al 30 de diciembre de 2004.

b) Objetivos específicos.

1. Describir las condiciones de vida según indicadores de necesidades básicas insatisfechas del municipio estudiado.
2. Estratificar los espacios poblacionales según indicadores de necesidades básicas insatisfechas en el municipio.
3. Identificar las principales causas de morbilidad y mortalidad del municipio.

V MARCO TEORICO

El desarrollo social de la medicina tiene en su devenir histórico, múltiples facetas de desarrollo en su construcción a través de muchas experiencias realizadas por todo el mundo.

- En 1820 en Escocia el Dr. William P Allison describió la estrecha relación entre la *pobreza y la enfermedad* ⁽²⁾.
- En 1840 en Francia Louis Rene Villierme publico su “*Opus Magnum, la encuesta sobre las condiciones físicas y morales de los obreros de la fabrica de algodón, lana y seda*”, en las que demostraba que eran las increíbles condiciones de vida de estos trabajadores las que causaban sus muertes prematuras⁽²⁾
- En 1847 en Alemania Rudolf Virchow, al investigar una epidemia en los distritos industriales de Silesia. Llego a la siguiente conclusión de que las causas de la epidemia eran tanto sociales, económicas y físicas. “*El remedio que recomendó consistía en prosperidad, educación y libertad que solo puede desarrollarse en una sociedad con democracia libre e ilimitada*” ⁽²⁾.
- En 1845 John Snow Pionero de la investigación epidemiológica, a partir de sus estudios clásicos sobre el cólera han descrito desde entonces “ *las múltiples formas en que las causas generales, la miseria y el hambre, influyen en la relación entre los agentes causales específicos, el huésped y el ambiente*” ⁽⁶⁾

- En 1909 Ludwig Teleky en Viena hizo el siguiente postulado *“La necesidad de investigar las relaciones entre el estado de salud de un grupo de Población y sus condiciones de vida, que dependen de su posición social, así como las relaciones entre los factores nocivos que actúan de una forma particular o con intensidad especial en un grupo social y las condiciones de salud de ese grupo o clase social”* ⁽⁶⁾

En 1945 Henry Singerit describió las 4 tareas básicas de la medicina *promoción de la salud*

Prevención de la enfermedad

Atención de los enfermos

Rehabilitación de los enfermos ⁽⁶⁾.

- En 1960 en Oxford Ivan Illich y Michel Foucault acuñaron el término *medicalización* entendido como el auto cuidado de su salud individual ⁽⁶⁾.
- En 1974 en Ottawa se publica el informe Lalonde basado en el concepto de campo de la salud *“Hasta ahora, casi todos los esfuerzos hechos por la sociedad para mejorar la salud y la mayoría de los gastos directos en salud se han centrado en la organización de los servicios de atención sanitaria. Sin embargo, cuando identificamos las principales causas actuales de enfermedad y muerte en Canadá, vemos que están arraigadas en los tres elementos del concepto biología humana, medio ambiente y estilos de vida.*

Por lo tanto, es evidente que se están gastando grandes sumas en el tratamiento de enfermedades que podrían haberse evitado” ⁽⁷⁾.

- En 1978 la Organización Mundial de la Salud elabora la estrategia SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 *“Aparece formalmente un llamado a la acción intersectorial como herramienta para ganar salud junto con los otros ejes de la equidad, participación y reorientación de los servicios.”* ⁽⁸⁾
- En 1986 la carta de Ottawa declara sin lugar a dudas que *“Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos”* ⁽⁹⁾.
- En 1987 en Europa se inicia el movimiento de ciudades saludables
- En 1991 la Organización Panamericana de la Salud define que la promoción de la salud es *“concebida cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encomendados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectivas”* ⁽⁸⁾

- En 1992 en Cali Colombia en el marco de la conferencia de la promoción de la salud se establece en Latinoamérica la estrategia de Municipio saludable “*el camino para operativizar la promoción de la salud en las América*”⁽¹⁰⁾.

Para desarrollar la estrategia de municipio por la salud se hace necesario al interior del espacio poblacional que este ocupa tener una línea base de información para lo cual se puede construir con diversas metodologías de recolección y análisis de datos de tipo poblacional, económico, social, educativo y estructural político.

Uno de los principios básicos que rigen la conducción de los servicios de salud es el acceso a la salud con equidad, es decir que todos los sectores de la sociedad tengan igualdad de oportunidades de tener una salud que les permita llevar una vida optima.

En este sentido, la posibilidad de acceder a la salud esta interrelacionada con una serie de otros aspectos, entre los que cabe mencionar las condiciones materiales de vida, la construcción cultural de la sociedad y el entorno ecológico en el cual vive un grupo humano determinado.

Entre esta variedad de métodos esta el ASIS-SCV que nos permite tener la aproximación mas cerca de la realidad de salud del municipio a través de la medición de las condiciones de vida con la aplicación del índice de Necesidades Básicas Insatisfechas en combinación con la medición de los indicadores del estado de salud del municipio lo que nos da él diagnostico situacional de salud.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD Y CONDICIONES DE VIDA

Definición

Proceso analítico– sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud así como sus determinantes, sean estas competencias del sector salud o de otros sectores ⁽¹¹⁾.

El Análisis de Situación de Salud según condiciones de vida (ASIS-SCV) es la primera Función Esencial de la Salud Pública (CE 126/17) ⁽¹²⁾

El ASIS-SCV promueve el aumento de la capacidad de generar, analizar, difundir y utilizar la información para la determinación de necesidades, desigualdades e inequidades en salud, asimismo, es útil para el monitoreo y evaluación de las acciones en beneficio de la salud. El ASIS-SCV se desenvuelve en dos dimensiones desde lo estratégico y temporal, la coyuntura y las tendencias.

Los ASIS-SCV facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones, programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud.

Los ASIS-SCV se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política. Los ASIS-SCV incluyen como sustrato a grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de las condiciones y calidad de vida desigual y definida según características específicas tales como sexo, edad, ocupación, etc., que se desarrollan en ambientes específicos. El ambiente constituye el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y

epidemiológico de los grupos humanos, donde existen complejas relaciones de determinación y de condicionamiento.

Los propósitos de ASIS-SCV

Los ASIS-SCV tienen diversos propósitos, y su importancia radica en contribuir con la información que el componente técnico requiere para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud. En particular, los propósitos son apoyar:

La definición de necesidades, prioridades y políticas en salud y la evaluación de su pertinencia⁽³⁾.

Tipos de ASIS-SCV

Existen varios tipos de análisis, entre ellos los análisis de tendencias y los análisis de coyuntura.

Los primeros tienen como propósito identificar y determinar las condiciones de cambios en los procesos de salud-enfermedad de una población, usualmente de mediano y largo plazo. Por su parte, los análisis de coyuntura responden a un contexto y situaciones definidas de corto plazo que permiten orientar cursos de acción dependiendo de condiciones de viabilidad y factibilidad de la coyuntura política existente.

ASIS-SCV en el contexto actual



La realidad sanitaria de las Américas presenta grandes problemas estructurales de larga data que constituyen enormes desafíos para el sector salud. Entre los más importantes destaca los problemas de inequidad e ineficiencia.

Existen zonas, predominantemente urbanas con mejores niveles socioeconómicos donde hay alta concentración de recursos (establecimientos, equipamiento, profesionales, insumos y materiales) lo que ocasiona muchas veces un bajo rendimiento, en tanto, que hay zonas como las rurales, con altos niveles de pobreza, en donde no es accesible este tipo de recursos.

Este panorama configura un doble marco de desigualdad, por un lado, la población pobre que tiene mayor riesgo de enfermar y morir tiene poco acceso a servicios de salud, y por otro lado, la población no pobre que teniendo menor riesgo de morbilidad y mortalidad tiene mayor acceso a la atención de salud.

Esta situación, acompañada de otras limitaciones y distorsiones, justifica los cambios impulsados por el sector salud. Uno de los principales mecanismos impulsores de estos cambios es la determinación de las prioridades de salud⁽¹³⁾.

Al ser escasos los recursos, es preciso que éstos sean asignados preferentemente a los problemas de mayor costo social, con intervenciones que simultáneamente provean mayor beneficio.

El proceso de priorización de problemas de salud no es nuevo en el sector, sin embargo, ha sido necesario impregnarle de mayor racionalidad. Ello ha significado que podamos usar el Análisis

de Situación de Salud (ASIS-SCV) como metodología estandarizada para conocer los problemas de salud, así como sus factores determinantes y condicionantes ⁽¹⁴⁾.

Este instrumento está permitiendo medir la situación de salud de la población en sus distintas dimensiones (variables demográficas, sociales, económicas y epidemiológicas), a través de medidas representativas (promedios y otras medidas de tendencia central) y del establecimiento de brechas de inequidad para identificar los grupos más vulnerables.

Esta información permitirá al sector acondicionar la oferta de servicios para enfrentar estratificadamente estos problemas, de forma que se obtenga mayor beneficio social, en términos de un mejor estado de salud.

El ASIS-SCV es un instrumento que provee información útil para la toma de decisiones. Recurre para ello a múltiples fuentes de información que, aún cuando formaran parte de un sólo Sistema de Información, son manejadas (recolectadas, almacenadas, evaluadas, procesadas, analizadas y difundidas) por diferentes unidades y profesionales de la organización ⁽¹⁵⁾.

Para alcanzar los resultados esperados con el ASIS-SCV, en él deben participar por lo menos los responsables de la información base y de aquellos con participación en la toma de decisiones.

El consenso es que la inteligencia sanitaria es la encargada de monitorizar y analizar permanentemente información sobre variables e indicadores estratégicos de la situación de salud; de definir las prioridades sanitarias; y de proponer estrategias pertinentes para la atención de los problemas de salud.

Por lo tanto, el ASIS-SCV debe ser un instrumento que se ponga al servicio del equipo de inteligencia sanitaria para que pueda cumplir con los desafíos impuestos por una mejor gestión en salud.

Condiciones de vida y ASIS

Es la forma como se articula la población en el proceso general reproductivo del conjunto de la sociedad, tiene carácter dinámico, pueden mejorarse o deteriorarse por efecto de cambios en los procesos naturales y sociales que caracterizan a la sociedad, o bien por las respuestas compensatorias que desarrollan los individuos y los grupos sociales⁽¹⁶⁾.

Las condiciones materiales de vida en cambio, constituyen un reflejo de cómo determinado grupo se inserta en los procesos productivos de la sociedad y como ello permite la adquisición de determinados bienes y servicios.

Cada uno de estos aspectos no es independiente el uno del otro, ni constituyen momentos aislados en el tiempo. Más bien a través de un proceso histórico y de una interrelación que es difícil de analizar, van evolucionando en forma conjunta.

A la vez, reciben la influencia, es decir, son condicionados, por procesos y políticas generales de la sociedad en su conjunto.

Todo ello, como se señaló anteriormente, va definiendo un grupo social que comparte determinadas formas de vida, como también un territorio que habita y que le es propio, en tanto

que lo va configurando a sus formas de vida. En consecuencia, se conforman espacios – sociales que tienen características propias, también conocidos como “espacios – población”

En vista de la interrelación que existe entre todos estos aspectos y los procesos más generales de la sociedad, para traducirlos a un plano operativo de utilidad en la prestación de servicios, se ha escogido las condiciones materiales de vida como indicativo del conjunto.

Como tal, se hace necesario identificar un indicador cuantitativo que permita discriminar entre los diversos espacios- población según las condiciones de vida de la mayoría de su población.

Este indicador no explica por si solo la riqueza y complejidad de lo que constituyen las condiciones de vida de los diversos grupos humanos, pero si contribuye al reconocimiento de las inequidades.

El ASIS-SCV en nuestro país utiliza el indicador que ha sido probado, ÉL INDICE DE NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS, La metodología del NBI para el estudio de la pobreza en los países latinoamericanos fue propuesta por la CEPAL en los años 70 y tiene como principal objetivo identificar hogares y personas que no alcanzan a satisfacer un conjunto de necesidades consideradas indispensables según niveles de bienestar aceptados como universales, utilizando básicamente la información censal.

El método de medición según NBI identifica aquellas condiciones que evidencian la falta de acceso a ciertos tipos de servicios considerados fundamentales tales como, entre otros, la vivienda, el agua potable, la electricidad, la educación y la salud. Este método requiere la

determinación de distintos niveles de satisfacción de las necesidades consideradas básicas en determinado momento del desarrollo de la sociedad. Puede afirmarse que este enfoque analiza la denominada “pobreza estructural” en tanto y en cuanto detecta la deficiencia de ciertas condiciones de infraestructura de los hogares

El método se basa en la definición de necesidades que se incluyen en la medición y el establecimiento de umbrales de satisfacción, o sea los niveles mínimos que se consideran apropiados.

A partir de la definición de un conjunto mínimo de satisfactores referidos a educación, empleo y vivienda se mide el volumen de población que no tiene pleno acceso a ellos.

Para considerar a un hogar con NBI, el criterio metodológico utilizado es el de carecer de al menos una de las necesidades definidas como básicas.

El análisis de la pobreza medida a través del método NBI, comprende a ciertos sectores de la población que soportan situaciones de privación muy extendida en el tiempo. Los diferentes tipos de carencias que estas personas padecen, están relacionadas a las condiciones de vivienda, la educación, los servicios sanitarios y la capacidad de subsistencia. Generalmente, la imposibilidad de acceso a recursos prolongada en el tiempo, lleva a una percepción de perpetuidad de su condición actual.

La evolución de este tipo de pobreza llamada “estructural”, puede medirse a través de la utilización del método de las *Necesidades Básicas Insatisfechas*, conocido internacionalmente como (NBI). Esta forma de medición, pondera una serie de indicadores referidos a condiciones de existencia del hogar con el propósito de construir umbrales de satisfacción, el que consiste en la definición de un conjunto de necesidades básicas con sus correspondientes componentes.

A partir de ellos, se selecciona un conjunto de indicadores que expresan el grado de satisfacción de cada necesidad. Se fija un nivel mínimo para cada indicador y se considera que debajo del mismo el hogar no logra satisfacer dicha necesidad..

Se construye a partir de cinco condiciones y se valora en cada hogar a través de la aplicación de la encuesta familiar de salud (CEFASA) si cada una de ellas se cumple o no.

Cada condición apunta a una carencia específica que señala la posibilidad de un hogar de tener condiciones materiales de vida tales que permitan al grupo familiar sobrevivir y reproducirse, en Honduras el Instituto nacional de estadísticas (INE) a establecido estas condiciones

Indicador	Umbrales mínimos de satisfacción
Hacinamiento	Más de tres personas por cuarto.
Vivienda inadecuada	construida con paredes de desecho
Condiciones sanitarias	vivienda sin servicios básicos, sin agua dentro de la propiedad y sin servicio sanitario
Menores no escolarizados	al menos un niño de 7 a 12 años que no asiste a la escuela
Ocupación del jefe de hogar:	3 personas por miembro ocupado y el jefe con bajo nivel educativo menos de 3 años de escolaridad.

Como lineamientos generales, para seleccionar los indicadores a incluir en el NBI se consideró importante, según señala Kaztman (1996a) ⁽¹⁷⁾:

- ❖ Lograr la mayor desagregación geográfica posible.
- ❖ Que las características seleccionadas sean representativas de la incapacidad de satisfacer un espectro más amplio de necesidades que las que investiga el censo.
- ❖ que el acceso a bienes o servicios que satisfacen la necesidad básica se encuentren

Factiblemente al alcance de todos los hogares del país.

- ❖ Que se reflejen características relativamente permanentes de los hogares.
- ❖ que frente a opciones similares para la medición de la carencia crítica, se seleccione el Indicador más simple e inteligible.

Para medir los resultados de las necesidades básicas insatisfechas en las diferentes localidades se hace necesario la estratificación de los grupos poblacionales tomando como la unidad base las localidades que conforman el municipio de acuerdo a las necesidades básicas insatisfechas referidas en el censo de salud familiar levantado en el municipio para poder identificar los grupos de población con más carencias, considerando la heterogeneidad de las localidades del municipio en cuanto a condiciones de vida, concentración poblacional, grados de potencialidad de desarrollo, etc se hace necesario realizar agrupaciones (estratos) que muestren además de cierta afinidad entre estos factores (denominadores) más o menos similares y “robustos” a fin de que el análisis de tasas de incidencia, prevalencia, mortalidad y utilización de los servicios de salud, entre otros, puedan mostrar determinadas “estabilidad” Ya que los denominadores pequeños pueden introducir un sesgo al momento de analizar indicadores⁽³⁾.

Pasos a seguir en la construcción de los estratos⁽³⁾

1. Enlistar las comunidades ordenadas de mayor a menor NBI
2. Si la cabecera del municipio o sede de la unidad de salud tiene una población muy grande y características de mayor urbanidad que el resto de comunidades se deben separar
3. Anote la población de cada una de las comunidades.

4. Divida la población que suman sus comunidades entre el número de estratos que va a construir pueden ser 3 o 4 en el nivel local de la unidad de salud.
5. Cada estrato deberá tener una población similar al resultado de la división anterior
6. Las cabeceras se deben estratificar por Barrios.

Antes de trabajar la estratificación deberá haberse definido bien los espacios población que se reconocerán como comunidades; ya que estos espacios de Población no solo se refieren a grupos humanos sino también a un territorio; para no manejar viviendas aisladas, haciendas o carpas de campaña por trabajadores temporales como una comunidad conocida como aldea, barrio, colonia o caserío.

Esto facilitara los desafíos metodológicos para poder trabajar con unidades de análisis:

- ❖ Grupos reales
- ❖ Grupos homogéneos

Ejemplo De Estratificación Según NBI Del Instituto Nacional De Estadísticas De Honduras

Estrato poblacional	% hogares con NBI
I	1 – 32
II	33 – 41
III	42 – 55
IV	55 – 100

La construcción del ASIS-SCV

El análisis de situación de Salud según condiciones de vida (ASIS-SCV) es; realmente, un procedimiento permanente de investigación-acción que involucra personal del sector salud, la propia población y otros actores.

El fundamento principal de este procedimiento radica en buscar asociar, de manera gradual, elementos de la realidad: social, económica, ambiental, cultural y demográfica con los particulares problemas de salud-enfermedad de un país, región, área, departamento, municipio u otras unidades geográficas.

La conjugación de varias dimensiones que intervienen en la gestación y expresión de enfermedades, implica considerar diversas formas de influenciar sobre las *dimensiones mediadoras en los procesos de salud-enfermedad* ⁽¹⁸⁾ como una estrategia esencial de búsqueda del bienestar integral, ya no solamente de la Secretaría de Salud sino, principalmente, como estrategia integral del país.

El ASIS-CV es un método donde, por excelencia, el análisis conjunto de la espacialidad de las enfermedades y de las condiciones de vida es un instrumento de gran eficacia y promotor de la participación de los ciudadanos y de otras entidades.

El ASIS-CV como dispositivo facilitador de la vigilancia y gestión de los riesgos de salud-enfermedad implica; por tanto, la ampliación del escenario tradicional de intervención de las autoridades sanitarias. Más allá del individuo enfermo está su entorno habitacional y laboral y ahora; bajo los nuevos principios que presiden el accionar de salud, surgen nuevas responsabilidades que apuntan precisamente a la intervención sobre aquellos entornos:

El ASIS- SCV constituye una respuesta a las crecientes necesidades de controlar las dimensiones que mediatizan y condicionan la expresión de determinados riesgos de salud-enfermedad

Acuerdos Metodológicos Básicos en la Construcción del ASIS-SCV ⁽³⁾

La adopción de la metodología del ASIS-SCV ha confrontado, la necesidad de algunos acuerdos metodológicos básicos para uniformar y permitir la comparación entre diferentes municipios del país.

A.- Unidades de Análisis

Se deben definir unidades territoriales mínimas para el análisis; sobre todo porque en áreas como la 3, con extrema dispersión geográfica y poblacional con comunidades de 50 y 100 habitantes, es de gran importancia definir estas unidades territoriales mínimas

Es decir, los equipos locales pueden designar el hogar como unidad de análisis si esto, realmente, permite intervenir con eficacia en sus problemáticas particulares de salud.

B.- Indicadores de Condiciones de Vida y Salud-Enfermedad

El ASIS-SCV plantea la necesidad de disponer de indicadores de caracterización de las poblaciones. En general, se han adoptado como indicadores de condiciones de vida los denominados: indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) – 5 indicadores contruidos sobre la base de información censal y de cuya combinación se establece un umbral convencional de pobreza que tipifica el nivel de bienestar / malestar que, en el caso hondureño, clasifica a cada una de las comunidades de los municipios del país. Estos indicadores, señalando las condiciones materiales de vida de los hogares, permiten establecer la proporción de hogares

que en cada municipio se tipificaban como hogares pobres o en situación de pobreza extrema según la ocurrencia simultánea de varias necesidades insatisfechas.

A este procedimiento de agrupar comunidades con similares proporciones de hogares con NBI y de población relativamente homogénea, se le agregarán posteriormente indicadores de morbilidad y mortalidad. La asociación de ambos indicadores permitirá: en primer lugar, establecer niveles o grados de asociación entre NBI y ciertas dolencias. (Para que ello sea posible la base de información estadística sobre morbilidad y defunciones ha sido modificada para lograr que sea el municipio la unidad de información.

A los indicadores descritos es factible agregar otros buscando establecer un contraste que muestre el nivel de asociación entre enfermedades y los niveles de bienestar o malestar acumulados en determinado espacio población. Así, la utilización del índice de desarrollo humano es también una opción válida para especificar el grado de desarrollo relativo sea de un municipio o de un conjunto más amplio: ciudades, estratos de municipios, etc.

Esta lógica simple es compartida también en los manuales de epidemiología del CDC, aunque tratan de señalar el efecto que la propia enfermedad causa al estado socioeconómico de los hogares. Es decir, las enfermedades pueden también hacer más pobres a los pobres:

“La frecuencia de muchas enfermedades aumenta con la disminución en el estado (o nivel) socioeconómico. Por ejemplo, la tuberculosis es más común en personas del estrato socioeconómico más bajo. Tanto la mortalidad infantil como el ausentismo laboral por incapacidad, son asociadas con bajos ingresos familiares. Estos patrones reflejan exposiciones a patógenos, una resistencia más baja y menos acceso a los servicios de salud. También pueden formar parte de una relación interdependiente que es difícil de desenredar (el estado (nivel)

socioeconómico contribuye a la incapacidad o la incapacidad contribuye al estado (nivel socioeconómico bajo)⁽¹⁹⁾.”

C.- ¿El ASIS-SCV conduce a un replanteamiento de la vigilancia?

También, siguiendo la misma lógica, es racional suponer que en los estratos de mayor pobreza se registren más muertes infantiles y maternas. Esto, a su vez, presupone que el riesgo de enfermar o morir es diferente o muy diferente según el estrato.

VI DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio

Se realizara un estudio descriptivo del análisis de la situación de salud y condiciones de vida en el municipio de San Francisco de la Paz, Olancho, las variables se abordaran de manera cuantitativa y consistirá en una encuesta poblacional, registros públicos bibliográfico y trabajo de campo.

Área de Estudio

En el municipio de San Francisco de la Paz, departamento de Olancho Honduras C.A. Sus límites son al norte con el municipio de Gualaco, al sur con el municipio de Juticalpa, al este con el municipio de Santa Maria del Real, y al oeste con el municipio de Manto y Guarizama.

Su extensión territorial es de 540.2 kilómetros cuadrados con una población estimada de 18,551 habitantes distribuidos en 76 comunidades.

Población de Estudio

Municipio de San Francisco de la Paz, Olancho Honduras.

Unidad de Análisis

Viviendas del municipio de San Francisco de la paz, Olancho.

Fuente de información: (primaria, y secundaria)

El estudio se realizara en el 100% de viviendas del municipio de San Francisco de la paz estimado en aproximadamente 3,562 viviendas, lo mismo que en los registros estadísticos de las organizaciones existentes en el mismo que nos puedan dar información como ser:

- Registros municipales
- Registros de salud de las unidades de salud de la Secretaria de Salud
- Entrevistas con directores de instituciones publicas y privadas

Método de Recolección de Datos

Para recoger la información se utilizara los siguientes instrumentos:

- Encuesta familiar de salud
- Formatos de recolección de datos en instituciones públicas y privadas.
- Observación directa del contexto general de la comunidad

Esta información se recolectara a través del formato de Censo familiar de salud (CEFASA) de la Secretaria de salud de Honduras el cual ya esta validado y aplicado en otras regiones de salud del país del cual se extraerá la información de las condiciones de vida según necesidades básicas insatisfechas.

Previo al levantamiento del censo el equipo investigador capacitara a los encuestadores en la metodología que se empleara para la recolección de la información, se hará una prueba de campo de llenado de fichas la cual será en forma capacitante para los encuestadores.

Para levantar el censo se dividirá el municipio en 3 zonas geográficas que serán coordinadas por cada uno de los investigadores teniendo bajo su responsabilidad 10 encuestadores que realizaran

20 encuestas diarias y se realizarán por comunidad por comunidad y en el área urbana se realizará por barrios tomando en cuenta el sistema de localización geográfica de vivienda que emplean los trabajadores de control de vectores por manzana; el coordinador de zona todos los días al finalizar la jornada se reunirá con su equipo para revisar el llenado de la información y determinando que vivienda se encuestaran nuevamente por falta de datos o calidad de los mismos además verificará cuáles viviendas estaban cerradas o no dieron información para realizarla al siguiente día.

Una vez terminada una comunidad se arma el paquete de información y se le entregará al digitador para su procesamiento donde experimentará una segunda revisión de calidad y las encuestas que tengan errores al final de la investigación se realizará un rastreo censal.

Una vez finalizado el censo de salud familiar se procederá a realizar la investigación en el sistema de salud municipal, registros municipales y en instituciones públicas y privadas recolectando la información ya establecida en los formatos previamente elaborados (ver anexos)

Plan de análisis

Una vez recolectadas todas las encuestas se procederán a clasificarlas por comunidades y luego a las unidades productoras de salud correspondiente.

Ya clasificadas se hará uso del método electrónico computarizado utilizando el programa estadístico SPSS versión 11.0 teniendo presente los objetivos del estudio para determinar si se da respuesta a las preguntas de la investigación realizando análisis de necesidades básicas insatisfechas con sus respectivas estratificaciones geográficas, distribución de frecuencias,

cruzamiento de variables y porcentajes usando además las tasas de mortalidad y morbilidad general y por grupos específicos.

Consideraciones Éticas

Todas las personas encuestadas o entrevistadas se les pedirá autorización por escrito para su participación en la investigación además serán debidamente informadas de la naturaleza de la información y se guardara la confidencialidad individual de la información brindada, asimismo se les retroalimentará de la información obtenida a través de la alcaldía municipal y patronatos comunitarios de los hallazgos encontrados en la investigación.

Se hará solicitud de autorización del comité de ética de la facultad de medicina de la UNAN-LEON para el levantamiento de la encuesta.

Operacionalizacion De Variables

Variables	Definición conceptual	Dimensión variable contenidas en la definición conceptual	Valores de indicadores de definición operacional
Hacinamiento	Mayor o menor numero de personas que duermen en una sola habitación		-Tres o más personas en una sola habitación
		Cantidad de habitaciones que existen cada vivienda	-N. de habitaciones por vivienda
		-Cantidad de habitaciones que son utilizadas para dormir	N. -Habitaciones para dormir

		-Cantidad de personas que duermen en cada habitación	-N.-de personas que duermen en cada habitación
Vivienda inadecuada	Infraestructura física no adecuada donde habitan una o más familias	Vivienda inadecuada	Paredes de desecho
Condiciones Sanitarias	Características físicas de los servicios sanitarios provistos de la vivienda	vivienda con servicios básicos	.-Agua dentro de propiedad .-Con servicio sanitario
		vivienda sin servicios básicos	-Sin agua dentro de la propiedad -Sin servicio sanitario
Acceso escolar en niños de 7 a 12 años	Numero de niños de 7 a 12 años que asisten a la escuela	Pregunta y revisión de los boletines de calificaciones	-Asiste -No asiste
Ocupación del jefe de hogar	Actividad laboral que realiza el jefe de la familia para proveer ingresos económicos para el sustento familiar	- Dependencia económica de mas de 3 personas por jefe de familia	-Sí -No
		Bajo nivel educativo menos de 3 años de escolaridad.	-Si -No
Sexo	Hombre o mujer	Observación o pregunta	Femenino Masculino
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de encuesta expresada en meses cumplidos para los menores de un año y años para los mayores de uno	Preguntas directas y revisión de documentos personales, cedula de identidad o acta de nacimiento.	Números enteros 0 a 11 meses cumplidos para los menores de un año. 1 a 100 años cumplidos para mayores de un año
Años de estudio aprobados	Numero de años académicos terminados y aprobados por cada uno de los habitantes de la casa.	Pregunta y revisión de certificados de notas finales	Números enteros de 0 a 20
Localidad censada	Espacio población donde se levanto la encuesta en la totalidad de las viviendas	Llenado de la encuesta casa por casa completando los datos requeridos mediante entrevista directa	Sí No
Centro de salud a la que usualmente acude	Unidad prestadora de servicios de salud (UPS), estatal, al que demanda el encuestado los servicios de	Información obtenida por pregunta directa al encuestado	CESAR nombre o ubicación geográfica CESAMO nombre o ubicación geográfica

	salud, por nombre o ubicación geográfica		HOSPITAL nombre o ubicación geográfica
Morbilidad	Daño a la salud por una patología determinada		No de enfermos por grupo etáreo y causa
Mortalidad	Evento negativo causado por la pérdida de vida de una persona		No de muertes por grupo etáreo y causa

VII RESULTADOS

Se realizó el análisis de situación de salud según condiciones de vida en el Municipio de San Francisco de la Paz a través de la recolección de información en salud en las **organizaciones públicas y privadas** existente en el municipio a sí mismo la aplicación de un **censo de salud familiar** en el 100% de los hogares de San Francisco de la paz.

Además para mejor comprensión de la información el municipio tiene funcionando 6 unidades de salud y estas tienen un área geográfica de influencia las que se toman como referencia en el análisis de la información.

En el municipio de San Francisco de la paz se encontró el siguiente resultado según los objetivos de investigación propuestos.

I.- ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE VIDA SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

Cuadro No 1
Distribución De Población Por Sexo Según Residencia En El Municipio
De San Francisco De La Paz, Olancho Honduras 2004

RESIDENCIA	No	SEXO				TOTAL	
		M	%	F	%	No	%
Cabecera	1	2,838	51	2,726	49	5,564	30
Aldeas	12	2,349	52	2,256	48	4,605	25
Caseríos	63	4,275	48	4,107	52	8,382	45
Total	76	9,462	51%	9,089	49%	18,551	100

La población de San Francisco de la Paz presenta una distribución por sexo, del 51% masculina y el 49% femenina, la concentración poblacional es de un 30 % en la cabecera municipal, que se considera semi urbana y el restante 70% completamente rural distribuida en las aldeas y caseríos del municipio.

Cuadro No2
Distribución Poblacional Por Grupos De Edad Según Unidades De Salud Del Municipio De San Francisco De La Paz, Olancho Honduras 2004

AREA GEOGRAFICA DE LA UNIDAD DE SALUD	HABITANTES	%	< de 1	1 a 2	2 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	50 Y mas
SAN FRANCISCO	11815	64	353	402	725	1686	1429	1288	990	1613	772	749	690	655	463
NANCE	1211	7	44	72	92	193	159	109	104	173	56	51	53	25	80
GUACOCA	2028	11	51	32	221	248	419	169	164	270	118	146	106	65	178
AVISPA	1188	6	32	33	83	161	136	130	100	144	78	74	68	65	84
Q. DANTO	955	5	14	35	117	170	120	75	72	114	45	43	39	33	78
NARANJAL	1354	7	50	69	172	231	150	126	101	166	60	58	35	41	95
TOTAL	18551	100	544	643	1410	2689	2413	1897	1531	1480	1129	1121	991	884	978

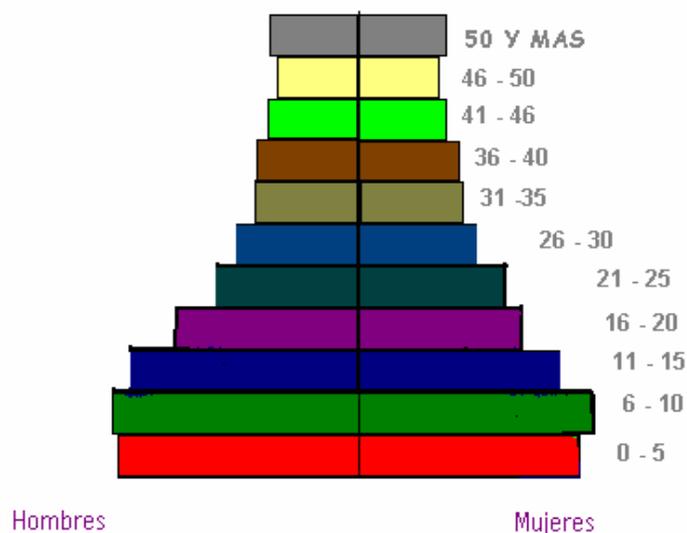
La UPS con mayor cantidad de población en su área de influencia es la de la cabecera departamental la que cubre la demanda del 64% de la Población del municipio y la UPS con menos Población de influencia para cobertura es la de Danto con solamente el 5%.

Con respecto a los grupos de edad, el mayor es el de 6 a 10 años con 2,689 habitantes para un 14%, el grupo de menores de 15 años son 7699 personas que equivalen a un 42% del total de la Población. Obviamente esta es una población joven, con predominio de niños y adolescentes, mientras que el grupo de personas mayores de 50 años es menor del 6 %, dato que esta por

debajo de la estadística nacional que nos habla de población mayor de 60 años con 6 a 7 % del total de población (Censo poblacional del 2001, INE).

Grafico No 1

Pirámide Poblacional Del Municipio De San Francisco De La Paz, Olancho Honduras 2004



Esta pirámide poblacional nos muestra un patrón de base ancha propia de las poblaciones subdesarrolladas, mostrando el predominio de las poblaciones jóvenes. Luego hacia la cúspide se ve el orden decreciente de los grupos poblacionales de mayor edad, con un ensanchamiento en ultimo grupo que corresponde a un rango de edad mayor que es de 50 y más años, debido a que nuestro sistema actual de información capta de esa manera los datos.

Cuadro No 3
Nivel De Escolaridad De La Población Según Area Geográfica De La
Unidad De Salud En El Del Municipio De San Francisco De La Paz,
Olancho Honduras 2004

AREA GEOGRAFICA DE INFLUENCIA DE LA UNIDAD DE SALUD	7-12 AÑOS		MAYORES DE 12 AÑOS												UNIVERSIDAD	ANALFABETISMO
	Asiste a escuela		AÑOS PRIMARIA						AÑOS SECUNDARIA							
	SÍ	NO	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6		
San Francisco	1580	92	417	791	844	583	466	3021	221	279	276	56	95	489	63	1240
Nance	183	6	157	136	110	77	154	193	3	3	12	0	0	16	3	183
Guacoca	275	31	182	136	104	112	88	78	112	122	6	10	11	26	5	343
Avispa	417	125	44	60	82	54	45	120	5	8	4	0	0	6	0	153
Q- Danto	172	73	73	84	80	50	58	118	6	3	7	9	3	0	0	160
Naranjal	206	163	163	142	124	83	102	201	5	5	15	0	1	23	1	172
TOTAL	2833	1036	1036	1344	1344	959	953	3721	352	352	320	75	110	560	72	2251
	3859		9357						1769						72	

Este cuadro cubre datos muy importantes para las variables que estudiamos, uno de ellos es el número de niños en edad escolar (3,859) que asisten a la escuela o no, de estos 2833 asisten a la escuela equivalente a un 73% contra 1036 que no asisten equivalente a un 27% que no lo hace.

En el municipio existen 2251 personas analfabetas (12% del total de la población) y los niveles de escolaridad en mayores de 12 años oscilan entre el primero y sexto grado para el 50% (9357 personas), el nivel medio comprendido entre séptimo y doceavo años aprobados es del 10% (1769 persona) y finalmente los pobladores con estudios universitarios son solamente de un 0.4% (72 personas)

Cuadro No 4
Distribución De Las Características Físicas De La Vivienda Según Area
Geográfica De La Unidad De Salud En El Municipio De San Francisco
De La Paz, Olancho Honduras 2004

AREA GEOGRAFICA DE LA UNIDAD DE SALUD	VIVI EN DAS	PARED			TECHO			PISO			ALUMBRADO				FOGON	
		L A D R I L L O	A D O B E	B A H A R E Q U E	A S B E S T O	T E J A	Z I N C	B A L D O S A	C E M E N T O	T I E R R A	E L E C T R I C O	K E R O S E N	V E L A S	O C O T E	D E T R O	F U E R A
San Francisco	2187	459	634	1094	38	2040	109	564	622	1001	1237	756	155	39	53	2134
Nance	213	6	41	166	0	170	43	6	31	176	0	188	22	3	42	171
Guacoca	315	30	127	158	30	267	18	67	92	156	83	201	27	4	1	314
Avispa	246	56	62	128	7	138	101	6	38	202	0	164	17	65	10	236
Danto	325	1	7	317	0	142	183	1	33	291	0	319	4	2	13	312
Naranjal	276	4	58	214	2	264	10	2	53	221	0	148	33	95	67	209
TOTAL	3562	556	929	2077	77	3021	464	646	869	2047	1320	1776	258	208	186	3376
%	100	16	26	58	2	85	13	18	24	57	37	50	7	6	5	95

La condición física de la vivienda cubre 5 componentes básicos, las paredes, el techo, piso, alumbrado y fogón, los que presentan características diferentes y en la base de ello se clasifican para ser usados como una de las mediciones para categorizarla según los estratos del ASIS.

El municipio cuenta con 3,562 casas, ubicándose el 60% (2187casas) de estas en el área de influencia de la Unidad Prestadora de Servicios de la cabecera municipal (San Francisco) consideradas estas como urbanas.

Las paredes son de bahareque en el 58% de las viviendas, ladrillo 16% y de adobe 26%

Cuadro No 5
Cobertura De Viviendas Con Agua Y Letrinas Según El Area Geográfica De La Unidad De Salud En El Municipio De San Francisco De La Paz, Olancho Honduras, 2004

AREA GEOGRAFICA DE LA UNIDAD DE SALUD	VIVIENDAS	VIVIENDA CON AGUA	% DE COBERTURA	VIVIENDA CON LETRINA	% DE COBERTURA
San Francisco	2187	1363	63	1203	55
Nance	213	130	56	132	62
Guacoca	315	240	76	226	72
Avispa	246	181	74	157	64
Danto	325	77	24	19	6
Naranjal	276	204	74	100	36
Total municipal	3562	2195	62	1837	52

La cobertura de agua y letrización en el municipio de San Francisco de la Paz es de un 62% y un 52% respectivamente.

La comunidad de Guacoca tiene la mayor cobertura de ambos servicios y la de menor cobertura es la comunidad del Danto.

Cuadro No 6
Distribución de viviendas con hacinamiento Según Area Geográfica De
La Unidad De Salud En El municipio de San Francisco de la Paz,
Olancho Honduras 2004

AREA GEOGRAFICA DE INFLUENCIA DE LA UNIDAD DE SALUD	VIVIENDAS	VIVIENDAS CON HACINAMIENTO	% DE HACINAMIENTO
San Francisco	2,187	925	42%
Nance	213	166	78%
Guacoca	315	210	67%
Avispa	246	186	76%
Danto	325	274	84%
Naranjal	276	184	67%
Total municipal	3562	1945	55%

El porcentaje de vivienda con hacinamiento en el municipio de San Francisco de la Paz es de un 55% observándose un mayor hacinamiento en la comunidad del Danto y una menor en la cabecera municipal (San Francisco)

Cuadro No 7
Escolaridad Y Dependencia Del Jefe De Familia Según Area Geográfica
De La Unidad De Salud En El Del Municipio De San Francisco De La
Paz, Olancho Honduras 2004

AREA GEOGRAFICA DE INFLUENCIA DE LA UNIDAD DE SALUD	No DE JEFES DE FAMILIA	DEPENDENCIA MAS DE 3 PERSONA	%	ESCOLARIDAD MENOR DE 3 AÑOS	%
San Francisco	2,294	1376	60	550	24
Nance	256	151	59	92	36
Guacoca	387	212	55	135	35
Avispa	310	273	88	158	51
Danto	416	398	96	299	72
Naranjal	293	245	84	132	45
Total municipal	3956	2655	67	1366	35

El porcentaje de dependencia del jefe de familia de 3 o más personas en el municipio de San Francisco de la Paz son de un 67% con un porcentaje de escolaridad menor de 3 años de un 35% observándose que a comunidad del Danto con una mayor dependencia del jefe de familia y con mayor porcentaje de baja escolaridad

II.-ANALISIS DE LA ESTRATIFICACIÓN DE LOS ESPACIOS POBLACIONALES SEGÚN LAS NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS EN EL MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO DE LA PAZ

Cuadro No 8

Distribución De Viviendas según Necesidades Básicas Insatisfechas Por Áreas Geográficas De Las Unidades De Salud En El Municipio De San Francisco De La Paz, Olancho Honduras 2004

AREA GEOGRAFICA DE INFLUENCIA DE LA UNIDAD DE SALUD	NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS						Total viviendas
	0	1	2	3	4	5	
San Francisco	271	1059	332	338	187	0	2187
Nance	12	36	99	33	33	0	213
Guacoca	8	43	154	70	40	0	315
Avispa	0	8	112	89	37	0	246
Danto	0	8	83	205	29	0	325
Naranjal	16	38	98	73	51	0	276
Total municipal	307	1192	878	808	377	0	3562
%	9	33	25	23	10	0	

De un total de 3562 viviendas del municipio de San Francisco de la Paz 9% no tienen necesidades básicas insatisfechas y el 33% tienen 1 necesidad básica insatisfecha, el 25% de las viviendas tienen 2 necesidad básica insatisfecha, el 23% de las viviendas tienen 3 necesidad básica insatisfecha, el 10 % de las viviendas tienen 4 necesidad básica insatisfecha.

Cuadro No 9
Estratificación según Necesidades Básicas Insatisfechas Por área geográfica de las unidades de salud del municipio de San Francisco de la Paz, Olancho Honduras 2004

AREA GEOGRAFICA DE INFLUENCIA DE LA UNIDAD DE SALUD	ESTRATOS	NÚMERO DE HOGARES CON 3 Ó MÁS N.B.I	TOTAL DE HOGARES	PORCENTAJE DE N.B.I
San Francisco	I	525	2,187	24%
Nance	I	66	213	31%
Guacoca	II	110	315	35%
Naranjal	III	124	276	45%
Avispa	III	126	246	51%
Danto	IV	234	325	72%
Total Municipal	II	1,185	3,562	33%

El espacio de población del municipio de San Francisco de la Paz tiene 1185 viviendas con 3 o más NBI que equivale a un 33% del total de las viviendas censadas observándose que la cabecera municipal (San Francisco) Y el Nance tiene el mejor porcentaje de NBI y la comunidad del Danto con un mayor porcentaje

III.-ANALISIS DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD SEGÚN VARIABLES EPIDEMIOLOGICA

Cuadro No 10

Distribución de las 10 principales causas de morbilidad según grupo etáreo en el municipio de San Francisco de la paz, Olancho Honduras 2004

PATOLOGIA	GRUPOS ETAREOS												Tasa x 1000
	0-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-15 AÑOS	16-20 AÑOS	21-25 AÑOS	26-30 AÑOS	31-35 AÑOS	36-40 AÑOS	41-45 AÑOS	46-50 AÑOS	50 Y MAS	TOTAL	
Parasitismo Intestinal	1052	947	263	105	53	32	37	26	21	29	66	2631	142
Infecciones Respiratorias Agudas	1514	500	177	76	30	18	13	20	25	50	101	2524	136
Diarreas	589	138	17	13	8	7	9	10	8	12	29	840	45
Anemia	167	143	121	103	18	6	2	7	4	8	24	603	32
Malaria	5	8	11	23	26	23	22	18	4	8	5	153	8
Piodermitis	62	20	2	1	1	2	4	2	1	2	3	101	5
Gastritis				6	8	14	12	11	15	10	8	84	4
Dengue	3	5	8	10	4	2	1	2	3	5	2	45	2
ITU	7	2	4	6	2	3	5	3	4	2	5	43	2
Micosis	5	4	6	6	3	2	2	4	2	3	1	38	2

El perfil epidemiológico del Municipio de San Francisco de la Paz es semejante a lo observado en los países subdesarrollados prevaleciendo las enfermedades parasitarias, infecciosas y carenciales como las primeras causa de consultas y en menor grado las enfermedades Crónico degenerativas.

Al calcularse la morbilidad por tasas de incidencias por enfermedad obtenemos un 142 X1000 hab. Para enfermedades parasitarias intestinales, 136x 1000 hab. Para enfermedades respiratorias

45x 1000 hab. Para enfermedades diarreicas lo que demuestra las necesidades básicas insatisfechas presentes en este municipio.

Cuadro No 11
Distribución de las principales causas de mortalidad según grupo etáreo en el
municipio de San Francisco de la paz, Olancho Honduras 2004

CAUSAS	GRUPOS ETAREOS											T O T A L
	0-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-15 AÑOS	16-20 AÑOS	21-25 AÑOS	26-30 AÑOS	31-35 AÑOS	36-40 AÑOS	41-45 AÑOS	46-50 AÑOS	50 y mas	
Violentas						1	1	2	5		2	11
Infecciosas	6	2										8
Cáncer										3	1	4
Enf Crónicas Degenerativas									1	3	2	6
Total	6	2				1	1	2	6	6	5	29

Las primeras causas de mortalidad en el Municipio de San Francisco de la Paz Guardan relación con el patrón observado en los países de Centro América prevaleciendo la muerte violenta como la primera causa y continuando con las enfermedades infecciosas en menores de 5 años y el cáncer y las crónico degenerativas como ser la diabetes hipertensión arterial, enfermedades cardiacas en los mayores de 50 años.

Reflejándose que la tasa de mortalidad general al calcularse es de 16 x 10000 hab y por causa especifica es para las muertes violentas de 11 x 10000 hab y para las muertes de causa infecciosas es de 4 x 10000 hab.

VIII DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Sobre la población encuestada

La investigación se realizó en el 100% de los hogares del Municipio de San Francisco de la Paz, visitando y encuestando todos los hogares de las 76 aldeas del municipio en un periodo de 45 días hábiles y además recolectando información en las unidades de salud, alcaldía municipal y en otras organizaciones existentes en el municipio.

Teniendo una excelente participación y colaboración de los habitantes en brindar las respuestas necesarias para que la investigación sea una valiosa herramienta de trabajo para la planificación y focalización de recursos.

Condiciones de vida en el Municipio de San Francisco de la Paz

En el municipio de San Francisco de la Paz, la población está distribuida por sexo en un 51% de hombres y 49% mujeres lo cual es ligeramente diferente al comportamiento nacional donde las mujeres son el 52% de la población nacional según estadísticas del INE ⁽⁴⁾, lo cual es similar a lo encontrado en países de Centro América donde las características de hábitos culturales de vida y condición económica son similares, ⁽⁷⁾.

La distribución por grupos etáreos muestra que la población tiene características propias de un país en vías de desarrollo con una pirámide poblacional de base ancha donde la población menor de 20 años ocupa el 52% del total de la población, lo cual es un comportamiento igual en todas las áreas rurales de Centro América en donde la situación socio económica es muy deprimida y se manifiesta de esta forma con crecimiento poblacional desordenado. Creando un círculo de pobreza más acentuado donde la población económicamente activa tiene que llevar la carga económica de esta base poblacional impactando todo esto en deterioro de la salud, vivienda no

digna, deserción escolar Etc. igual a lo que se encontró en el ASIS en Perú donde el segmento poblacional de menores de 20 años es de un 53 % ⁽¹¹⁾.

Los servicios de salud se ven con mas carga de demanda de servicios por este segmento poblacional que es muy vulnerable como bien lo identifica la OPS ⁽¹⁴⁾.

Las condiciones de vida tienen un diferencial marcado en lo rural y lo urbano, siendo este ultimo el que presenta menos necesidades básicas insatisfechas por ser centros poblacionales con mejor accesibilidad geográfica y por estar allí concentrado el nivel político del municipio. Lo cual le da mejores oportunidades de desarrollo no así la zona rural que es de condición geográfica montañosa donde la influencia política se siente muy poca y es allí donde se concentran las inequidades sociales del municipio siendo esto una constante en el departamento de Olancho ⁽²⁰⁾.

La condición física de la vivienda en la investigación es muy buena con relación a los umbrales mínimos del indicador de vivienda inadecuada que es pared de desecho en el municipio de San Francisco de la Paz no se encontró ninguna vivienda de este tipo lo cual es muy diferente al porcentaje nacional de 17% según lo descrito en el libro Q de INE ⁽⁴⁾.

En el área rural el promedio de habitantes por vivienda es de 9 personas diferentes al área urbana que es de 3 lo que hace que el hacinamiento sea mayor, acompañado de coberturas de dotación de agua y disposición de excretas de bajas coberturas provocando esto deterioro en la salud de estas comunidades.

Es notorio que el porcentaje de analfabetismo del municipio es de un 12% de la población total lo cual es bajo con relación al nacional que es de 29%, sin embargo en la actualidad hay un 26%

(1036) de los niños en edad escolar que no están asistiendo a la escuela lo que vendrá a aumentar en el siguiente periodo en un 21 % el porcentaje municipal de analfabetismo.

Estratificación de los espacios poblacionales según NBI

En Latinoamérica se han realizado muchos esfuerzos para medir la pobreza y las condiciones de vida dentro de todos los métodos esta la medición de las necesidades básicas insatisfechas siendo estas muy sensibles para medir y aproximarse a la realidad de la pobreza estructural en el tiempo de las comunidades intervenidas⁽¹⁷⁾.

En San Francisco de la Paz se realizó la medición considerando 5 carencias a investigar y estas reflejaron que la población se debía de estratificar en 4 estratos poblacionales tomando como base lo ya establecido por el INE⁽³⁾, para poder medir adecuadamente la población que tiene marcadas diferencias en la dinámica poblacional reflejando así que el área urbana las NBI son menores que en el área rural donde encontramos que entre ellas hay diferenciales dados por la accesibilidad geográfica como la zona del Nance que es rural pero tiene un NBI menor que el resto de las áreas geográficas rurales que son montañosas y alejadas de la influencia política del municipio.

En el municipio se encontró que el 9% de las viviendas se encuentran en condiciones adecuadas lo que significa que el 91% tienen más de una carencia.

El INE a definido en su umbral mínimo de satisfacción para definir los estratos poblacionales que deben de existir 3 o más carencias para ser consideradas en la medición es así que en el municipio el 33 % de las viviendas (1185) son consideradas como viviendas en pobreza estructural igual que en otros países donde se ha realizado se encuentra relacionado como problemas sociales y económicos como ser tasa de analfabetismo alto, alta incidencia de

enfermedades prevenibles y carenciales y una cobertura de saneamiento básico (agua y letrinización) bajas y mortalidad general alta^{(14), (19)}.

Caracterización de la morbilidad y mortalidad en el municipio de San Francisco de la paz

El perfil epidemiológico observado en el municipio de San Francisco de la Paz es similar al observado en otro municipio del resto del país y de los países en vías de desarrollo, observándose que las cuatro primeras causas de morbilidad son semejante a las de otros municipio que comparten las mismas condiciones de vidas según lo encontrado por S. Carias en 1996. Como ser las enfermedades parasitarias, infecciosas y carenciales.

Considerando que el perfil epidemiológico es producto de los datos generados por el sistema de información de atención primaria de la red de servicios de la Secretaria de Salud que la población demanda en forma espontánea

Las primeras causas de mortalidad observadas en San Francisco de la paz es similar al patrón de mortalidad que se presenta en otros municipios de Honduras prevaleciendo como primera causa las muertes violentas como producto de la situación socio cultural de estos municipios en segundo lugar las muertes causadas por infecciones en menores de 5 años como producto de las condiciones de vida precarias de este municipio.

En los mayores de 40 años se observan las enfermedades crónicas degenerativas y cáncer como producto de la transición epidemiológica ocurrida en este grupo de edad^(3, 14).

IX CONCLUSIONES

Al realizar el ASIS-SCV a través de la estratificación del método de medir pobreza conocido como NBI en el municipio de San Francisco de la Paz y analizar los resultados obtenidos en esta investigación de comunidad hacemos las siguientes conclusiones

1. La población del municipio de San Francisco de la Paz se encuentra localizada en mayor proporción en el área rural (aldeas) en un 70% y 30% en la cabecera municipal.
2. El 50% de la población del municipio de San Francisco de la Paz se encuentra ubicado en el segmento poblacional de menores de 20 años lo cual es significativo en la demanda de servicios de salud.
3. Es de hacer notar que en el municipio de San Francisco de la Paz en el área rural se encuentra el 39% de las viviendas con el 70% de la población lo que hace tener mayor grado de hacinamiento el cual se refleja en un mayor porcentaje de NBI.
4. En las áreas geográficas que presentan un mayor o menor NBI se relacionan fuertemente el aumento o disminución de morbilidades prevenibles y carenciales.
5. En el municipio de San Francisco de la Paz se observa diferenciales marcados en su NBI en el área geográfica de la unidad de salud del Danto y la Avispa donde su NBI es el

mayor del municipio el cual esta relacionado con su situación de accesibilidad geográfica (montañoso) y económico (empleo agrícola temporal).

6. La metodología de ASIS-SCV es una herramienta valiosa para poder comprender el fenómeno salud enfermedad con un enfoque integral en todo su contexto que nos permite hacer abordajes o intervenciones en las áreas de promoción, prevención, y atención de los daños de las comunidades afectadas.

X RECOMENDACIONES

El ASIS-SCV es una herramienta de salud valiosa para identificar la multicausalidad del fenómeno salud enfermedad a través de la dinámica poblacional que nos lleve a tener un enfoque más amplio y poder focalizar adecuadamente las acciones de salud que impacten en beneficio de los habitantes de la comunidades que más la necesiten. Por lo cual hacemos las siguientes recomendaciones

1. Implementar sistemáticamente esta metodología en los municipios del departamento de Olancho cada quinquenio para evaluar el impacto en salud.
2. Capacitar al personal de salud en la metodología de ASIS-SCV y en su interpretación para la utilización en la toma de decisiones que lleven al mejoramiento de la salud de los habitantes de los municipios.
3. Coordinar intersectorialmente la realización del mismo para una utilización más amplia que proponga mayores beneficios en campos tan sensibles como la educación, salud, vivienda y en lo económico para que los municipios puedan eficientemente focalizar su inversión social.
4. Proporcionar este estudio de investigación a la alcaldía municipal como herramienta básica en la planificación y priorización en las diferentes áreas como ser salud, educación infraestructura etc. donde sea necesaria la focalización de recursos.

XI BIBLIOGRAFÍA

1. Coe, Rodney; Peper, Max. Community medicine: Some new perspective.
McGraw Hill Bock Company. 1978.
2. OPS : Pensamiento social en salud en América Latina. OPS/ McGraw Hill Mexico. 1994.
3. Carias Sergio; Carranza Marco tulio; Hernández, Rosa linda; et al, Análisis de la situación de salud según condiciones de vida para la planificación local. Ministerio de salud publica 1996-OPS/OMS, Honduras, Octubre 1996.
4. Honduras, Libro Q. Pobreza, potencialidad y focalización municipal. 2da edición, Tegucigalpa, Enero 1994.
5. Honduras, Políticas nacionales de salud 2001-2004, Secretaria de Salud, Tegucigalpa 2001.
6. Franco, Nunes; B rehill, Laurell: Debates en medicina social. OPS-ALAMES. Serie desarrollo de recursos humanos No. 92. 1991.
7. OPS; Los sistemas locales de salud en las Américas: Una estrategia social en marcha. Comunicación para la salud No.4.

8. OPS: Sobre la teoría y la práctica de la salud pública: Un debate, múltiples perspectivas. OPS. Serie desarrollo de recursos humanos No. 98. 1993.
9. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Noviembre 1986. En: Promoción de la salud: Una antología. OPS publicación científica No. 557. 1996.
10. Gómez Zamudio, M: Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Université de Montreal. Canadá. 1998
11. Perú. Análisis de la situación de salud, guía para la integración de componentes del ASIS; Ministerio de salud, Oficina general de epidemiología, Proyecto vigía (MINSA – USAID), Lima Perú 2001.
12. OPS. Funciones esenciales de salud pública, resolución cel 26. r18. Organización Panamericana de la salud, Washington DC. , Junio 2000.
13. Espinosa, José R.; Martínez, Manuel; Gonzáles, Martha; et al, Salud comunitaria, conceptos, métodos y herramientas. 1er ed. Managua acción médica Cristiana, 1999.
14. Castellanos PL. 1994. Los modelos explicativos del proceso salud - enfermedad: Los determinantes sociales. Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud.
15. Secretaría de Salud. 1998. 1er Congreso de ASIS-SCV en Honduras

16. Granados T, Ramón; OPS/OMS, La vigilancia de la salud en las áreas de la salud y los niveles locales en Honduras, Honduras 1997.
17. Canada, Health and Welfare Canada; User's guide to 40 community health indicator; Ottawa; 1992.
18. - Robles Sylvia y Perdomo Rodulio. 1997. Pobreza y Salud en Honduras. OPS
19. Robles, Silvia; Apuntes y ejercicios para la utilización de registros de mortalidad y morbilidad en el análisis de la situación en salud. OPS/ OMS Honduras; 1995.
20. Martínez, Lisandro; Cálix, Eda S.; Cálix, Margarita; Análisis de la situación de salud según condiciones de vida región sanitaria No 7 Área No.3, Olancho, Honduras; mimeo Secretaria de salud, Honduras, 1997.
21. Nut bean, D: Glosario de términos en promoción de la salud: Una antología. OPS. Publicación científica No 557. 1996.
- 22.-Murmis, Miguel, y Feldman, Silvio; "La heterogeneidad social de las pobreza", en Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad Argentina, UNICEF-Losada, Buenos Aires, 1992.

XII ANEXOS

Glosario

Condiciones de Vida⁽²⁰⁾

Es la forma como se articula la población en el proceso general reproductivo del conjunto de la sociedad, tiene carácter dinámico, pueden mejorarse o deteriorarse por efecto de cambios en los procesos naturales y sociales que caracterizan a la sociedad o bien por las respuestas compensatorias que desarrollan los individuos y los grupos sociales⁽¹⁶⁾

Necesidades Básicas Insatisfechas⁽²¹⁾

El método se basa en la definición de necesidades que se incluyen en la medición y el establecimiento de umbrales de satisfacción, o sea los niveles mínimos que se consideran apropiados.

A partir de la definición de un conjunto mínimo de satisfactores referidos a educación, empleo y vivienda se mide el volumen de población que no tiene pleno acceso a ellos.

Línea de Pobreza

Describe habitualmente la situación de los hogares y sus miembros que no logran reunir, en forma relativamente estable, los ingresos necesarios para satisfacer las necesidades vitales de sus miembros⁽²⁰⁾.

Espacio Población

Se entiende como comunidad y no solo se refiere a un grupo de población sino también a un territorio⁽²⁰⁾

Censo Familiar de Salud

Encuesta de recolección de datos demográficos por hogar aplicado por la Secretaria de Salud de Honduras⁽²¹⁾

Servicios de Salud

Es la respuesta socio cultural que trata de restituir las condiciones de equilibrio entre el hombre y el medio ambiente natural y bio-psicosocial, cuando estas son alteradas por la enfermedad o por una agresión de carácter físico o ambiental⁽¹⁸⁾.

Promoción de la Salud

Es proporcionar a los pueblos los medios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente⁽¹⁰⁾.

Municipio por la salud

Estrategia de desarrollo social sostenible con participación social encaminada proporcionarle a los municipios las herramientas propias del autocuidado de su salud creando una cultura propia de salud⁽¹⁰⁾.

Anexo No 2**AUTORIZACIÓN**

Por medio de la presente autorizo a los médicos Huniberto Madrid, Orles Escobar, Adonis Andonie para el levantamiento de datos del censo de salud familiar en mi hogar los cuales serán utilizados para el análisis de situación de salud y condiciones de vida en el Municipio de San Francisco de la Paz, Olancho.

Firma o huella de Jefe de familia

Anexo No 2**Lista De Siglas**

ASIS-SCV	Análisis de situación de salud según condiciones de vida
C.A	Centro America
CEFASA	Censo familiar de salud
CESAMO	Centro de salud medico odontológico
CESAR	Centro de salud rural
INE	Instituto nacional de estadística de Honduras
ITU	Infección del tracto urinario
OPS	Organización Panamericana de la salud
OMS	Organización Mundial de la salud
SPSS	Programa estadístico computarizado utilizado en la investigación

