Procesamiento Técnico Documental, Digital

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

UNAH

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

EL CAPITAL SOCIAL Y EL ACCESO A LOS SERVICOS DE SALUD EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE LA MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA DEPARTAMENTO DE OCOTEPEQUE PERIODO 2006-2010

PREVIA OPCION AL GRADO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

JOSE JAIME FERNANDEZ H.

ASESORA: Msc. MARTHA ISABEL FONSECA GODOY

TEGUCIGALPA JUNIO DE 2015

UDI-DEGI-UNAH

Derechos reservados

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH

RECTORA
Licda. JULIETA CASTELLANOS

VICE RECTORA ACADÉMICA
Dra. RUTILIA CALDERON PADILLA

VICE RECTOR DE ORIENTACION DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
Lic. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
Dr. JULIO RAUDALES

SECRETARÍA GENERAL
Lcda. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POST GRADO
Dra. LETICIA SALOMON

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADORA GENERAL DE LOS POST GRADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Dra. ELSA PALAU

COORDINADOR GENERAL DEL POSTGRADO DE SALUD PUBLICA
Dr. HECTOR ARMANDO ESCALANTE BARAHONA

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Procesamiento Técnico Documental, Digital

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo de mi trabajo a Dios.

A mi Madre que me apoya en todo tiempo.

Mi Esposa y mis hijos:

Por el apoyo que me han brindado en el día a día y por la paciencia y comprensión que me prodigan por el hecho de ser medico

Agradecimiento especial a mi hermano Aarón Fernández por haberme compartido su amplio conocimiento en la delicada ciencia de la Investigación.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

INDICE	
Contenido	
I.- INTRODUCCION	**1**
II.- OBJETIVOS	**8**
A.- GENERAL	**8**
B.- ESPECIFICOS	**8**
III.- MARCO TEORICO	**8**
1.-HISTORIA DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL:	**8**
2.- EXCLUSION EN SALUD	**15**
3.- ACCESO	**16**
4.- EL ACCESO A LA ATENCIÓN MATERNA DE CALIDAD	**17**
5.- EL PAGO DE BOLSILLO	**21**
6.- LA MEDICIÓN DE LA POBREZA Y EL ACCESO:	**23**
7.- ACCESO A LA VIVIENDA	**29**
8.- ACCESO A LA EDUCACIÓN:	**32**
9.-- ANALFABETISMO:	**32**
10.- CAPACIDAD ECONÓMICA:	**34**
11.- INGRESO DE LOS HOGARES	**35**
12.- EMPLEO	**36**
13.- ACCESO GEOGRÁFICO:	**39**
14.- EL ACCESO Y LA REFORMA EN SALUD	**40**
15.- CAPITAL SOCIAL Y REDES SOCIALES	**42**
16.- MEDICIÓN DEL CAPITAL SOCIAL	**51**
IV.- METODOLOGIA	**53**
A.- DISEÑO METODOLOGICO	**53**
V.- RESULTADOS	**59**
VI.- ANALISIS DE RESULTADOS	**110**

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

A.1.- MEDICION DE LA POBREZA:	**118**
A.2.- INGRESO PERCAPITA	**120**
A.3.- GASTO DE BOLSILLO EN SALUD	**123**
B.- CARACTERIZACION DEL CAPITAL SOCIAL	**126**
B.1.- PARTICIPACION EN GRUPOS	**126**
B.2- REDES SOCIALES	**127**
B.3- SOLIDARIDAD Y COOPERACIÓN	**130**
B.4- RELACIÓN ENTRE LOS VECINOS	**130**
B.5- EL NIVEL DE COOPERACIÓN	**131**
B.6- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	**132**
B.7- CONFIANZA	**132**
C.- INDICE DE INCIDENCIA PARA LA MEDICION DE CAPITAL SOCIAL	**133**
VII.- CONCLUSIONES	**135**
VIII.- RECOMENDACIONES	**139**
IX. BIBLIOGRAFÍA	**140**
X.- ANEXOS	**141**
INDICE DE CUADROS	
Cuadro 1. ATENCIONES DURANTE EL CONTROL PRENATAL /TIEMPO DE REALIZACIÓN.	**18**
Cuadro 2. NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS, SUS DIMENSIONES, VARIABLES Y NIVELES CRITICOS.	**28**
INDICE DE TABLAS	
Tabla 1. MUJERES ESTUDIADAS POR GRUPOS DE EDAD EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE, PERIODO 2006-2010.	**59**
Tabla 2. ESTADO CIVIL DE MUJERES EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE, PERIODO 2006-2010.	**60**
Tabla 3. DISTRIBUCION DE RESIDENCIA POR MUNICIPIOS EN MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**61**
Tabla 4. DISTRIBUCION POR GRUPO ETNICO EN MUJERES DE MUNICIPIOS DEL	**62**

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010 .	
Tabla 5. DISTRIBUCION DE TENDENCIA RELIGIOSA EN MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**63**
Tabla 6.CONDICION GINECO OBSTERICA DE MUJERES ESTUDIADAS EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA OCOTEPEQUE PERIODO 2006-2010.	**64**
Tabla 7. CONDICION GESTACIONAL DE MUJERES ESTUDIADAS EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA.	**65**
Tabla 8. FRECUENCIA GENERAL DE MUJERESCON CONTROL PRENATAL SEGÚN LA NORMA DE ATENCIONMATERNO NEONATAL. PERIODO 2006-2010.	**66**
Tabla 9. FRECUENCIA DE CONTROL PRENATAL POR MUNICIPIOS EN MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE. PERIODO 2006-2010.	**67**
Tabla 10. LUGAR DE CONTROL PRENATAL GENERAL EN MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE, PERIODO 2006-2010.	**68**
Tabla 11.LUGAR DE CONTROL PRENATAL POR MUNICIPIO EN MUJERES DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE, PERIODO 2006-2010.	**69**
Tabla 12.LUGAR DE ATENCION DEL PARTO DE MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**71**
Tabla 13. LUGAR DE PREFERENCIA PARA BUSCAR AYUDA MÉDICA DE MUJERES EN EDAD FERTIL DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**73**
Tabla 14. PROVEEDOR DE SALUD QUE BRINDÓ ATENCION A MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**74**
Tabla 15. FRECUENCIA DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS EN LA UNIDAD DE SALUD EN UN AÑO POR LAS MUJERES EN EDAD FERTL DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA.	**76**
Tabla 16. TIEMPO QUE OCUPA PARA LLEGAR A LA UNIDAD DE SALUD, EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**78**
Tabla 17. EXISTENCIA DE NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS (NBI) EN HOGARES DE MUJERES ESTUDIADAS EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE. PERIODO 2006-2010.	**80**
Tabla 18. EXISTENCIA DE NBI EN HOGARES DE MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**81**
Tabla 19. NUMERO DE NBI DE HOGARES DE MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**82**
Tabla 20. NUMERO DE NBI EN HOGARES DEL MUNICIPIO DE OCOTEPEQUE. PERIODO 2006-2010.	**83**
Tabla 21. NUMERO DE NBI EN HOGARES DEL MUNICIPIO DE SINUAPA. PERIODO	**84**

IDIDEGT-UNAH

Derechos reservados

2006-2010.	
Tabla 22.NUMERO DE NBI EN HOGARES DEL MUNICIPIO DE SANTA FE.PERIODO 2006-2010.	**85**
Tabla 23. NUMERO DE NBI EN HOGARES DEL MUNICIPIO DE CONCEPCION.PERIODO 2006-2010.	**86**
Tabla 24. INGRESO PERCAPITA MENSUAL DISTRIBUIDO EN QUINTILES DE HOGARES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**87**
Tabla 25. GASTO DE BOLSILLO DE MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE, PERIODO 2006-2010.	**89**
Tabla 26. NIVEL DE CONFIANZA QUE GENERAN ALGUNOS ACTORES DE LA COMUNIDAD SEGÚN OPINION DE MUJERES ENTREVISTADAS. PERIODO 2006-2010.	**109**
INDICE DE GRAFICAS	
GRAFICO 1. LUGAR DE CONTROL PRENATAL POR MUNICIPIO EN MUJERES DEL VALLE DE SESECAPA PERIODO 2006-2010.	**70**
GRAFICO 2. PERSONAL DE SALUD QUE ATENDIO EL PARTO DE MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA.	**72**
GRAFICO 3. PROVEEDOR DE SALUD QUE BRINDÓ ATENCION A MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**75**
GRAFICO 4. MEDIO UTILIZADO PARA ACCEDER A LA UNIDAD DE SALUD DE LAS MUJERES DE LOS MUNICIPIOS VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**77**
GRAFICO 5. TIEMPO QUE OCUPA PARA LLEGAR A LA UNIDAD DE SALUD, EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**79**
GRAFICO 6. GASTO DE BOLSILLO EN SALUD DE HOGARES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-	**90**
GRAFICO 7. PARTICIPACIÓN EN GRUPOS DE MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. DISTRIBUCION PORCENTUAL .PERIODO 2006-2010	**91**
GRAFICO 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PARTICIPACIÓN ACTUAL DE MUJERES EN GRUPOS COMUNITARIOS VRS PARTICIPACIÓN DE HACE 5 AÑOS. PERIODO 2006-2010.	**92**
GRAFICO 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GRUPOS DE MAYOR IMPORTANCIA PARA LAS MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA PERIODO 2006-2010.	**93**
GRAFICO 10. BENEFICIOS OBTENIDOS POR PARTICIPAR EN GRUPOS, MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALE DE SESECAPA.	**94**
GRAFICO 11. NIVEL DE INGRESO DE LAS PERSONAS QUE CONFORMAN LOS	**95**

UDI-DEST-UNAH

Derechos reservados

GRUPOS EN LA COMUNIDAD. PERIODO 2006-2010.	
GRAFICO 12.PARTICIPACION EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**96**
GRAFICO 13. TIEMPO DE RESIDENCIA EN LA COMUNIDAD MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. OCOTEPEQUE PERIODO 2006-2010.	**97**
GRAFICO 14. CONFIANZA EN FAMILIARES. MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**98**
GRAFICO 15. CONFIANZA EN AMIGOS. MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**99**
GRAFICO 16.. CONFIANZA EN AMIGAS. MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**100**
GRAFICO 17. CONFIANZA EN VECINOS. MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010	**101**
GRAFICO 18 . CONFIANZA EN VECINAS. MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**102**
GRAFICO 19.CONFIANZA EN LAS PERSONAS. MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010	**103**
GRAFICO 20. RELACION ENTRE LAS PERSONAS, EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**104**
GRAFICO 21. PERSONAS DISPUESTAS A PRESTARLE AYUDA EN CASO DE NECESITAR TRANSPORTE POR ENFERMEDAD.	**105**
GRAFICO 22. CUENTA CON AYUDA DE SUS VECINOS PARA QUE CUIDEN LOS HIJOS EN CASO DE SALIR DE CASA POR 1 O 2 DIAS. PERIODO 2006-2010.	**106**
GRAFICO 23. NUMERO DE PERSONAS QUE LE AYUDARIAN EN CASO DE NECESIDAD ECONOMICA POR UNA SEMANA PERIODO 2006-2010.	**107**
GRAFICO 24. FORMA DE COLABORAR EN PROYECTOS COMUNITARIOS EN MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.	**108**

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

I.- INTRODUCCION

El acceso a los servicios de salud en Honduras ha significado un grave problema especialmente para los grupos más desprotegidos de nuestro país, las mujeres y los niños. La problemática histórica institucional que ha mantenido a la población en un sistema de salud segmentado y fragmentado donde los pobres son atendidos por la Secretaria de Salud, los trabajadores por el IHSS y los ricos atendido mediante aseguradoras privadas, tomando en cuenta que el 60% de los Hondureños atiende sus problemas de salud en hospitales del estado el 12% por el Seguro Social y un 10% por las aseguradoras privadas quedando prácticamente un 18% de la población descubierta de cualquier forma de atención de la salud.

Aunado a esto la corrupción institucional, la falta de eficiencia, eficacia, la inadecuada distribución de los recursos humanos y materiales, la injerencia política en el tema de la salud, la débil rectoría del sistema y la falta de una verdadera política de Protección Social en Salud ha traído como consecuencia las inequidades en salud, la falta de cobertura, los altos índices de mortalidad materna e infantil, el desabastecimiento de medicamentos e insumos casi permanente de las unidades de salud en todos sus niveles afectando directamente la calidad de atención que se debe dar a los pacientes.

Todos estos son factores internos del sistema que producen exclusión social en salud, sin embargo hay factores externos que producen exclusión tales como las barreras de acceso a los servicios de salud. Las barreras geográficas, económicas, étnico-culturales y educativas y por falta de empleo, las cuales no dependen de las

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

instituciones sino del individuo y la comunidad. Existe además de todas las barreras mencionadas otros factores que pueden influir sobre el acceso a los servicios de salud que están ligadas al comportamiento del individuo, la familia y la comunidad.

El capital social entendido como el conjunto de relaciones y valores que se intercambian entre los miembros de una comunidad con el objeto de ayudarse y protegerse y de lograr el máximo estado de bienestar entre ellos, basados en valores como la solidaridad, la confianza, la cooperación y la participación, logrando así el fortalecimiento de las redes sociales las cuales son capaces de llevar por la senda del desarrollo a una comunidad, municipio, departamento o país y de mejorar los niveles de acceso a la salud, educación, empleo y estatus económico.

La falta de acceso a los servicios de salud como consecuencia directa de exclusión social en salud, trae consigo bajas coberturas de atención a la mujer embarazada en su control prenatal. A nivel nacional el porcentaje de mujeres que no asisten a su control prenatal es de 8 % (Documento Salud En las Américas PAHO, 2010) hasta 2006. Esta atención es prestada en su mayoría por médicos (71%), seguido de enfermeras (21%). las que no cuentan con el número normado de controles prenatales es de 17.4%. El 90% de las mujeres recibieron atención prenatal por un profesional de salud. En 2006 el 67% de los partos fueron atendidos en una institución del sector público y en un 5% se atendieron en el sector privado.

Entre los partos que no fueron atendidos por personal de salud (33%), el 80% fue asistido por la partera. Las altas tasas de mortalidad materna e infantil son

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

consecuencia también de la falta de acceso a los servicios de salud. En el departamento de Ocotepeque el porcentaje de población sin acceso a servicios de salud hasta el año 2003 fue de 71.0 %.

En relación al problema de la pobreza el Departamento de Ocotepeque ocupa el séptimo lugar en incidencia de la pobreza con 48.23 (Informe de Desarrollo Humano 2011). Se registra además con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.62 (séptimo lugar). A nivel de los municipios; Ocotepeque, Sinuapa, Santa fe, Concepción, San Marcos y la Labor tienen IDH por arriba de 0.66 en tanto, Dolores Merendon, Belén Gualcho, San Fernando, San Jorge y Mercedes tienen Índice de Desarrollo Humano por debajo de 0.59.

Estos últimos municipios, se ven afectados por altos índices de pobreza, desnutrición crónica y analfabetismo. Por su ubicación geográfica estos municipios son víctimas de la exclusión social en salud. En los municipios del departamento especialmente aquellos con muy bajo IDH se palpan el problema de las barreras geográficas, económicas, desempleo, pobreza, educación y problemas étnico-culturales. Hay zonas sumamente postergadas y de marginamiento en el caso de Dolores Merendón (0.5 en IDH) y Belén Gualcho (0.57 en IDH).

La mancomunidad del Valle de Sesecapa en Ocotepeque comprende cuatro municipios con un total de 34,790 habitantes hasta el año 2009. Hay 8593 mujeres en edad fértil y se dan en el año 864 partos. Algunas de estas mujeres en condiciones de exclusión social, inequidad y pobreza. No contamos hasta el

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

momento con estudios que analicen la situación del acceso a los servicios de salud de las mujeres en edad fértil en estos municipios

Entre Los Objetivos de Desarrollo del Milenio al año 2015, se encuentra reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna por lo que es importante un estudio en esta zona, el cual generaría ideas claras de cómo está la situación del acceso en estos municipios y por ende realizar las respectivas intervenciones para el mejoramiento de tal problema y el acercamiento al cumplimiento de los objetivos del milenio. Se decidió realizar esta investigación ya que no hay estudios que enfaticen en los factores que limitan el acceso a la atención de la salud en esta zona del país y por ende la búsqueda de soluciones a estos problemas por parte de las autoridades sanitarias.

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo y transversal en el tiempo, el cual pretendió describir la situación del acceso a los servicios de salud en mujeres en edad fértil (10-49 años) que habitan en los cuatro municipios del Valle de Sesecapa en el Departamento de Ocotepeque.

Se realiza además una descripción del Capital Social de este grupo de mujeres que habitan en los cuatro municipios del Valle de Sesecapa. El capital social es una variable inherente a la dinámica del individuo y de las comunidades, siendo de gran importancia para el desarrollo de los municipios. Además este es un elemento que podría afectar en gran medida el acceso a los servicios de salud a través de la organización y participación comunitaria.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

El propósito del presente estudio **fue someter al análisis cada uno de los elementos que conforman el capital social y caracterizarlos igualmente analizar y caracterizar algunas variables del acceso.**

. Se sabe del esfuerzo que realizó el programa Acceso a Los Servicios de Salud como punta de lanza del proceso de reforma del sector salud en el país, y específicamente en algunos municipios del Departamento de Ocotepeque incluyendo los cuatro municipios sometidos al presente estudio.

Además se pretendió elaborar un índice de medición de capital social basado en los resultados obtenidos en las entrevistas a cada una de las mujeres abordadas en la encuesta de capital social. Este índice tiene su propia graduación de tal manera que se pueda ir midiendo el nivel de fortalecimiento de las redes sociales.

Para el presente trabajo las unidades de estudio fueron las mujeres en edad fértil embarazadas en el momento de la entrevista o no embarazadas con embarazos anteriores en el periodo del 1 de Enero de 2006 al 31 de Diciembre de 2010, las cuales fueron organizadas por conglomerados de acuerdo a las Unidades de Salud correspondientes. La unidad de observación fue el acceso y el capital social de las comunidades

El universo de la investigación fue el número de mujeres en edad fértil por año que representan 864 mujeres (es el 25% de la población total) multiplicados por los 5 años a estudiar que nos da un total de 4320 mujeres. El cálculo matemático de la muestra resultó en 259 mujeres a estudiar, las cuales fueron distribuidas en cada una de las Unidades de salud de acuerdo al número de mujeres en edad fértil de

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

cada municipio, multiplicado por una fracción constante para el cálculo de la muestra (0.6).

Se abordaron las mujeres en cada una de las Unidades de Salud, mediante muestreo de tipo intencionado, aplicándoseles un cuestionario pre-elaborado antes o después de salir de la consulta, este cuestionario fue aplicado por personas capacitadas previamente para esta actividad. El tiempo que se requirió para la aplicación del cuestionario fue de 2 meses. (1 de marzo al 30 de Abril de 2011).

Los datos recolectados fueron introducidos en una base de datos del programa SPSS.18 y con el cual se diseñaron tablas, cuadros y gráficos para el análisis de los resultados y su confrontación teórica.

Para fines de esta investigación se utilizaron indicadores de acceso tanto internos como externos al sistema de salud. Los primeros fueron básicamente de cobertura de Control Prenatal, utilización de los servicios de salud, tipo de personal que atendió a las personas que demandaban atención, porcentaje de parto institucional, uso de los servicios por país en vista que los habitantes de esta zona tienen alternativas para buscar atención en otros países como El Salvador y Guatemala.

Todos estos indicadores reportaron muy buenos resultados demostrando un buen nivel de acceso a los servicios de salud, sin embargo los indicadores externos al sistema de salud, que son determinantes para que los pacientes puedan acceder a los servicios de salud tales como el nivel de pobreza, el acceso geográfico, el ingreso per cápita por hogar desnudan la realidad socioeconómica de estos municipios con resultados no muy halagadores.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Además se hizo una caracterización de los elementos que conforman el capital social de estas comunidades. La participación en grupos, la confianza, la reciprocidad, la solidaridad, la relación de los vecinos y la participación comunitaria fueron evaluados como parte del capital social, reportando muy buenos resultados,

Lo cual indica un fortalecimiento de las redes sociales de estas comunidades que conllevan a mantener una dinámica de red organizada, coordinada y operativamente integrada por los grupos organizados de la comunidad en consonancia con las actividades de los gobiernos locales y de otros sectores que trabajan por mantener el estado de bienestar de comunidad. Estas redes fortalecidas han tenido la capacidad de modificar la historia natural de los fenómenos que afectan la salud integral de las personas, así como el nivel de acceso a la salud de estas comunidades.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

II.- OBJETIVOS

A.- GENERAL

Caracterizar el acceso a los servicios de salud y el capital social en las mujeres en edad fértil de la mancomunidad de municipios del valle de Sesecapa, Ocotepeque

B.- ESPECIFICOS

1. Describir la situación del acceso a los servicios de salud de las mujeres en edad fértil de los municipios del Valle de Sesecapa.
2. Describir los elementos del capital social de los municipios del Valle de Sesecapa.
3. Describir la incidencia del capital social en el acceso a los servicios de salud de los municipios del valle de Sesecapa.

III.- MARCO TEORICO

1.-HISTORIA DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL:

En Europa del siglo XVII los enfermos, los “locos”, los tullidos, huérfanos y nómadas eran los grupos excluidos, y estaban bajo el cuidado de la iglesia y organizaciones benefactoras y era utilizada para que las clases privilegiadas realizaran actos de filantropía.

M. Foucault. en su libro “Historia de la Locura en la Época Clásica” (Foucault,M,1993) describe como la locura está íntimamente relacionada con la

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

pobreza, la incapacidad para trabajar y la falta de valores éticos . Los hospitales no tienen nada que ver con enfermedades biológicas sino por el contrario están llenos de enfermos mentales, indigentes y desocupados.

Se establecen instituciones de encierro por toda Europa para esconder la miseria y obtener de los desocupados trabajo productivo y castigar el ocio.

Se puede observar como los pobres en Europa son excluidos, confinados y castigados por solo el hecho de carecer de condiciones económicas adecuadas, una persona desempleada corría con la misma suerte.

Un ejemplo interesante de exclusión a través de la historia es el que menciona Jordi Estivil l (Estivill, 2003) en relación al ostracismo en Atenas, la proscripción en Roma, las castas inferiores en la india, las múltiples formas de esclavismo, de exilio y destierro en los guetos alemanes, los excomulgados en la Santa Inquisición, son manifestaciones histórica del rechazo con las que cada sociedad ha tratado a los indeseables.

Los desocupados en Europa eran castigados y encerrados, igualmente como hasta el día de hoy al pobre se le es negado el Derecho a la salud, a la educación a un empleo, es castigado cuando se le niegan los beneficios del Seguro social por estar desempleado, y cuando no se les permite aplicar a un financiamiento por parte de la banca privada o estatal, o a un programa de vivienda implementado por el estado por falta de recursos. Todos estos problemas ejemplifican la exclusión social en nuestros días.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Los desocupados no tienen opción a comprar medicamentos que no les son proporcionados por el estado, por lo tanto están sujetos a morir a vista y paciencia de los estados que constitucionalmente deben responder por ellos.

Los Locos eran encerrados y olvidados. Actualmente las personas que conviven con el VIH/SIDA también son excluidos cuando el estado no tiene suficientes medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de los mismos, o cuando los pacientes con insuficiencia renal protestan en las calles para que el estado pueda suministrarles sus servicios de diálisis. En suma se observa lo que según Sonia Fleury llama “Los estados sin Ciudadanos.”

La exclusión Social camina de la mano con otro fenómeno multidimensional como la pobreza. Hay que dejar claro que estos dos fenómenos tienen elementos comunes pero no son sinónimos. En un caso alguien puede estar excluido de un grupo pero puede contar con la capacidad económica suficiente para vivir cómodamente o al contrario.

En Europa Se ha definido la pobreza como el conjunto de fenómenos macro sociales que se relacionan con la falta de empleo a largo plazo, con la falta de oportunidades para acceder al mercado laboral, sumado a esto, el problema de la desintegración familiar con el consiguiente debilitamiento de los lazos de familia y el debilitamiento en la toma de decisiones de los que realmente están padeciendo el problema, los que están enfermos, los que no tienen acceso a los derechos de ciudadanía, y el debilitamiento en los procesos de participación social mediante los cuales el ciudadano participa en la solución de todos sus problemas.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Cuando una sociedad crea sus normas para incluir a los que cumplirán con ellas con el objeto de elaborar criterios de pertenencia, también está delimitando el pertenecer a esta sociedad por lo que también está produciendo exclusión. Por lo anterior concluimos que no hay inclusión sin exclusión (Estivill, 2003, pág. 13)

Félix Tezanos define la exclusión social ´´como un fenómeno estructural que tiene un caris multidimensional y que se relaciona con procesos sociales que conducen a que ciertos individuos o grupos se encuentren en situaciones que no permiten que sean considerados como miembros de pleno derecho de la sociedad¨ (Tesanos, 2001). Se refiere a individuos o grupos de personas que no tienen los criterios para pertenecer a esa sociedad y los cuales no gozan de los derechos que deberían gozar.

El gobierno inglés define exclusión social como lo que puede ocurrir cuando una persona sufre de problemas como el desempleo, bajo ingreso, viviendas pobres, ambiente de alta criminalidad, mala salud y quiebre de la estructura familiar, o sea en este caso se ve la exclusión en salud como parte de la exclusión social.

Bhalla y Lapeyre definen las siguientes dimensiones para la exclusión social: (Acuña, Exclusion en Salud en Paises de America Latina y el Caribe , 2003)

a) Dimensión económica: se refiere a aquellos que no poseen los recursos económicos suficientes lo que impide su acceso a diversos servicios, incluyendo los servicios de salud.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

b) Dimensión social: conlleva una pérdida del vínculo de solidaridad en la comunidad.

c) Dimensión política donde hay pérdida de un derecho o su negación.

d) Dimensión temporal: porque este es un proceso dinámico que avanza y puede o no cambiar con el tiempo. Diversos estudios han planteado las diferencias existentes entre los conceptos de pobreza, exclusión social e inequidad.

Cada una de estas dimensiones son una realidad en los países latinoamericanos, especialmente los países más pobres. La situación socioeconómica es una determinante que le impide o le permite a una persona acceder a los servicios de salud. La Dimensión social involucra una característica importante de las comunidades, naciones y grupos de naciones como es la solidaridad.

La ausencia de la solidaridad impide el desarrollo comunitario y de los países que requieren de la colaboración de países más desarrollados para poder progresar. En tanto que la dimensión política hace énfasis en la perdida de los derechos de los ciudadanos en un estado. El derecho a la educación, a la salud, el derecho a las oportunidades no existe para los grupos más vulnerables de nuestra sociedad secundario todo esto a la implementación de políticas sectarias y clasistas.

La dimensión temporal afecta a todos los que no pueden cumplir sus metas en un tiempo determinado siendo esto agravado por las dimensiones mencionadas anteriormente. Sophie Bessis citado por Cecilia Acuña en su libro exclusión social en salud en países de L.A. 2003 hace una distinción importante cuando plantea que

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

la exclusión social es una noción explorada por la sociología que remite más a la integración y a la inserción, mientras que la pobreza es una categoría utilizada en el ámbito de la economía que se relaciona más con la insuficiencia de recursos.

Este es el típico ejemplo de los ricos que viven excluidos en una comunidad donde no cuenta con servicios básicos, insalubridad, este rico no tiene acceso a las necesidades básicas que un ser humano pueda tener por lo tanto vive en exclusión Social y al contrario hay personas que contando con todas sus necesidades básicas, en una zona popular de una ciudad no tiene dinero para la canasta básica de alimentos por lo que es pobre económicamente pero no vive en exclusión social.

Bhalla y Lapeyre plantean que el concepto de pobreza, aún en su desarrollo más reciente explora no sólo su dimensión económica sino su dimensión social. (Acuña, Exclusion en Salud en Paises de America Latina y el Caribe , 2003). La exclusión tiene un fundamento político que se expresa en la no pertenencia a una comunidad política que en el estado moderno se traduce en una comunidad de derechos. Se ha analizado la exclusión social además como un problema de activos y oportunidades de los excluidos (Katzman, 1999).

La insuficiencia de activos representada en las malas condiciones de vida de la población, falta de educación y mala salud nos indica un bajo desarrollo, de capital humano y falta de productividad, observándose al excluido como lo dice el Dr. Carlos Godoy Arteaga; “discapacitados sociales” (Arteaga, 2002)

Así también Amartia Sen citado por Cecilia Acuña atribuye la pobreza a la falta de capacidades y oportunidades.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

En Honduras, el 17.5% de las personas mayores de 15 años, no sabe leer ni escribir. Los datos indican que esta situación continúa siendo mayor en la población del área rural (25.9%). Sin embargo, afecta tanto a hombres como mujeres, en ambos casos la tasa de analfabetismo supera el 17%.

El trabajo, el capital y el crédito son oportunidades de las que solo un pequeño grupo de la población tiene el derecho a disfrutar. En suma, los excluidos carecen de activos y oportunidades, carecen de relaciones de solidaridad en la comunidad, y su integración a grupos organizados en la misma es difícil de observar (conformación de redes sociales)

Amartya Sen aborda la pobreza como la privación de las capacidades y de las oportunidades, y la privación de la libertad que puede estar relacionada tanto a la pobreza económica, como a la carencia de servicios públicos o también a la negación de los derechos políticos y civiles. Es decir, la pobreza tiene que ver con deprivación, en tanto la exclusión social tiene que ver con ausencia de membresía, entendiendo membresía como el formar parte de una red social.

La falta de oportunidades se observan especialmente en aquellas personas que por sus niveles de pobreza no tiene acceso a la educación. Los niños que no terminan su educación primaria por cuidar a sus hermanos menores o por llevar el sustento a su hogar por falta de su padre. De este modo, la pobreza no siempre implica exclusión. Aún más, la pobreza no siempre es un buen indicador de exclusión. Así también Amartya Sen atribuye la pobreza a la falta de capacidades y oportunidades.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Las personas pueden ser pobres y no estar excluidas de la satisfacción de ciertas necesidades básicas (hay distintos niveles de pobreza, los cuales según su clasificación pueden permitir el goce de ciertos beneficios más que otros) y, al contrario, las personas pueden no ser pobres y estar excluidas por otros motivos, como aislamiento geográfico o cultural.

2.- EXCLUSION EN SALUD

Desde una perspectiva de derecho, la exclusión en salud se define como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total, parcial o temporal y se produce por la presencia de agentes y factores determinantes que impiden el pleno goce del derecho.

Además la exclusión en salud puede expresarse en alguna de las siguientes situaciones:

1. Falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud: cuando no existe la infraestructura mínima que permite proveer servicios de salud o las personas no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas, culturales o de otro tipo.

2. Falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar: cuando las personas no pueden acceder a un esquema de seguros de salud.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

3. Falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, *calidad y dignidad*, independientemente de la capacidad de pago: cuando las personas no pueden acceder a un régimen de protección social en salud.

3.- ACCESO

Se define como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud .Acuña C (2003). Para que el acceso se produzca, se deben dar dos condiciones:

a) El individuo que tiene la necesidad de salud debe poseer los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de su necesidad.

b) Los mecanismos de satisfacción deben ser capaces de proveer el servicio o bien requerido. Para que ello ocurra, debe operar un conjunto de tres procesos: producción, entrega y disponibilidad del bien o servicio de salud.

Producción: se refiere al proceso de elaboración del bien Entrega: es el proceso de transferencia del bien desde el productor al proveedor. Disponibilidad: es el proceso de que el bien o servicio sea puesto físicamente al alcance del usuario, que para estos efectos es el portador de la necesidad de salud.

El acceso a los bienes, servicios y oportunidades para satisfacer las necesidades de salud no es solo un derecho humano fundamental y la clave para el disfrute de otros derechos humanos fundamentales, también es un elemento de suma importancia para la construcción de capital humano y tejido social (redes sociales o

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

capital social, elemento básico para reducir la exclusión social). a través de la inserción de los individuos en la vida de la comunidad. Por tanto se entiende la exclusión como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos de la sociedad los disfrutan. (Leucovitz, 2003)

Las causas de exclusión en el sistema de protección de salud de Honduras cursa en este momento con variables que corresponden a la naturaleza interna del sistema (55%) y a causas externas al sistema (45%), Acuña C (2003), entre ellas la condición socio económica que incluye dimensiones tales como condición de empleo, educación, situación geográfica, capacidad económica de la persona y la fortaleza de las redes sociales en que vive una persona. Las causas intrínsecas incluyen problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados específicamente con la calidad en el trato y el lugar donde se realiza la atención de salud.

4.- EL ACCESO A LA ATENCIÓN MATERNA DE CALIDAD

El Control prenatal es un buen indicador del acceso de la mujer embarazada a los Servicios de salud y por ende, mejora la calidad de la atención materna que es demostrada a través del acceso de las mujeres a la Planificación Familiar, captación de las embarazadas antes de las 12 semanas de gestación, el acceso oportuno a la atención calificada del parto y la atención de calidad del periodo post parto. ENDESA (2011-2012)

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

La Norma de Atención Materno Neonatal (2011-2012) define el Control Prenatal como¨ la atención integral y de calidad que se brinda a través de una serie de visitas programadas de la embarazada con proveedores de servicios de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el puerperio. Además debe permitir identificar y prevenir complicaciones así como detectar oportunamente signos de peligro en la madre o en el feto.¨

La atención prenatal con calidad debe ser cumplir con requisitos básicos como:

precoz, sistemática, periódico, completo, de amplia cobertura y debe cumplir objetivos tales como: detectar enfermedades maternas subclínicas, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo, vigilar el crecimiento y vitalidad, educar a la mujer y su familia en temas de auto cuidado, señales de peligro, cuidados del recién nacido y otros.

Las atenciones prenatales según la norma van de acuerdo al siguiente esquema:

Cuadro 1.

No de Atenciones durante el Control Prenatal /Tiempo de Realización

No de Atenciones	Tiempo
Primera Atención:	En el momento de la captación, idealmente en las primeras doce semanas.
Segunda Atención:	Entre las 13-24 semanas.
Tercera Atención:	Entre las 25-29 semanas.
Cuarta Atención:	Entre las 30 y 35 semanas.
Quinta Atención:	Entre las 36 y 40 semanas.

Fuente: Tomado de las Normas Nacionales para la Atención Materno Neonatal (Mayo 2011)

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Históricamente los gobiernos han venido haciendo esfuerzos para mejorar la atención de la embarazada a través del Control Prenatal y así reducir la mortalidad materna.

Según la ENDESA (2011- 2012) el 97 por ciento de las madres que tuvieron nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta recibieron atención prenatal de alguna persona calificada. Al evaluar por departamento, en Ocotepeque el 82% de las mujeres recibieron Control Prenatal dado por un médico, igual valor es la atención del parto por médico en el Departamento de Ocotepeque

La atención prenatal ha tenido un incremento de 5 puntos y 14 puntos porcentuales en relación a lo observado en la ENDESA 2005-2006 y en la ENESF 2001, respectivamente.

No solamente ha mejorado la cobertura, sino también el número de atenciones prenatales, ya que a nivel nacional el 89 por ciento de mujeres tuvieron al menos cuatro atenciones, 92 por ciento en el área urbana y 86 por ciento en la rural. En la ENDESA (2005-2006) a nivel nacional el 81 por ciento de mujeres tuvieron al menos cuatro controles, 87 por ciento en el área urbana y 76 por ciento en la rural.

La captación oportuna para la primera atención prenatal también ha mejorado en el país. Un 78 por ciento de las mujeres embarazadas asiste a su primera visita antes del cuarto mes (69 por ciento en la ENDESA 2005-2006).

La prevalencia del parto institucional calificado se ha incrementado en los últimos años en Honduras ya que según la ENDESA 2011-2012 el 83 por ciento de los

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

nacimientos ocurridos en los 5 años que precedieron la encuesta fueron atendidos a nivel institucional (78 por ciento en establecimiento público y 5 por ciento en establecimiento privado), lo cual representa un incremento de 16 puntos con respecto a la ENDESA 2005-2006, básicamente como resultado del aumento en los partos atendidos en establecimientos de salud del sector público del 61 al 78 por ciento.

Con relación al tipo de atención durante el parto, el 83 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por profesionales de la salud, básicamente médicos (79 por ciento). En la ENDESA 2005-2006 la atención por profesional de salud fue del 67 por ciento y por médico 64 por ciento. El porcentaje es menor en mujeres rurales (73 por ciento comparado con 94 por ciento entre mujeres urbanas).

Los departamentos con los porcentajes más bajos de atención de parto por profesional de salud son: Gracias a Dios (61por ciento), Intibucá y Lempira (67 por ciento cada uno) y El Paraíso (72 por ciento).

Los mayores niveles se observan en el Distrito Central, San Pedro Sula e Islas de la Bahía (98, 97 y 95 por ciento, respectivamente). Los departamentos con los porcentajes más bajos de atención de parto por profesional de salud son: Gracias a Dios (61por ciento), Intibucá y Lempira (67 por ciento cada uno) y El Paraíso (72 por ciento). Los mayores niveles se observan en el Distrito Central, San Pedro Sula e Islas de la Bahía (98, 97 y 95 por ciento, respectivamente).

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

5.- EL PAGO DE BOLSILLO

En la ENDESA 2011-2012 se revela que la causa más importante expresada por las mujeres para no poder asistir al centro de salud es el obtener dinero para pagar tratamiento (52 por ciento). Otros problemas identificados son la distancia de los servicios de salud (37 por ciento) y el no querer ir sola (36 por ciento).

Lempira es el departamento que más utiliza los servicios de salud público (93 por ciento) seguido de Ocotepeque (90 por ciento). En Gracias a Dios y en Comayagua se utilizan menos los servicios públicos (66 y 69 por ciento, respectivamente)

A nivel nacional, el 89 por ciento de los enfermos ambulatorios pagaron las consultas con recursos propios exclusivamente, porcentaje similar al encontrado en la ENDESA 2005-2006.

A nivel nacional, el 83 por ciento de las personas que se internaron lo hicieron en instalaciones del sector salud público, principalmente en un hospital de la Secretaria de Salud (67 por ciento) si bien en Cortés y en Francisco Morazán los hospitales del Instituto Hondureño de Seguridad Social juegan un papel importante (27 y 19 por ciento, respectivamente).

El sector de salud privado recibió al 17 por ciento de las personas, primordialmente en clínica/médico privado (11 por ciento).

A nivel nacional, el 80 por ciento de los enfermos en el último año pagaron su internamiento con recursos propios exclusivamente y un 13 por ciento no pagó nada.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

El pago con recursos propios es mayor en el área rural (84 %) que en la urbano (76 %). Colón es el departamento con mayor porcentaje de pago con recursos propios (92 por ciento) seguido de Olancho (90 %). Cortés y Francisco Morazán es donde la población menos paga con recursos propios (68 y 71 por ciento)

Según quintil de riqueza y nivel educativo son las personas más pobres y con menos educación son las que mayoritariamente pagan con sus propios recursos (alrededor del 84 y 81 por ciento respectivamente), mientras que entre las personas del quintil más rico y las que tienen educación superior, 72 y 66 por ciento, pagan con sus propios recursos, respectivamente.

El 18 por ciento de las personas del quintil más rico y el 20 por ciento de aquellas con educación superior no pagaron nada por su internamiento, comparado con el 10 y el 11 por ciento entre las personas más pobres y las sin educación, respectivamente.

En general, para las personas que tuvieron internamientos en el último año y que pagaron los gastos, el 46 por ciento de estos fueron hechos en servicios de salud públicos, básicamente en hospitales de la SS (42 por ciento). En relación a la ENDESA 2005-2006, hay un aumento de 4 puntos porcentuales en el sector público.

En el área rural el mayor gasto total se hizo en el sector público (57 por ciento) en relación con el área urbana (39 por ciento).

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Por departamento, corresponde a Lempira quien tiene el mayor gasto en el sector público (60 por ciento) con un fuerte peso del gasto en hospitales públicos (56 por ciento). Comayagua e Islas de la Bahía tienen el menor gasto total en el sector público (26 por ciento cada uno).

A mejor situación económica y mayor nivel educativo, la proporción de los gastos de internamiento en servicios públicos es menor. En el caso de los hospitales de la SS, por ejemplo, pasa del 79 por ciento en el quintil inferior al 20 por ciento en el superior. El cambio por educación es menos drástico al pasar del 48 por ciento entre quienes no tienen educación a 23 por ciento entre las personas con educación superior.

6.- LA MEDICIÓN DE LA POBREZA Y EL ACCESO:

La Encuesta Permanente de Hogares y Propósitos Múltiples (2013) cita a Altamir (1970) el cual define la pobreza como: "un síndrome situacional en el que se asocia el infra consumo, la desnutrición, las precarias condiciones de las vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo o dentro de los estratos primitivos del mismo, actitudes de desaliento y anomalía, poca participación en los mecanismos de integración social y quizás la descripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna manera de la del resto de la sociedad."

Para evaluar el nivel socio-económico de un individuo, persona o comunidad se utilizan diferentes métodos de medición, el más importante es a través de la valoración del grado de pobreza del individuo.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

La declaración final de la cumbre de desarrollo Social de Copenhague en 1995, señala la pobreza absoluta como ¨una condición que se caracteriza por la privación severa de necesidades humanas básicas, incluyendo alimentos, acceso a agua potable, infraestructura sanitaria, atención de salud, acceso a la educación y a la información.¨

Privación que depende de la carencia de ingresos, pero también de acceso a los servicios sociales.

La pobreza relativa es comparativa al nivel de vida de otros, y se caracteriza por la ausencia o la inadecuación de la alimentación, infraestructura, servicios y actividades que son comunes o acostumbradas en una sociedad, como un retraso al bienestar al que poseen los demás.

Entre los métodos más usados para la medición de la pobreza están: 1) la identificación de las líneas de pobreza. 2) Necesidades básicas insatisfechas. 3) método integrado. De acuerdo con el primer método de medición, en Honduras el 64.5%. de los hogares se hallan en condiciones de pobreza. El 60.4% corresponde al área urbana y 68% al área rural, (Estadistica, EPHPM , 2013), ya que sus ingresos están por debajo del valor de una canasta básica de alimentos (CBA) que incluye los alimentos mínimos para los miembros del hogar.

La canasta Básica de Alimentos es utilizada como referencia de medición en el método de Línea de Pobreza. La Canasta básica se define como el mínimo alimentario para una familia u hogar de referencia (Menchu E. & Tatiana, 2006, pág. 13). Aquí el hogar de referencia es el tamaño del hogar promedio.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

El mínimo alimentario se define como el conjunto de alimentos básicos, en cantidades apropiadas y suficientes para satisfacer por lo menos las necesidades energéticas y proteínicas de la familia u hogar de referencia.

En el caso de Honduras el INE considera que el número de miembros de un hogar en la zona urbana es de 5 personas, y que para la zona rural el número de miembros es de 6 personas.

El valor de la canasta básica en Honduras es de L.1441.71 (INE EPHPM 2011).

El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) mide directamente la pobreza de los hogares a partir de la carencia en las siguientes necesidades básicas:

Acceso a la vivienda, que consiste en evaluar el estado de las viviendas, que no sea improvisada ni construida con materiales de desechos, disponibilidad de agua potable, acceso al saneamiento básico, la asistencia a la escuela de niños y niñas entre 7 y 12años, el número de personas dependientes por persona ocupada, la existencia de tres o más personas por habitación, excluyendo baños. De acuerdo a este método todo hogar con alguna NBI se considera pobre.

De acuerdo con este método de medición, la pobreza para mayo de 2013, alcanzaba el 40.8% de los hogares de Honduras,(hay que hacer notar que este resultado se ha reducido un 13% en comparación a mayo de 2006).

La diferencia entre el área rural y urbana es significativa ya que es de 48.9%, en el primero y de 32% en el área urbana.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Cabe destacar que el porcentaje de hogares con dos, tres y más necesidades básicas insatisfechas es considerablemente inferior a las que presentan “alguna” NBI; encontrándose que el mayor porcentaje de necesidades básicas “menos satisfechas" son: el acceso a saneamiento básico y el número de personas dependientes por persona ocupada.

En el país, los hogares que muestran tener al menos una necesidad básica insatisfecha y presentan ingresos superiores a la línea de pobreza, son el 7.6% del total. La pobreza reciente es otro concepto que se refiere a hogares que tienen satisfechas todas sus necesidades básicas pero sus ingresos son inferiores a la línea de pobreza, estos representan el 24% en el país.

Los hogares que disponen de un ingreso suficiente para lograr un nivel de vida adecuado y además satisfacen sus necesidades básicas representan el 28%, y son considerados como integrados socialmente. Por lo tanto, estos hogares, que no se consideran pobres bajo ninguno de los métodos utilizados, son los que expresan las condiciones de vida más digna en el país.

La pobreza como un eslabón más de una cadena de factores que impactan en la salud de la población trae como consecuencia que miles de hondureños no tengan acceso a los bienes, servicios y oportunidades para resolver sus problemas de salud, de manera que muchos son incapaces de financiar sus atenciones ya sea públicas o privadas.

Desde el momento que sale de su hogar el paciente está obligado a financiar el transporte, la alimentación, el pago de la atención y el pago de los medicamentos

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

por lo que resulta sumamente oneroso para una persona con algún nivel de pobreza el acceder a sus servicios de salud.

En el estudio de Exclusión social en Salud de Mancomunidades del Norte de Choluteca de OPS/OMS- Asdi (s-f), se observa el grave problema del hacinamiento en un 43.1%, estos problemas se acentuaron en los municipios de población indígena y se asocia con el desempleo ya que en cada hogar hay mas de tres dependientes por ocupado en un 56% y un promedio de 5.3 miembros por familia.

En este estudio el 40% de personas enfermas no accedió a los servicios de salud por causas de mala atención, falta de dinero y problemas de distancia geográfica. Además, 40% de los partos no fueron institucionales y 20% de las mujeres embarazadas no contó con control prenatal. El gasto promedio por consulta que necesita pagar la población es 85 Lempiras, de lo cual 80% es para medicamentos y 15% por transporte y alimentación. La conclusión general del estudio es que la causa principal de la exclusión es la falta de protección financiera para garantizar acceso a la población más pobre.

Las necesidades básicas para la medición del nivel del nivel de pobreza de las personas ordenadas en categorías con sus respectivas dimensiones, variables y niveles críticos se pueden observar en el cuadro siguiente:

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Cuadro 2

NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS, SUS DIMENSIONES, VARIABLES Y NIVELES CRITICOS

NBI(CATEGORIA)	DIMENSIONES	VARIABLES	NIVELES CRITICOS DE SATISFACCION*
1.Acceso a la vivienda	**a. Calidad de la Vivienda**	**-Materiales de construcción: Pared Piso Techo**	**Paredes de desecho o improvisada ,piso de tierra, techo de teja**
	b. Hacinamiento	**-Número de personas que viven en la vivienda. -Número de cuartos de la casa.**	**Más de tres personas por dormitorio, excluyendo baño.**
2. Acceso a servicios Sanitarios	**a. Disponibilidad de agua potable**	**Fuente de abastecimiento de agua de la vivienda**	**Fuente de abastecimiento de agua dentro de la propiedad**
	b. Tipo de sistema de eliminación de excretas	**Letrina Servicio sanitario Letrinas comunes**	**Ausencia de letrina y servicio sanitario o el uso de letrinas comunes**
3. Acceso a educación	**Asistencia de los niños en edad escolar a un establecimiento educativo**	**-Edad de los niños que viven en la casa. -Números de niños que no van a la escuela**	**Al menos un niño de 7-12 años que no asisten a la escuela que vive en la casa**
4. Capacidad económica	**Probabilidad de insuficiencia de ingreso del hogar**	**-Número de personas de la casa que trabajan. -Escolaridad del jefe del hogar**	**Mas de 3 dependientes por ocupado Menos de 3 dependientes por ocupado**

Fuente: Elaboración propia con base en la información teórica de Documento Feres Juan Carlos y Javier Mancero .El Método de las Necesidades Básicas Insatisfechas, CEPAL.

Derechos reservados

7.- ACCESO A LA VIVIENDA

Para que la vivienda cumpla con un nivel mínimo de habitabilidad, debe ofrecer a las personas protección contra diversos factores ambientales -aislamiento del medio natural, privacidad y comodidad para llevar a cabo ciertas actividades biológicas y sociales, aislamiento del medio social, y no generar sentimientos de privación relativa en sus habitantes (CEPAL / PNUD, 1989). De estas tres funciones, sólo para las dos primeras se puede aproximar su medición a través de la información censal.

Para evaluar la capacidad de la vivienda de aislar a los individuos del medio natural, utilizamos la verificación de los materiales de construcción donde el adobe es el más usado en las zonas rurales, el bahareque que se usa en menor medida y es usado por las personas de menores recursos económicos, en tanto que el ladrillo lo usan los que tienen un mejor status económico (línea base Municipios Departamento de Ocotepeque año 2008)

El acceso a la vivienda se evalúa a través de la indagación del tipo de materiales de construcción de paredes, techo y piso, donde el nivel crítico será el hecho de tener paredes de desecho, paredes improvisadas, con piso de tierra, techo de teja aunque esta última es una característica con menor valor ya que en las zonas rurales tanto las casas de los más pobres como de los más ricos tienen techo de teja.

En Honduras, el 48 por ciento de las viviendas tienen piso rudimentario (básicamente plancha de cemento), el 17 por ciento tienen piso de tierra y el 20 por

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

ciento tienen piso de ladrillo de cemento o mosaico. En el área rural los pisos de tierra representan un 32 por ciento y los de plancha de cemento un 47 por ciento; mientras que en el área urbana representan un 5 y un 42 por ciento, respectivamente.

La condición de hacinamiento que presenta la vivienda, es decir, el número de personas por cuarto disponible. Entre los problemas que conlleva una densidad de ocupación muy alta se puede destacar daños a la salud generalmente causados por la insalubridad y una alta incidencia de promiscuidad. El hacinamiento es investigado por el número de personas que habitan en la casa relacionados con el número de habitaciones apartando otras piezas de la casa como la cocina y la sala. Se tomara como nivel crítico cuando hayan mas de tres personas durmiendo/ habitación.

A nivel nacional, el 43 por ciento de las viviendas apenas tienen un cuarto para dormir ,44% en ENDESA (2005-2006), el 35 por ciento tienen dos cuartos y sólo un 22 por ciento tienen 3 o más dormitorios. En el área urbana un 60 por ciento de las viviendas tienen 2 o más dormitorios en comparación con 54 por ciento en el área rural.

Análisis de las condiciones sanitarias se miden a través de dos indicadores:

a.- la disponibilidad de agua potable

b.- acceso a servicios sanitarios para el desecho de excretas.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

El primero de los indicadores se refiere al abastecimiento permanente de agua de buena calidad, en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades de alimentación e higiene. Su medición generalmente hace una distinción entre la fuente de origen del agua y la forma en que ésta es suministrada a la vivienda.

Hay viviendas que tienen el agua dentro de la casa cuya fuente puede ser un tanque con su debido tratamiento de agua, un nacimiento natural, traída por tubos hasta la casa, mientras otros pueden tomarlo de un pozo lejano o cercano a la propiedad, así como de una quebrada o rio.

Aunque la vivienda cuente con agua acarreada de otro lugar esto pone en riesgo la salud de las personas que la toman y pueden contaminarse por la forma como se trae o en que se trae y el hecho de no contar con un adecuado abastecimiento de agua nos habla del estado socioeconómico de un hogar.

El sistema de eliminación de excretas puede ser mediante letrinas con fosa séptica, servicios lavables y servicios sanitarios.

Un 86 por ciento de los hogares acceden al agua potable, considerando las conexiones dentro de la vivienda (41 por ciento) como fuera de la vivienda (45 por ciento); tanto de servicio público (41 por ciento) como privado (45 por ciento). Este valor encontrado representa un incremento de 6 puntos porcentuales en comparación con ENDESA 2005-2006.

En el área urbana el 96 por ciento tiene acceso a agua potable en comparación con 75 por ciento en hogares rurales. Resalta el hecho de que en las áreas rurales

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

predomina el servicio privado (71 por ciento) mientras que en los hogares urbanos es el servicio público (56 por ciento público y 40 por ciento privado).

8.- ACCESO A LA EDUCACIÓN:

La educación constituye un requerimiento mínimo para que las personas puedan incorporarse adecuadamente a la vida productiva y social. Junto con la familia, la escuela es el agente socializador más importante, “al punto que las deficiencias que se experimenten en cualquiera de estos ámbitos, particularmente en edades tempranas, tendrán consecuencias negativas que repercutirán en las capacidades de aprendizaje de los individuos y en su incorporación a la vida activa” (PNUD, 1989). En base a esto, puede decirse que la falta de educación representa una severa limitación para poder escapar de la pobreza, y puede generar un círculo de perpetuación de la misma.

El acceso a la educación se evalúa mediante el número de niños que viven en la casa que tienen de 7- 12 años que no asisten a la escuela.

9.-- ANALFABETISMO:

El analfabetismo es un problema histórico social que establece diferencias entre la imagen de un país y otro. Según la encuesta permanente de hogares 2012 el 14.5% de las personas mayores de 15 años no saben leer n escribir, y sigue existiendo la brecha entre la población urbana y rural donde

En Honduras, el 14.5% de las personas mayores de 15 años, no sabe leer ni escribir. Los datos indican que la tasa de analfabetismo continúa siendo mayor en la

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

en la población del área rural (21.5%). Sin embargo, afecta tanto a hombres como a mujeres, en ambos casos la tasa de analfabetismo se aproxima al 15%.

Además, el analfabetismo es superior en las personas de mayor edad. Hasta los 24 años la tasa es menor al 10%, a partir de los 19 años aumenta hasta alcanzar su máximo en la población de 60 años y más, de la cual casi la mitad

(37.9%) no sabe leer ni escribir. (EPHPM , 2013)

Los años promedio de estudio de las personas, disminuyen sistemáticamente con la edad, de 9.1 años de estudio (en personas de 19 a 24 años) a 5.4 años de estudio (en personas de 60 años y más) este comportamiento es similar a lo hallado con la tasa de analfabetismo.

Un indicador que es muy útil para medir el avance del sistema educativo hondureño es la Tasa de Cobertura. La cual refleja que al momento del levamiento de la encuesta, habían 1,680,006 menores entre 3 y 17 años que asisten a un centro de enseñanza; estos representan el 55.4% de la población entre esas edades. A nivel nacional este indicador para los niños entre 6 y 11 años es del 92.3%.

Para la población entre los 15 y los 17 años; la cobertura solo es del 27.1%. Esto quiere decir que aproximadamente la tercera parte de los jóvenes entre esas edades está asistiendo a un centro de enseñanza. Sin embargo, es más preocupante la diferencia que existe entre el área urbana (44.7%) y la rural

(15.1%). (Estadistica, EPHPM , 2013)

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

El área rural en promedio tiene menos de la mitad de años de escolaridad que tiene el área urbana lo que refleja una vasta iniquidad y por ende grandes cantidades de hondureños están excluidos de los servicios educativos lo que además conlleva a exclusión social en salud.

Entre menos años de escolaridad tiene una mujer menor es la posibilidad de que valla en busca de los servicios de salud, y la mayoría de muertes maternas son mujeres sin instrucción o solo estudios de primaria la tasa de analfabetismo en el departamento de Ocotepeque en el área urbana es de 16.4% y los años de estudio promedio es de 6.8, en tanto que en el área rural la tasa de analfabetismo es de 33.9% y los años de estudio son de 3.8 a nivel local.

Es interesante ver que tanto el analfabetismo es menor como los años de estudio promedio son mayores en las mujeres que en los hombres hasta los 35 años de edad. Para los niños entre 7 y 12 años es del 90%. Para la población entre los 16 y los 18 años; la cobertura solo es del 24%. Esto quiere decir que apenas 1 de cada 4 jóvenes entre esas edades está asistiendo a algún centro de enseñanza. Sin embargo, la diferencia existe entre el área urbana (37%) y la rural. Un indicador que es muy útil en el tema de la educación es la Tasa de Cobertura.

10.- CAPACIDAD ECONÓMICA:

Las variables más importantes según estudios realizados, para determinar la capacidad económica de un hogar son: el nivel educativo del jefe del hogar y el número de personas a su cargo. El nivel educacional del jefe del hogar es altamente determinante en su probabilidad de competir adecuadamente en el

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

mercado laboral. Mientras menos años de educación haya aprobado un individuo, menores son los ingresos que este posiblemente obtendrá.

Esta situación se ve agravada cuando existe un alto número de personas dependientes en el hogar, ya que ello conlleva una menor movilidad geográfica, que restringe al jefe del hogar a buscar trabajo en zonas donde éste es más abundante. Además, la facilidad de acceso a programas de capacitación se reduce cuando el perceptor de ingresos es responsable de mantener a muchas personas, perdiéndose así una oportunidad de elevar los ingresos futuros. (Juan Carlos Feres, CEPAL.)

El nivel educativo del jefe del hogar se mide a partir de los años de educación aprobados por el mismo. Generalmente, la determinación de un nivel crítico para este indicador es sensible al tipo de entorno del hogar, ya que la participación en el mercado laboral en zonas rurales no requiere de niveles educativos tan altos como en zonas urbanas. Para determinar el grado de dependencia económica de los miembros del hogar, la variable comúnmente utilizada es la relación del número de personas que no reciben ingresos entre el número de personas que trabajan.

11.- INGRESO DE LOS HOGARES

Con base en un total de 1,898,966 hogares, el ingreso per cápita a nivel nacional, es de L. 2,659.00 por mes, con un promedio de 6.7 años de estudio para el jefe del hogar. Debe notarse que en el área urbana, el ingreso percibido es dos veces mayor que en el área rural (Lps. 3,654.00 y Lps. 1,699.00 al mes respectivamente). Esta diferencia está altamente correlacionada con los años de estudio promedio del

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

jefe de hogar, 8.1 en el área urbana y 5.0 en el área rural. (Estadistica, EPHPM , 2013)

Existe una marcada diferencia entre el 20% de los hogares con mayores ingresos y el 20% de los hogares con menos ingresos. Los primeros perciben un ingreso per cápita de L. 7,813.00, mientras que los segundos perciben L. 379.00 al mes. (Estadistica, EPHPM , 2013)

La relación ingreso-nivel educativo también es notoria en cuanto al ingreso per cápita de los hogares; en los casos en que los jefes de hogar no tienen nivel educativo éste apenas es de Lps.1215.00, mientras que en aquellos hogares cuyos jefes poseen educación superior, llega a los Lps.8,410.00. (Estadistica, EPHPM , 2013)

12.- EMPLEO

Es una variable de suma importancia para evitar la exclusión social y la pobreza. Desde 1980 en Francia e Inglaterra se dice que los problemas sociales además de ser causados por falta de recursos materiales y conductas antisociales, la falta de empleo y acceso al mercado laboral son factores muy importantes.

En cuanto a empleo se estima en 3,487,009 son los ocupados del país. De estos, el 35.8 % se emplea en la agricultura, en el comercio está el 24.1% y en la industria el 12.7 %. Estas tres ramas de actividad concentran más del 70% del empleo nacional.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

De acuerdo a los resultados existen una cantidad considerable de personas en condición de asalariados ya que de cada 100 ocupados 43 efectúan sus actividades laborales a cambio de un salario, es decir tienen un patrono de igual manera se encontró que 45 de cada 100 hondureños realizan las actividades laborales por su cuenta, es decir que no tienen un empleador sino que ellos generan su propio empleo.

Por otra parte 13 de cada 100 que constituye la diferencia son trabajadores no remunerados, o sea personas que trabajan, pero no reciben un pago a cambio.

Con los ocupados que sí declaran recibir ingresos a cambio de su trabajo, se estimó un ingreso promedio por trabajo, a nivel nacional, de Lps.4845.00 por mes; este ingreso es mayor en el área urbana (Lps. 7071.00) que en el área rural (Lps.3040.00). Aunque el sector público tiene menos empleados que el sector privado, los ingresos en el primero son mayores (Lps. 11210.00 y Lps.5389.00 respectivamente). La teoría predice y las encuestas permanentes de hogares confirman que los ingresos serán mayores a medida que sea mayor el nivel educativo de las personas.

El ingreso promedio mensual de una persona ocupada que no tiene educación formal es de Lps.1790.00; con educación primaria llega a Lps. 3560.00 y puede llegar a Lps.13051.00 con educación superior. Este comportamiento de los ingresos no distingue entre categorías ocupacionales y es el mismo tanto para asalariados del sector público y empresa privada como para los cuenta propia. La estructura de la población caracterizada por ser predominantemente joven, incide en que cada

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

persona ocupada tiene que mantener en promedio a 2.7 personas (Tasa de Dependencia).

El desempleo es otra causa de exclusión social en salud. El 75% de la población nacional está en edad de trabajar. (mayores de 10 años que trabajan o deseen trabajar). La Población Económicamente Activa (PEA), representa el 38%, Pero como la población total incluye los menores de 10 años que por naturaleza se consideran inactivos, se calcula la Tasa de Participación en base a la Población en Edad de Trabajar. Este indicador a nivel nacional es de 51%, sin embargo, en los hombres esta relación es mucho más alta que en las mujeres (70% y 33% respectivamente).

Uno de los problemas del mercado laboral es el desempleo; el cual se mide con la Tasa de Desempleo Abierto (TDA). En mayo de 2013 los desempleados representaban el 3.9% de la Población Económicamente Activa.

Si la TDA se analiza desde un enfoque de género, se notará claramente que el mercado tiene un sesgo hacia la ocupación masculina. Este indicador, para los hombres es casi dos puntos inferior que para las mujeres (3.3% y 4.9% respectivamente). Además, el mercado parece absorber más rápidamente la mano de obra masculina que la femenina: mientras en un hombre los MBT son 1.9, en una mujer son 2.1 meses. La desocupación se concentra en la población joven; del total de 141,724 desempleados del país, de los cuales (47.8%) son jóvenes menores de 24 años.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

El problema del desempleo es mayormente urbano, potenciado probablemente por la migración constante de personas del campo a la ciudad y la poca capacidad del mercado laboral para absorber esta fuerza de trabajo Existen en el país 408,875 personas con Subempleo Visible, es decir que estando ocupados, trabajan menos de 36 horas a la semana y desean trabajar más.

En cambio las personas ocupadas bajo condiciones de Subempleo Invisible ascienden a 1,422,210.00 Este último se define como las personas que trabajan más de 36 horas y tuvieron ingresos inferiores a un salario mínimo, esto refleja una Tasa de Subempleo Invisible (TSI) nacional del 40.8%; la misma para el área rural, es del 42.5%.

La condición del empleo mejora la capacidad de acceder a los bienes servicios y oportunidades para resolver sus problemas de salud, ya que de esta manera teniendo una fuente de ingreso puede disponer de financiamiento para sus gastos en salud.

13.- ACCESO GEOGRÁFICO:

Las barreras de acceso de tipo geográficas, son muy comunes debido a la falta de servicios de salud en comunidades postergadas y de alta ruralidad, la alta dispersión geográfica, escasez de unidades de transporte en las comunidades rurales, malas carreteras e incluso la no disponibilidad de horarios de atención.

En el estudio de mancomunidades del Norte de Choluteca un promedio del 52.3% de la población entrevistada invierte más de una hora para llegar a la unidad de salud más cercano. El porcentaje es mucho más alto en los municipios del norte de

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Copan, y los municipios fronterizos de Intibucá.. Tomando en cuenta que se entiende por acceso a servicios de salud, la población que puede recabar servicios locales de salud, con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales Acuña C (1993).

14.- EL ACCESO Y LA REFORMA EN SALUD

La reforma en Salud iniciada en la década de los noventa ha realizado esfuerzos tangibles por mejorar el acceso a la salud de los grupos más vulnerables de la sociedad hondureña. Una muestra de ello fue la implementación del Programa acceso en el país, el cual realizó acciones en beneficio de las comunidades mas postergadas del Departamento de Ocotepeque.

La primera fase del Programa Acceso, inicia de 1995–1998 (Proceso Nacional de Acceso a Servicios de Salud) y forma parte integral de la reforma del sector. El apoyo sueco fue canalizado a través de OPS e implementado en una tercera parte del país. Esta fase tenía algunos componentes/resultados principales:

-Reorganización de la red de servicios, especialmente al nivel local municipal, incluyendo capacidades para gerencia y planificación a este nivel.

-Desarrollo de los recursos humanos, tanto profesionales de salud, como promotores voluntarios y representantes de las autoridades municipales.

En la segunda fase de Acceso, 1999–2002 (Extensión, Consolidación y Profundización del Proceso Nacional de Acceso) se continuó y profundizó el

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

programa en la misma área del país con componentes/ resultados un poco más especificados:

La separación de roles entre la función rectora y reguladora de la Secretaría y el rol de entrega de servicios a niveles locales.

-Descentralización y desarrollo local para cogestión de actividades dirigidas al sector salud con municipios y mancomunidades de municipios.

-Vigilancia de salud, incluyendo análisis de la situación de salud en el área del programa con participación social, y apoyo a la implementación de inmunizaciones y la lucha contra enfermedades priorizadas como VIH/SIDA, TB, Chagas y otros.

-Cogestión y cooperación con mancomunidades y ONGs locales para actividades en salud.

-Atención a pueblos indígenas para los servicios de salud.

-Rehabilitación física y mental con base comunitaria, incluyendo establecer una Unidad de Rehabilitación al nivel central y cinco Centros de Rehabilitación al nivel departamental.

La tercera fase del programa (2003–2005) es básicamente una continuación de las actividades de las dos primeras fases en la misma área geográfica de implementación, con algunas variaciones en los enfoques específicos. Además, se ha incluido un componente de agua y saneamiento, antes apoyado como parte de un programa regional a través de UNICEF. Otra diferencia entre la tercera fase y las

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

dos primeras fases es que el apoyo de Suecia está canalizado directamente a la Secretaría de Salud en lugar de hacerse a través de OPS. (Nils Ostrom, 2005)

Es importante mencionar que con el trabajo realizado por el Programa acceso en las comunidades en estudio, se han ido cerrando las brechas relacionadas al problema del acceso a los servicios de salud.

Por efecto del trabajo realizado en cuanto a la reorganización de la red de servicios, el desarrollo de los recursos humanos tanto profesionales de salud, voluntarios de la comunidad, como miembros de los gobiernos locales de la zona y la Descentralización y desarrollo local para cogestión de actividades dirigidas al sector salud con municipios y mancomunidades de municipios y la Cogestión y cooperación con mancomunidades y ONG´s locales para actividades en salud.

Todo este largo que hacer en la comunidad fortaleció la responsabilidad ciudadana y la cultura de la participación e inclusión de la comunidad en la solución de su propia problemática, a partir de un capital social basado en la solidaridad, confianza y participación en los grupos de la comunidad que afecta los intereses en salud, en educación y en la estabilidad de la familia como base de la sociedad.

15.- CAPITAL SOCIAL Y REDES SOCIALES

A más contactos, más ingresos. Muchas veces, tener buenos contactos, vale más que todos los títulos académicos juntos. Pero el capital social influye también en la gente que no está dentro de la red de contactos, es un elemento esencial de cualquier democracia. La reciprocidad depende de las conexiones: casi siempre si

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

alguien no va al funeral de una persona puede que sus familiares o amigos no vayan al suyo.

Putnam (1995), conceptualiza el capital social como los “mecanismos de la organización social tales como las redes, normas, y la confianza social que facilita la coordinación y cooperación para beneficios mutuos”.

El Banco Mundial es de la opinión que el capital social es un contribuyente potencial a la reducción de la pobreza y del desarrollo sostenible., el capital social está conformado por una serie de elementos inherentes a la conducta del ser humano, y de las comunidades, se basa en la dinámica de : las redes sociales las cuales a su vez se alimentan por la interacción de los grupos comunitarios, por los procesos asociativos de la comunidad, por la interrelación y confianza de los vecinos, la reciprocidad, la solidaridad, la participación en la solución de los problemas comunitarios y la colaboración para la solución de problemas de los vecinos.(Najmanovich Denise, La Organicacion en Red de Redes y Organizaciones) (s-f)

Las redes sociales son indicadores poderosos de la gobernabilidad. Donde hay más relaciones funciona mejor el gobierno. Las relaciones sociales tienen influencias medibles en nuestra salud. Si se controlan los factores que frenan la esperanza de vida, como el tabaco, las drogas o los accidentes de tráfico, la probabilidad de morir se reduce a la mitad, sólo por estar dentro de un grupo. El aislamiento social es un factor de riesgo tan grave como el tabaco. Además, está probado que las relaciones reducen la delincuencia.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

En los barrios donde los vecinos se conocen por el nombre de pila, hay menos robos, se fomenta más la solidaridad comunitaria y el cuidado entre cada uno de los vecinos.

El capital social es la solidaridad que una persona o un grupo siente por los demás. Se basa en relaciones de solidaridad que pueden describirse mediante el uso de redes.

Al hablar de capital social se refiere a la capacidad que tienen las comunidades para establecer redes de asociación para la obtención de beneficios colectivos, además de la incorporación de la confianza, solidaridad, cooperación y reciprocidad entre los vecinos de la comunidad por ejemplo patronatos, iglesias, casas de salud, comités de vigilancia a la salud.

El capital social es un parámetro para medir el grado de desarrollo de una comunidad. Entre mejor capital social tiene una región, la pobreza, la exclusión social y las iniquidades van disminuyendo, y sectores como la salud y la educación también van mejorando.

Según Dabas (1993); (citado por Rocío Enríquez Rosas en Redes Sociales y Pobreza) Red social es “ un sistema abierto que a través del intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potenciación de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de ellos desarrolla.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Los diversos aprendizajes que una persona realiza se potencian cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común. Implica un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectivo." La red social personal del individuo puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un sujeto percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.

Las redes sociales son de suma importancia en la vida de los habitantes de un país, dan lugar a la organización y empoderamiento para la solución de problemas locales, departamentales y nacionales.

El fortalecimiento de las redes sociales concientiza al ciudadano para que tome parte en la solución de determinado problema, para que vele por la seguridad de sus vecinos y compartan el dolor de otros.

Un ejemplo clásico de esto es cuando el grupo de vecinos solicita ayuda económica para la curación de una enfermedad de otro, e incluso para darle una sepultura digna al momento de morir, o cuando el patronato gestiona la construcción de un puente para mejorar el acceso geográfico, o la construcción de un centro de salud para mejorar las condiciones sanitarias de una comunidad, y por ende mejorar el acceso a los servicios de salud y disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil.

Lomnitz (1975) (citado por Rocío Enríquez Rosas en Redes Sociales y Pobreza), define a la red social como el conjunto de relaciones de intercambio recíproco de bienes y servicios en un espacio social determinado. la tipología de la red social en

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

cuanto a las características relacionales entre los individuos en términos de jerarquía es abordado por Gonzáles de la Rocha (1986) y Estrada (f.c.), distingue La Red Social Horizontal que se refiere a las relaciones entre parientes, la red social vertical que son las relaciones en el ambiente laboral.

Dabas (1993) habla también de redes informales o de bordes borrosos donde no existen contratos pre-establecidos compuestas por las relaciones de intercambio mutuo o de reciprocidad entre parientes cercanos y amigos, y las redes formales o de bordes definidos donde el individuo, la familia o un grupo concreto establecen relaciones formales con un grupo formal de la sociedad, este tipo de red es impersonal y jerárquica y no está relacionada con reciprocidad.

Dabas concibe las redes sociales como núcleos de poder, que se fortalecen para alcanzar objetivos comunes, cuya materia prima son las potencialidades que cada persona, familia o grupo posee, dichos objetivos son alcanzados a través de los esfuerzos que cada miembro pone a disposición. Son evidentes los esfuerzos de los grupos comunitarios tales como patronatos, grupos religiosos, sociedad de amas de casa, sociedad de padres de familia de una escuela, o una cámara de comercio o turismo.

Cada uno con diferentes objetivos y rutas que al final vendrán a converger en un macro propósito que es el desarrollo socio económico de una región. En forma institucional la red de servicios de la secretaria de salud conformada por sus niveles central, departamental, local hasta enlazarse con la comunidad la familia y el individuo con el objeto de proporcionar salud a una población, mejorar el acceso

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

para los más postergados o combatir una epidemia cuya base de prevención está en la comunidad como el caso del Dengue.

Las redes pueden formarse entre los ministerios (red de redes), con el objeto de realizar acciones intersectoriales en el caso del combate a un huracán donde salud, educación, seguridad, finanzas combinan esfuerzos para prevenir la morbimortalidad.

Bronfman (1993) plantea el papel de las redes sociales para disminuir la mortalidad infantil mediante la ayuda que se prestan los vecinos o grupos, en el cuidado mutuo de las familias, en el cuido del hijo de la vecina cuando ella va a su trabajo, apoyo moral, y emocional a una madre soltera.

Mario Rovere (1999) expone las formas como las redes en salud pueden fortalecerse con el fin de disminuir la exclusión social en salud. La actitud del personal de salud hacia el usuario es importante como un mecanismo de brindar a la población un servicio de calidad, y mejorar el acceso. La relación entre los mismos empleados.

El grado de responsabilidad de cada uno respecto a sus obligaciones en el trabajo El mejoramiento del sistema de referencia y contra-referencia viendo al usuario como sujeto y no como un objeto, pensando en que la labor de remitir al usuario a otro nivel no es con el objeto de deshacerse de él, sino de darle mejores condiciones técnicas y científicas de atención y de fortalecer la continuidad de la atención para brindarle al paciente salud con calidad, equidad y eficiencia.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Todas estas acciones son de bajo costo económico para la Secretaria de Salud y son efectivos en el tratamiento de cualquier entidad nosológica ya que se incorpora el elemento de calidad en salud.

Para que la dinámica de las redes sea adecuada es importante contar con el elemento confianza la cual se define como: el deseo y la disposición para iniciar y mantener una relación de ayuda mutua entre dos personas. La confianza implica la familiaridad, la cercanía física y el conocimiento de las necesidades y recursos de los otros.

Es frecuente que los vecinos de un barrio pobre se vean como hermanos ya que su nivel de necesidades es similar y esto los une más. La cercanía física de la vecindad los identifica y los hace sentir en un ambiente familiar donde se protegen unos a otros. El sentimiento de reciprocidad y solidaridad es compartido entre ellos. (Rosas,Rocio, Redes Sociales y Pobreza)(s-f).

Para González de la Rocha (1999), (citado por Rocío Enríquez Rosas en Redes Sociales y Pobreza) el factor reciprocidad permite la continuación y la permanencia de las relaciones sociales: “Reciprocar un favor, una ayuda, el apoyo recibido en un momento difícil o en cualquier momento de la vida cotidiana es, de hecho, dejar la puerta abierta a la relación; no reciprocar implica lo contrario”.

Añade, además, la importancia de entender el principio de reciprocidad en contextos concretos, donde no necesariamente se intercambian los mismos bienes y servicios y donde la temporalidad para el acto recíproco permite una cierta flexibilidad en cuanto a la inmediatez o el largo plazo, como es el caso del

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

compromiso moral de apoyo de los hijos hacia los padres una vez que estos últimos envejecen.

Estrada (s.f.) coincide ampliamente con González de la Rocha (1999) en cuanto al papel central que juega la reciprocidad en las redes sociales. Ambas mencionan los costos reales que implica poder mantenerse en una red, sobre todo en contextos de exclusión laboral.

En este sentido, las relaciones de intercambio recíproco constituyen simultáneamente una carga y una protección para los individuos y las familias. cuando las posibilidades de reciprocar se agotan, las relaciones se tornan frágiles y los individuos quedan más expuestos.

En las redes sociales existen cuatro factores fundamentales que regulan la intensidad de los vínculos establecidos: La distancia social. De acuerdo con cada grupo sociocultural existen pautas preestablecidas acerca de lo que se puede esperar e intercambiar en una relación concreta; por ejemplo, el tipo de contratos implícitos entre padres e hijos, abuelos y nietos, hermanos y hermanas, compadres y comadres, amigas y amigos varía significativamente de una cultura a otra.

La distancia física. La vecindad física, sobre todo en poblaciones pobres, juega un papel fundamental para que la ayuda mutua y las relaciones de intercambio puedan existir. En este sentido, los lazos de parentesco por sí solos no garantizan el buen funcionamiento de la red social cuando la distancia física está presente.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Distancia económica. La existencia de condiciones sociales y económicas similares es un factor relevante para que las redes de intercambio recíproco puedan operar. Cuando se presenta una movilidad económica en alguno de los miembros de la red social, este factor predispone a una relación de intercambio asimétrica y el vínculo tiende a deteriorarse o a desaparecer, pues ya no hay una igualdad de condiciones, de carencias y de necesidades.

Distancia psicológica. Se trata principalmente del componente psicosocial denominado confianza. Es decir, el deseo y la disposición para iniciar y mantener una relación de ayuda mutua entre dos personas. La confianza implica la familiaridad, la cercanía física y el conocimiento de las necesidades y recursos de los otros.

Bronfman considera la ausencia de red como la “no presencia” de la red en los momentos coyunturales en términos de problemas de salud; esto no quiere decir que no exista la red, sino que no está disponible oportunamente.. Para Sluzki (1995 y 1996) existe amplia evidencia de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable, protege a la persona de las enfermedades, afecta positivamente la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida; es decir, es salutogénica.

Por otro lado, también existe evidencia de que la presencia de enfermedad deteriora la calidad de la interacción social y, a largo plazo, puede reducir el tamaño y la accesibilidad de la red social. Para este autor, los mecanismos mediante los cuales la red social afecta positivamente la salud de los individuos son varios: el

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

estrés tiende a reducirse ante la presencia de vínculos familiares positivos; en un nivel de existencia, las relaciones sociales contribuyen a proveer de sentido la vida de los individuos; en un nivel de práctica social, la red ofrece retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud y promueve comportamientos correctivos.

Cufré (1995) (citado por Rocío Enríquez Rosas en Redes Sociales y Pobreza) concluye que ante las situaciones sociales que vivimos actualmente de desempleo, pobreza, estrés y alienación, los indicadores más pertinentes para evaluar el nivel de bienestar emocional de los individuos están íntimamente relacionados con cualidades inherentes a las redes sociales, se refiere entonces al grado de participación social y a las vías de organización creadas para lograrlo, a la capacidad de asistencia solidaria entre pares y a la aceptación de las diferencias mutuas.

16.- MEDICIÓN DEL CAPITAL SOCIAL

La medición de capital social es de suma importancia en una comunidad, ya que esto proporciona una idea de la fortaleza de las redes sociales en ese grupo de personas. Estas redes sociales son elementos intrínsecos de los grupos, a través de las cuales, se pueden obtener beneficios colectivos y personales que dan como resultado la solución de problemas socioeconómicos de un grupo y la preservación de los derechos ciudadanos.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Sin embargo esta medición no serviría de mucho si los tomadores de decisiones no están consientes de la importancia que tiene el capital social en una comunidad, municipio o región determinada.

La forma de medir el capital social dependerá de cómo lo definimos. Las definiciones más amplias de capital social son multidimensionales las cuales incorporan diferentes niveles y unidades de análisis (world bank.org) Ya en este trabajo se definen las variables a través de las cuales se investiga el capital social en los municipios del Valle de Sesecapa.

Existen métodos cuantitativos, comparativos y cualitativos para la medición de capital social.

Un ejemplo de estudio cuantitativo está en una publicación del Banco mundial el cual cita a Knack y Keefer (1997) quienes utilizan indicadores de confianza y normas cívicas de la Encuesta Mundial de Valores para una muestra de 29 economías de mercado. Ellos usan estas medidas como indicadores de la fuerza de las asociaciones cívicas a fin de probar dos hipótesis sobre los efectos del capital social en el crecimiento económico.

La primera hipótesis es el efecto Olson que habla del crecimiento económico a través de la búsqueda de rentas y la segunda es el efecto Putnam donde se propone el crecimiento económico mediante el fortalecimiento de la confianza.

El documento del Banco Mundial además cita a Narayan y Pritchett (1997) quienes hacen un estudio en las zonas rurales de Tanzania mediante la aplicación de una

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

encuesta de pobreza donde se pregunta acerca de las actividades asociativas y su confianza en varias instituciones. Al final encontraron que el capital social de las aldeas produce un aumento en los ingresos del hogar.

Entre los estudios comparativos mencionamos el estudio de Putnam en Italia donde compara el norte y el sur de Italia y evalúa el capital social de acuerdo al grado de participación cívica a través del número de votantes, lectores de periódicos, pertenencia a asociaciones corales y clubes de futbol y la confianza en instituciones públicas. Se encontró que estos indicadores eran mas altos en el Norte de Italia y que también el desarrollo era mas alto en esta zona junto a la gobernabilidad y el desempeño institucional.

Un ejemplo de estudio cualitativo es el que cita el Banco Mundial de Portes y Sesenbrener (1993), donde el éxito económico de los inmigrantes no les permite continuar perteneciendo a una red a la cual pertenecieron cuando eran pobres ya que desaparece la pobreza que es el común denominador y el que los mantiene unidos

IV.- METODOLOGIA

A.- DISEÑO METODOLOGICO

Tipo De Estudio: Este estudio tiene un alcance descriptivo con un enfoque cuantitativo, transversal.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

La unidad de observación: corresponde al capital social y el acceso a los servicios de salud de los municipios del Valle de Sesecapa en Ocotepeque en el periodo del 1 de Enero de 2006 al 31 de Diciembre de 2010.

La unidad de Análisis:' son las mujeres en edad fértil de los municipios de la mancomunidad del Valle de Sesecapa en el departamento de Ocotepeque en el periodo comprendido entre 1 de Enero de 2006 al 31 de Diciembre de 2010.

Las unidades de muestreo: Mujeres en edad fértil distribuidas en: mujeres embarazadas y mujeres no embarazadas con embarazos anteriores de los municipios de la mancomunidad del valle de Sesecapa en el departamento de Ocotepeque en el periodo comprendido entre 1 de Enero de 2006 al 31 de Diciembre de 2010.

El universo: es la sumatoria de mujeres embarazadas y no embarazadas. Se incluirán en el estudio las mujeres en edad fértil (embarazadas y no embarazadas) entre el periodo comprendido del 1 de Enero de 2006 hasta el 31 de Diciembre de 2010, lo que representa 864 mujeres/ año (cuadro No 3).

864 en 5 años = 4320

El tamaño de la muestra: La mancomunidad del Valle de Sesecapa en Ocotepeque comprende cuatro municipios con un total de 34,790 habitantes hasta el año 2011. Hay 8593 mujeres en edad fértil/año (24.7% de la población total) y se dan en el año 864 partos (3% de la población total o total de menores de 1 año/0.85).

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

El procedimiento para el cálculo de la muestra se puede ver en el anexo No 2.y el cuadro de Datos Demográficos por Municipio de la Mancomunidad del Valle de Sesecapa Periodo 2007 -2011 se expresa en anexos.

La población a estudiar: son las mujeres en edad fértil de los municipios de la mancomunidad del valle de Sesecapa en el departamento de Ocotepeque que tuvieron o no embarazos, en el periodo comprendido entre 1 de Enero de 2006 al 31 de Diciembre de 2010.

En el plan de muestreo: las mujeres se organizaron en grupos por cada unidad de salud, luego se les aplicó el cuestionario diseñado para este trabajo. las unidades de muestreo que son las mujeres en edad fértil que recibían atención en cada una de las cuatro unidades de salud del Valle de Sesecapa, se consideró organizarlas en grupos por cada unidad de salud a los cuales se llamó conglomerados. Por lo que se utilizó el muestreo por conglomerados.

Los criterios de inclusión en el estudio son los siguientes:

1.- Personas del sexo femenino

2.- Mujeres en edad fértil

3.- Mujeres embarazadas

4.- Mujeres que hayan estado embarazadas entre el 1 de Enero de 2006 y el 31 de Diciembre del 2010 independientemente del número de embarazos.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Se utilizó el muestreo intencionado. Se entrevistaron las mujeres seleccionándolas de forma intencionada buscando que cumplieran los criterios de inclusión ya consignados, se abordó cada una de las mujeres en el tiempo antes o después de la consulta médica.

Las Variables utilizadas se ordenaron en una matriz de variables con sus respectivas definiciones operacionales (ver en el anexo 5)..

En el proceso de validación del cuestionario: las preguntas se elaboraron de acuerdo a los objetivos planteados en trabajo. Nos auxiliamos de información encontrada en el marco teórico de la investigación y de algunos instrumentos ya elaborados como el caso del instrumento para la medición de capital social. Después de finalizada la encuesta fue revisada por 2 expertos en salud publica los cuales hicieron sus respectivas recomendaciones para el mejoramiento de la misma.

El proceso de capacitación a encuestadores consistió en la contratación de cuatro personas; 2 personas con estudios superiores y 2 personas con estudios de nivel secundario, a cada una de las cuales se les asignó una unidad de salud para la respectiva aplicación de los cuestionarios. Previamente se les dio una inducción de 1 día que consistió en: Presentación en el tema de acceso a los servicios de salud, lectura del instrumento a aplicar, análisis de las preguntas a realizar, comentarios acerca de las dudas que tenían sobre algunas preguntas y otros detalles referentes a la forma de abordaje de las personas a entrevistar.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

La técnica e instrumentos para la recolección de información: aquí se procedió a hacer entrevistas a cada una de las mujeres del estudio a través de la aplicación del Cuestionario (EXCLUSION SOCIAL EN SALUD EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE LA MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. AÑO 2011) las mujeres fueron captadas en las unidades de salud respectivas de su municipio, antes o después de la consulta médica.

Para la medición del capital social se construyó el Índice de incidencia de capital Social. El Índice de Incidencia es un método de medición cuantitativo que tiene como objetivo principal ponderar el rol de cada uno de los indicadores de capital social y así determinar el nivel de incidencia del capital social en el acceso a los servicios de salud en una comunidad.

El índice da un valor numérico a cada una de las variables constitutivas del capital social, con el propósito de ordenarlas, analizando el papel que desempeñan dentro de la comunidad según lo expuesto en el marco teórico de este trabajo.

El índice para la medición de capital social consta de 10 indicadores a los cuales se les da un puntaje de 10 para cada uno.(Ver índice para la Medición de Capital Social en anexos). Es importante mencionar que en este trabajo se entrevistó a cada una de las mujeres de la muestra, indagando cada uno de los indicadores

Se decidió que un indicador con % arriba de 50% (dato de programa informático) se le daría un valor de 10 puntos en tanto un indicador por abajo de 50% obtendría el valor de 0 puntos. Al hacer la sumatoria de los 10 indicadores con valor de 10 cada uno hacen 100 puntos en total.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

La graduación de resultados es como sigue:

1. 0-30 puntos nos da un resultado no aceptable

2. 31-60 puntos nos da un resultado poco aceptable

3. Mayor de 60 puntos nos da un resultado muy aceptable

Se consideró que el primer resultado indica que el capital social no pudo incidir de ninguna manera en la solución de los problemas de una comunidad.

En el segundo resultado el capital social podría incidir en problemas puntuales de la comunidad.

En el tercer resultado el capital social puede incidir integralmente en la solución de problemas de la comunidad.

Este índice se origina a raíz de la necesidad de crear un instrumento que mida la efectividad de los indicadores trabajados en este estudio y con los cuales se está midiendo el capital social de las comunidades del Valle de Sesecapa, y que sea adaptable a nuestro medio.

A.TABULACION DE DATOS

La tabulación de los datos obtenidos se hizo en el programa SPSS 18.0 posteriormente se presentaron los hallazgos en tablas de frecuencia y gráficos, después se realizó el análisis confrontando la teoría con los resultados para luego elaborar las conclusiones y recomendaciones

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

V.- RESULTADOS

Tabla 1.

MUJERES ESTUDIADAS POR GRUPOS DE EDAD EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE, PERIODO 2006-2010.

GRUPOS DE EDAD	No DE MUJERES	%
12-19	42	16
20-25	99	38
26-31	63	24
32-37	32	12
38-43	19	7
44 y mas	4	2
Total	259	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

La mayoría de mujeres (38%) estaban en el grupo de 20-25 años, seguido del grupo de 26 a 31 años, (24%) y de 32 a 37 años un 12%. En suma el 74% de las mujeres se ubicaron entre los 20 - 37 años. Quedando un 16% que se encuentran en el grupo de 14-19 años, y un 9% que está en el grupo de 38-44 año.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 2

ESTADO CIVIL DE MUJERES EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE, PERIODO 2006-2010.

ESTADO CIVIL	No DE MUJERES	%
CASADA	78	30.1
SOLTERA	35	13.5
UNION LIBRE	146	56,3
TOTAL	259	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

Las mujeres en unión libre representaron la mayoría con 56.3%, seguidas de las casadas con 30.1%, y las que viven solas que representan el 13.5%. las mujeres en unión libre tienen compañero de hogar sin estar casadas. Las solteras no tienen compañero de hogar y no están casadas.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 3.

DISTRIBUCION DE RESIDENCIA POR MUNICIPIOS EN MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.

MUNICIPIO	No DE MUJERES	%
OCOTEPEQUE	147	56.8
SINUAPA	63	24.3
SANTA FE	32	12.4
CONCEPCION	17	6.6
TOTA	259	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

Se observó que el mayor porcentaje de mujeres pertenecían a los municipios de Ocotepeque, y Sinuapa, lo cual coincide con el mayor número de mujeres en edad fértil de estos mismos municipios. El menor número de mujeres eran del municipio de Concepción.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 4

DISTRIBUCION POR GRUPO ETNICO EN MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.

ETNIA/RAZA	No DE MUJERES	%
MESTIZO	43	16.6
CHORTI	4	1.5
GARIFUNA	1	0.3
OTRO	2	0.7
Ns/Nr	209	80.6
TOTAL	259	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

El 80 % no respondió o no sabía a que grupo étnico partencia, sin embargo el 16.6% de las entrevistadas eran mestizas y el 1.5% son de la etnia chorti

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Tabla 5

DISTRIBUCION DE TENDENCIA RELIGIOSA EN MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.

RELIGION	No DE MUJERES	%
CATOLICO	148	57.14
EVANGELICO	64	24.7
OTRO	2	0.77
NINGUNA	45	17.37
TOTAL	259	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

El 57.14% de las mujeres entrevistadas profesaban la religión católica en tanto que el 24.7% de las personas eran evangélicos, y el 17.33% de las mujeres dijeron no tener religión

UDI-DECT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 6

CONDICION GINECO-OBSTETRICA DE MUJERES ESTUDIADAS EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE. PERIODO 2006-2010.

Condicion Gineco-Ostetrica		No	%
Embarazadas	Primigestas	20	7.7
	Con Embarazos Anteriores	28	10.81
	Sub total	48	18.51
No Embarazadas		211	81.46
	Total	259	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa, año 2011.

Esta tabla demuestra el estado gestacional de las mujeres estudiadas las cuales se distribuyeron en dos grandes grupos: un grupo de mujeres que no estaban embarazadas (211) y un grupo de mujeres embarazadas (48). Dentro del grupo de las embarazadas hay 28 mujeres que tuvieron partos anteriores y que cursaban con un embarazo en el momento de la entrevista y 20 mujeres que cursan con su primer embarazado. Ambos grupos de mujeres (Embarazadas y no embarazadas) hacen un total de 259 mujeres que representan la muestra del estudio.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 7.
CONDICION GESTACIONAL DE MUJERES ESTUDIADAS EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE PERIODO 2006-2010.

Condicion	No Embarazo	No de Mujeres	Subtotal	Total
EMBARAZADA	Primera vez	20	48	259
	Mas de Una Vez	28		
NO EMBARAZADA		211	211	

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

Las 48 mujeres embarazadas de la serie se distribuyen así: un grupo de embarazadas con partos anteriores (28), y otro grupo de mujeres que estában embarazadas por primera vez (20).

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Tabla 8.

FRECUENCIA GENERAL DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL SEGUN LA NORMA DE ATENCION MATERNO NEONATAL. PERIODO 2006-2010

Control Prenatal	No	%
Mujeres con CPN según norma	244	94
Mujeres sin CPN	15	6
Total	259	100

Fuente: Construcción propia con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en mujeres en edad fértil de la mancomunidad de municipios del valle de Sesecapa. Año 2011.

Del total de mujeres entrevistadas el 94% de ellas cumplió con la norma de los cinco controles. Solo el 6 % de las mujeres estudiadas no tuvieron CPN como lo dicta la norma.

UDI-DECT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 9.

FRECUENCIA DE CONTROL PRENATAL POR MUNICIPIOS EN MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE PERIODO 2006-2010

	Ocotepeque		Sinuapa		Santa Fe		Concepción		
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Mujeres con CPN	137	93	58	92	32	100	17	100	244
Mujeres sin CPN	10	7	5	8	0	0	0	0	15
Total	147	100	63	100	32	100%	17	100%	259

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

Esta tabla muestra que en los municipios de Ocotepeque y Sinuapa la mayoría de las mujeres dijeron haberse controlado el embarazo al menos en cinco ocasiones (93% y 92%) y 7% y 8% de mujeres que no se controlaron su embarazo. En tanto que en Santa Fe y Concepción el 100% de las mujeres tuvieron al menos 5 controles prenatales en su embarazo.

El problema de acceso lo tiene el 7% de mujeres de Ocotepeque y el 8% de las mujeres de Sinuapa, se observó que en los municipios más postergados es donde todas las mujeres tuvieron acceso al CPN.

Derechos reservados

UDI-DECT-UNAH

Tabla 10.

LUGAR DE CONTROL PRENATAL GENERAL EN MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE, PERIODO 2006-2010.

UNIDAD DE SALUD	No	%
Centro de Salud	226	87.5
Hospital del Estado	5	2.1
Clínica Privada	12	4.2
Hospital Privado	0	0
Partera Tradicional Capacitada	0	0
Ningún Lugar	15	6.3
Total	259	100%

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

En la tabla 10, el 87.5% de las mujeres embarazadas asistió a Control Prenatal en el Centro de Salud. El 4.2% asistió a Clínica Privada y el 6.3% de las mujeres a ningún lugar. Además el 2.1% de las mujeres se controlaron el embarazo en hospitales del. Estado. El 93.8% de las mujeres asistieron a los diferentes establecimientos de salud a su control

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 11.

LUGAR DE CONTROL PRENATAL POR MUNICIPIO EN MUJERES DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE. PERIODO 2006-2010.

	MUNICIPIO							
UNIDAD DE SALUD	OCOTEPEQUE		SINUAPA		SANTA FE		CONCEPCION	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Centro de Salud	120	81.4	49	77.8	32	100	17	100
Hospital del Estado	0	0	7	11.1	0	0	0	0
Clínica Privada	14	9.5	0	0	0	0	0	0
Hospital Privado	0	0	0	0	0	0	0	0
Partera Tradicional Capacitada	0	0	0	0	0	0	0	0
Ningún Lugar	13	9.1	7	11.1	0		0	0
Total	147	100%	63	100%	32	100%	17	100%

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

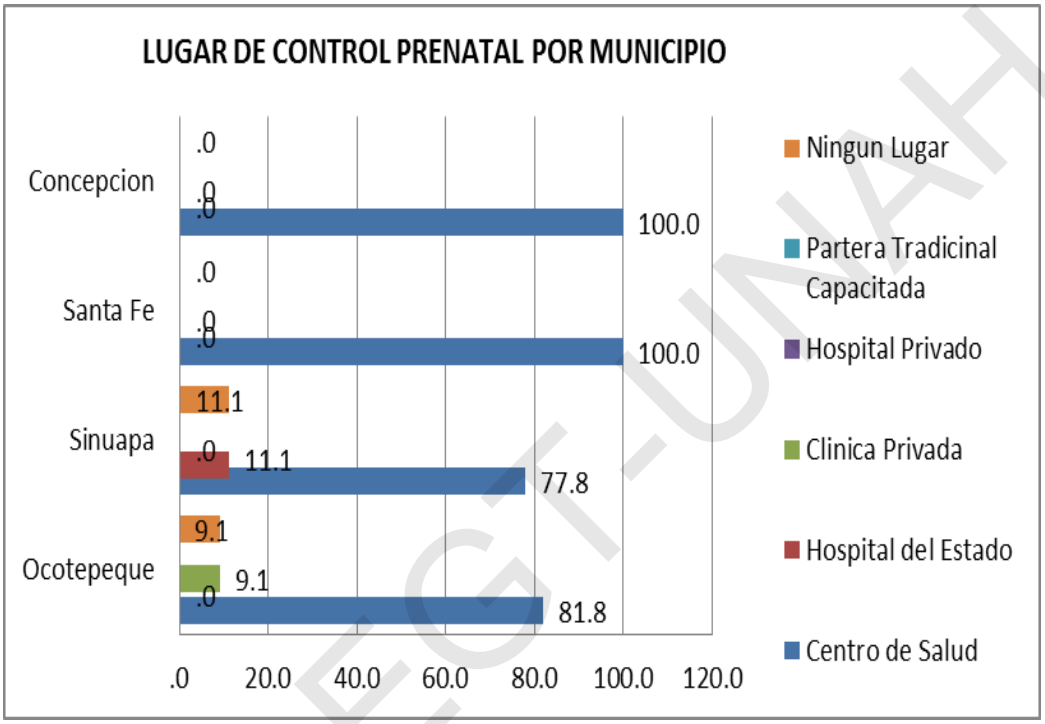
La tabla No 11 muestra que en el municipio de Ocotepeque el 81.4% de las mujeres se controlan su embarazo en el centro de salud, un 9.5% lo hacen en clínicas privadas. El 9.1 de las mujeres restantes no se controlaron su embarazo. En Sinuapa el 77.8% de las mujeres se controlaron en el centro de salud, y un 11.1% en el hospital Público. Un 11.1% no se controlaron. En Santa Fe y Concepción que son los municipios más rurales el 100% de las mujeres se controlaron en El Centro de Salud perteneciente al estado. En este cuadro también se hace evidente la falta de acceso a la salud de las mujeres que no se controlaron el embarazo en Ocotepeque ya que no asistieron a ningún lugar (9.1%) y lo mismo sucedió en Sinuapa donde el 11.1% no asistieron a ningún lugar al CPN.

Derechos reservados

UDI-DECT-UNAH

GRAFICO 1.

LUGAR DE CONTROL PRENATAL POR MUNICIPIO EN MUJERES DEL VALLE DE SESECAPA PERIODO 2006-2010.



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 1.

LUGAR DE ATENCION DEL PARTO DE MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.

UNIDAD DE SALUD	No	%
Hospital del Estado	**170**	**76.0**
Clínica Materno Infantil	**18**	**8.0**
Hospital Privado	**9**	**4.0**
Centro de Salud	**0**	**0**
Casa	**27**	**12.0**
Ambulancia	**0**	**0**
Total	224	100

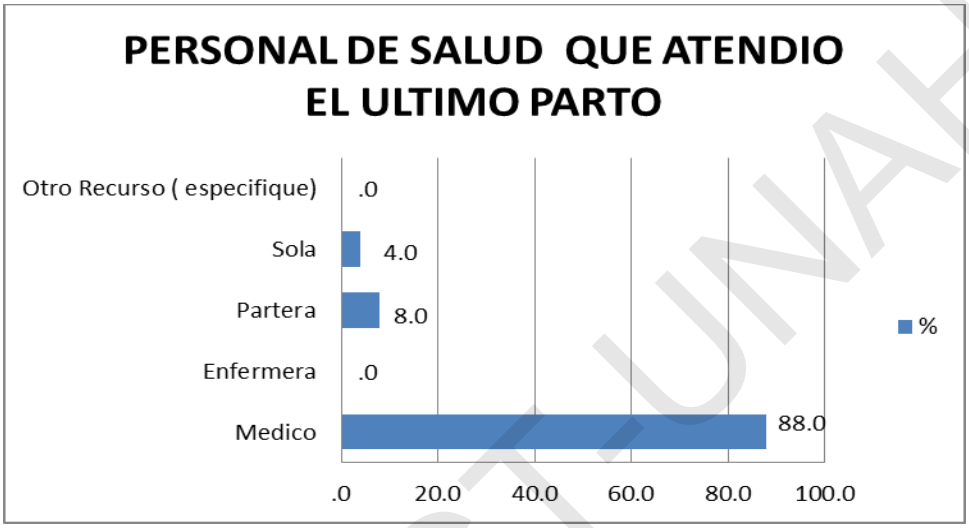
Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

El hospital del estado ocupó el primer lugar en la atención de partos para las mujeres estudiadas (76%), , luego la casa con un 12%,la Clínica Materno Infantil con 8%, el hospital privado con un 4%, es importante observar que en esta serie hubieron más partos domiciliarios que en la Clínica Materno Infantil.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

GRAFICO 2.
PERSONAL DE SALUD QUE ATENDIO EL PARTO DE MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA.
PERIODO 2006-2010



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

El médico fue el recurso que atendió la mayoría de los partos de las mujeres de la serie, en segundo lugar la partera con 8% y luego el 4% le corresponde a la atención del parto sola, es un 12%

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 13

LUGAR DE PREFERENCIA PARA BUSCAR AYUDA MÉDICA DE MUJERES EN EDAD FERTIL DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010

UNIDAD DE SALUD	No	%
CESAMO	225	87
CESAR	31	12
Clínica Materno Infantil	3	1
Hospital	0	0
Otro	0	0
Total	259	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

En esta tabla. El CESAMO es lugar de preferencia para la búsqueda de ayuda médica en un 87%, en tanto que el CESAR ocupa el segundo lugar con el 12%

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Tabla 2

PROVEEDOR DE SALUD QUE BRINDÓ ATENCION A MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010

PROVEEDOR DE SALUD	No	%
Medico	199	89
Enfermera	25	11
Personal Comunitario	0	0
Curandero	0	0
Otro	0	0
Total	224	100%

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

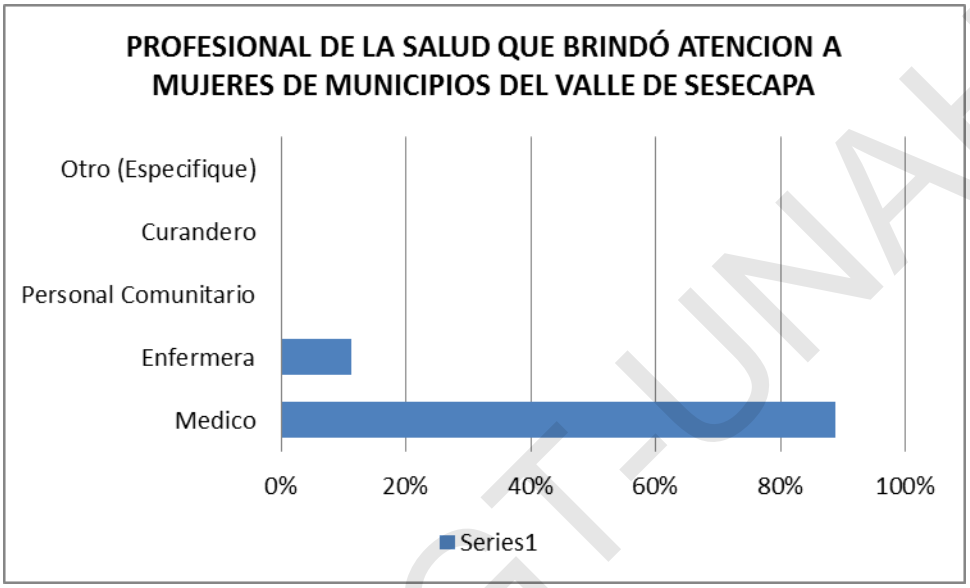
La tabla 14 demuestra que el médico es el profesional de salud que más atendió a las mujeres estudiadas con un 89%, seguido de la enfermera en un 11%

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

GRAFICO 3.

PROVEEDOR DE SALUD QUE BRINDÓ ATENCION A MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 3.
FRECUENCIA DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS EN LA UNIDAD DE SALUD EN UN AÑO POR LAS MUJERES EN EDAD FERTL DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA.
PERIODO 2006-2010

NUMERO DE CONSULTAS	No	%
1-2 consultas	34	13
3-4 consultas	41	16
5-6 consultas	70	27
7-8 consultas	34	13
9 o mas consultas	80	31
Total	259	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

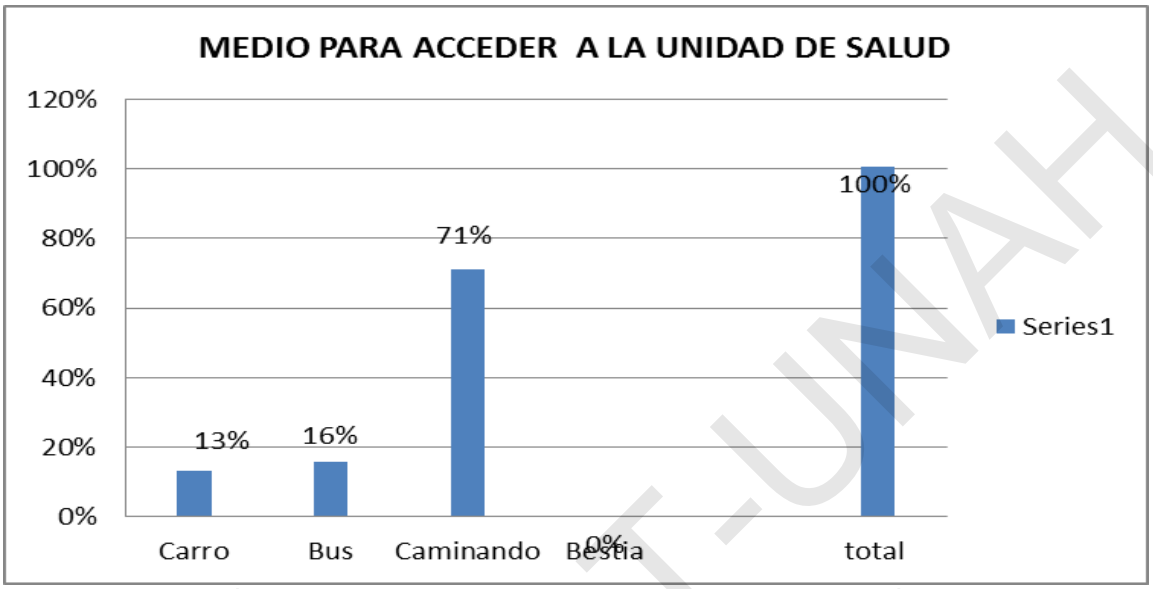
La tabla 15 demuestra la frecuencia de consultas médicas realizadas en un año por las mujeres entrevistadas. El 31% de las mujeres hicieron 9 o más visitas a la U.S en un año. En tanto que el 27% de las mujeres hicieron de 5 a 6 Consultas médicas en un año y el 13% hace de 7-8 consultas por año o sea que más de la mitad de las mujeres (71%) llegaron a la US entre 5 y 9 consultas por año.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

GRAFICO 4.

MEDIO UTILIZADO PARA ACCEDER A LA UNIDAD DE SALUD DE LAS MUJERES DE LOS MUNICIPIOS VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

En este grafico se demuestra que el medio mas utilizado para acceder a la unidad de salud fue caminando en un 71%,, seguido de bus y carro en un 16 y 13% respectivamente. Este resultado refleja un ben acceso geográfico en forma general

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Tabla 4.

TIEMPO QUE SE OCUPA PARA LLEGAR A LA UNIDAD DE SALUD, EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010

TIEMPO	No	%
0-30 minutos	165	64
30-60 minutos	28	11
Mas de 60 minutos	65	25
Total	259	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

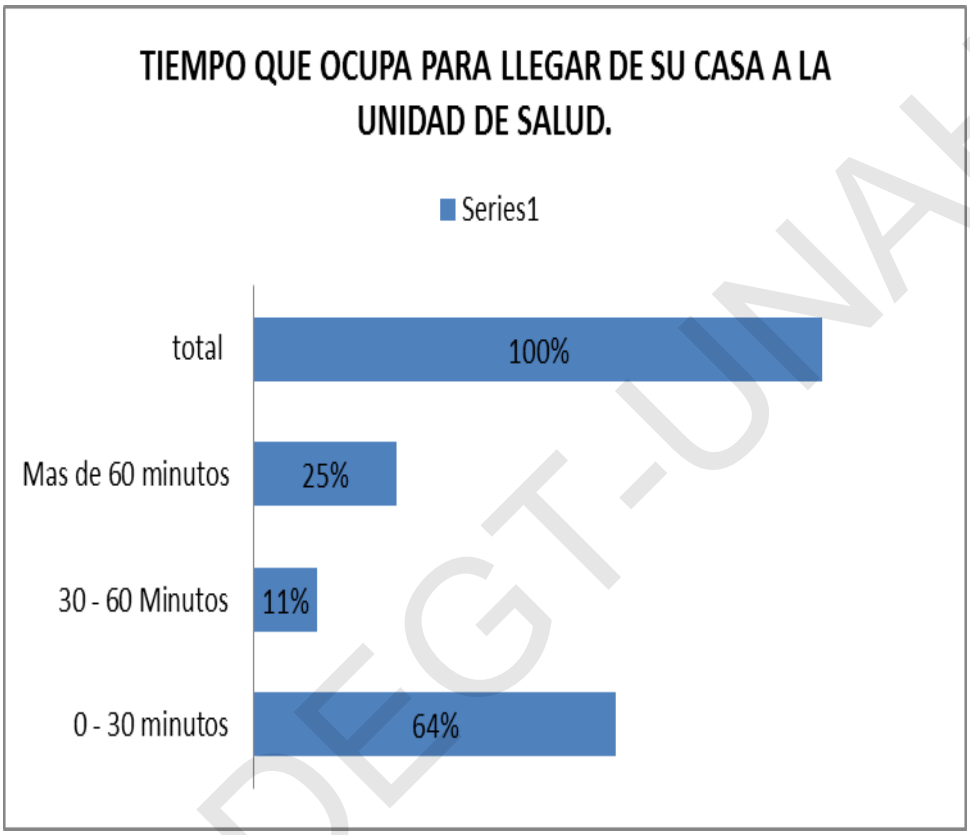
La tabla 16 muestra que el 64% de las mujeres requieren de 0-30 minutos para llegar a la unidad de salud mas cercana. El 11% de ellas requieren de 30-60 minutos para acceder a la unidad de salud. Un 25% se tarda más de una hora. Los dos últimos datos suman un 36% de mujeres que tienen problemas de acceso geográfico al centro de salud más cercano

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

GRAFICO 5.

TIEMPO QUE OCUPA PARA LLEGAR A LA UNIDAD DE SALUD, EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 17

EXISTENCIA DE NBI EN HOGARES DE MUJERES ESTUDIADAS EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA, OCOTEPEQUE. PERIODO 2006-2010

EXISTENCIA DE NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS (NBI)	NUMERO DE HOGARES	% DE HOGARES
Hogares sin NBI	**124**	**47.9**
Hogares con alguna NBI	**135**	**52**
Total de Hogares	**259**	**100**

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

Los hogares sin NBI son 124 (47.9%) del total de hogares estudiados. En tanto que los hogares con alguna NBI son 135 que representa el 52% de hogares del total de la muestra estudiada.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

TABLA 18

Tabla 5. EXISTENCIA DE NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS EN HOGARES DE MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010

EXISTENCIA DE NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS	NUMERO DE HOGARES	%
Hogares con 1 NBI	57	42
Hogares con 2 NBI	40	29.62
Hogares con 3 o más NBI	38	28.1
Total de Hogares con alguna NBI	135	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

La tabla 18 demuestra que el 42% de los hogares tiene 1 NBI, el 29.62% tiene 2 NBI y el 28% tiene 3 NBI lo que nos dice que hay 57.62% de hogares de mujeres estudiadas que tienen entre 2 y 3 NBI, representando un % importante de NBI. Y lo cual demuestra el nivel de pobreza de los municipios.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 6.
NUMERO DE NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS DE HOGARES DE MUJERES LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010

TIPO DE NECESIDAD BASICA INSATISFECHA (NBI)	NUMERO DE NBI EN HOGARES	%
PAREDES	15	6
PISO DE TIERRA	70	27
TECHO	1	0
HACINAMIENTO	59	23
DISPONIBILIDAD DE AGUA	26	10
ELIMINACION DE EXCRETAS	35	13
NIÑOS DE 7-12 AÑOS QUE NO VAN A LA ESCUELA	49	19
CAPACIDAD ECONOMICA	4	1.5
TOTAL	259	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

Las 3 NBI más importantes encontradas en promedio en los hogares de los cuatro municipios de Valle de Sesecapa fueron el piso de tierra en un 27%, el hacinamiento en un 23% y la no asistencia de los niños de 7-12 años a la escuela en un 19%. Además la eliminación de excretas y disponibilidad de agua en un 13% y 10% respectivamente.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 7.

NUMERO DE NBI EN HOGARES DEL MUNICIPIO DE OCOTEPEQUE. PERIODO 2006-2010

NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS (NBI)	NUMERO	%
PAREDES	9	6.12
PISO	34	23.13
TECHO	0	0
HACINAMIENTO	38	25.85
DISPONIBILIDAD DE AGUA	15	10.2
ELIMINACION DE EXCRETAS	22	14.97
NIÑOS DE 7-12 AÑOS QUE NO VAN A LA ESCUELA	27	18.37
CAPACIDAD ECONOMICA	2	1.36
TOTAL	147	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

En este municipio las NBI mas importantes son el piso de tierra , el hacinamiento y la inasistenca de los niños de 7 a 12 años a la escuela

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 8.

NUMERO DE NBI EN HOGARES DEL MUNICIPIO DE SINUAPA. PERIODO 2006-2010

NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS (NBI)	NUMERO	%
PAREDES	4	6.45
PISO	18	29.03
TECHO	1	1.61
HACINAMIENTO	12	19.35
DISPONIBILIDAD DE AGUA	4	6.45
ELIMINACION DE EXCRETAS	6	9.68
NIÑOS DE 7-12 AÑOS QUE NO VAN A LA ESCUELA	16	25.81
CAPACIDAD ECONOMICA	1	1.61
TOTAL	62	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

En el municipio de Sinuapa igualmente que en Ocotepeque, el piso de tierra fue la NBI mas importante, seguido de hacinamiento y la inasistencia de los niños a la escuela.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 9.

NUMERO DE NBI EN HOGARES DEL MUNICIPIO DE SANTA FE.PERIODO 2006-2010.

NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS (NBI)	NUMERO	%
PAREDES	5	14.71
PISO	5	14.71
TECHO	0	0
HACINAMIENTO	7	20.59
DISPONIBILIDAD DE AGUA	7	20.59
ELIMINACION DE EXCRETAS	6	17.65
NIÑOS DE 7-12 AÑOS QUE NO VAN A LA ESCUELA	3	8.82
CAPACIDAD ECONOMICA	1	2.94
TOTAL	34	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

En el municipio de Santa Fe el hacinamiento y la disponibilidad de agua y eliminacion de excretas ocupan los primeros dos lugares en la ocurrencia de NBI en hogares

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 10.

NUMERO DE NBI EN HOGARES DEL MUNICIPIO DE CONCEPCION.PERIODO 2006-2010.

NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS (NBI)	NUMERO	%
PAREDES	1	6.25
PISO	8	50
TECHO	0	0
HACINAMIENTO	2	12.5
DISPONIBILIDAD DE AGUA	2	12.5
ELIMINACION DE EXCRETAS	2	12.5
NIÑOS DE 7-12 AÑOS QUE NO VAN A LA ESCUELA	1	6.25
CAPACIDAD ECONOMICA	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

En el municipio de Concepcion el piso de tierra es el mas comun de las NBI, seguido del hacinamiento y disponiblidad de agua y excretas.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla 11.

INGRESO PERCAPITA MENSUAL DISTRIBUIDO EN QUINTILES DE HOGARES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.

		N_centro_002 Numerro de Centro				
		Total	Ocotepeque	Sinuapa	Santa Fe	Concepcion
		yph	yph	yph	yph	yph
		Media	Media	Media	Media	Media
quintil_yphm yph (agrupado)	Quintil 1	381.07	394.16	354.33	400.57	367.91
	Quintil 2	692.46	689.27	677.95	721.67	713.94
	Quintil 3	973.60	985.00	976.67	905.00	952.38
	Quintil 4	1331.63	1377.02	1267.56	1125.00	1200.00
	Quintil 5	2876.21	3140.87	2162.63	2831.00	.

Fuente: Elaboración propia, con base en los datos de la encuesta exclusión social salud en los municipios del Valle de Sesecapa, Ocotepeque 2011.

Este cuadro demuestra la distribución en quintiles del Ingreso percapita mensual de los hogares (IPMH) de los municipios del Valle de Sesecapa. Podemos observar que Ocotepeque tiene el IPMH más alto en el quinto Quintil seguido de Sinuapa, Santa Fe y Concepción.

Este último municipio no tiene ingresos en el quinto quintil lo que indica el problema de este en los ingresos de sus habitantes y la diferencia en relación a los demás municipios.

Se demuestra la diferencia entre el primer quintil del municipio de Ocotepeque con su quinto quintil el cual es de una proporción de 9:1 a diferencia del primero y 4 quintil de Concepción cuya diferencia es de 3:1. Además podemos ver que el IPMH de los hogares que están en el I,II,III,y IV quintil no alcanzan a cubrir el valor de la canasta básica (L. 1441.70) lo que indica el problema de las personas para obtenerla. Concluimos que el IPMH de los municipios del Valle de Sesecapa es un

Derechos reservados

elemento que indica pobreza económica lo que es un barrera de acceso para el 80% de los hogares que están entre el I y IV Quintil

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

TABLA 25
GASTO DE BOLSILLO DE MUJERES LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. OCOTEPEQUE. PERIODO 2006-2010

CANTIDAD EN LEMP.	% DE GASTO DE BOLSILLO DE LAS MUJERES
1.00-49.00	55.6
50.00-100.00	15.8
101.00-200-00	8.5
201.00-300.00	3.1
301.00-500.00	4.6
Mas de 500.00	10.4
00.00	1.9

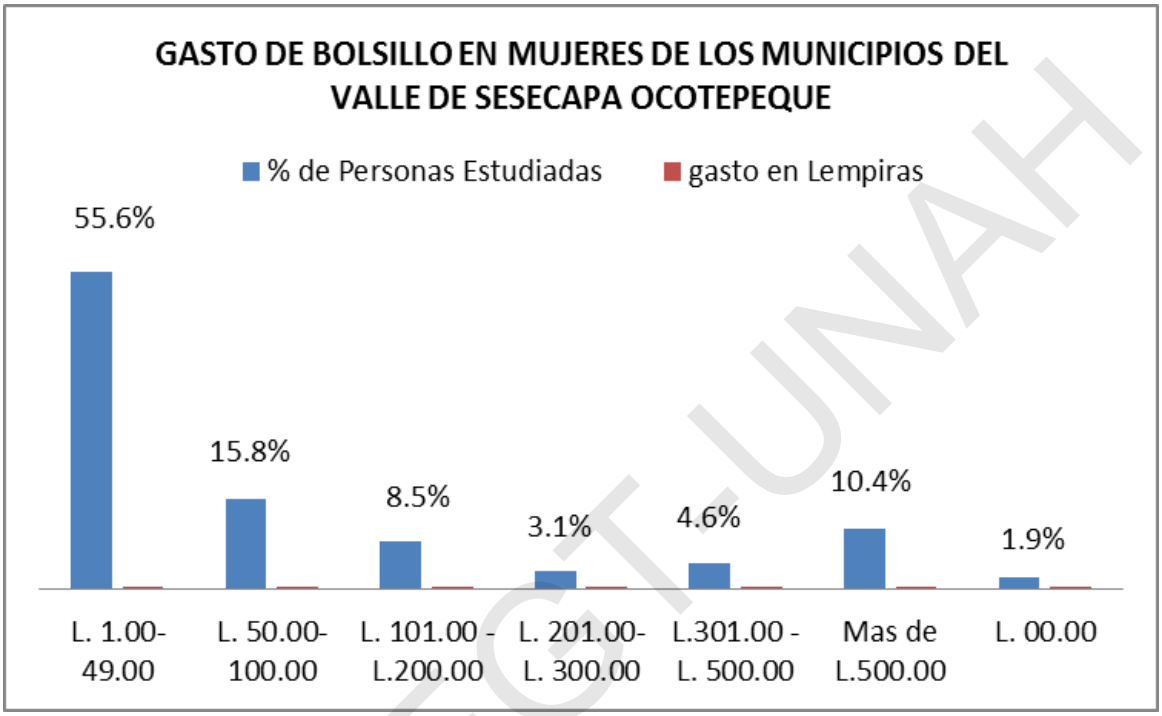
Fuente: Elaboración propia, con base en los datos de la encuesta exclusión social salud en los municipios del Valle de Sesecapa, Ocotepeque 2011.

Esta tabla muestra que el 55.6% de las personas gastan entre L.1.00 y L.49.00 para la atención de su salud. El 15.8% de las mujeres gastan entre L.50.00 y 100.00 y el 8.5% gastan entre L.101.00 y L.200.00. haciendo una sumatoria de estos tres valores tenemos que el 80% de las mujeres gastan entre L.1.00 y L.300.00 de gasto en salud, considerando que un 10.4% de mujeres gastan más de L.500.00, por lo que concluimos que el gasto de bolsillo en las personas entrevistadas es un elemento importante a considerar como una barrera de acceso económico para las personas de bajos recursos.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

GRAFICO 6.



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

UDI-DEGT-UNAH

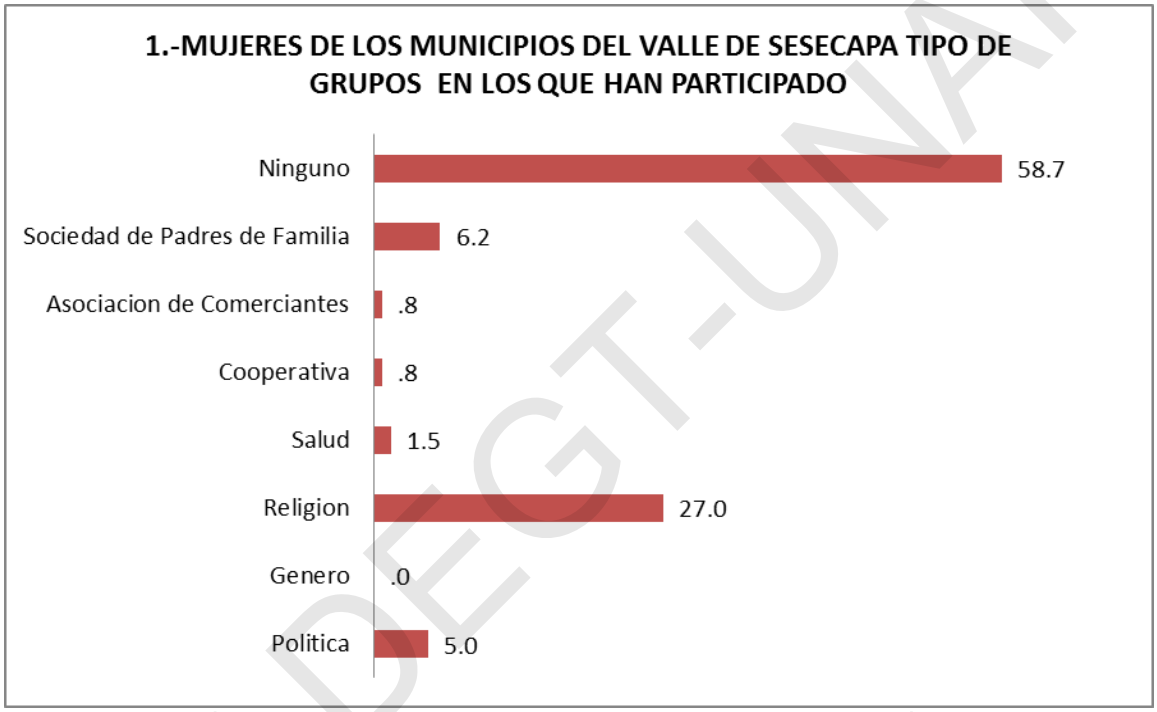
Derechos reservados

CAPITAL SOCIAL EN MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA

I.- GRUPOS

GRAFICO 7.

PARTICIPACIÓN EN GRUPOS DE MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. DISTRIBUCION PORCENTUAL .PERIODO 2006-2010



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011**.**

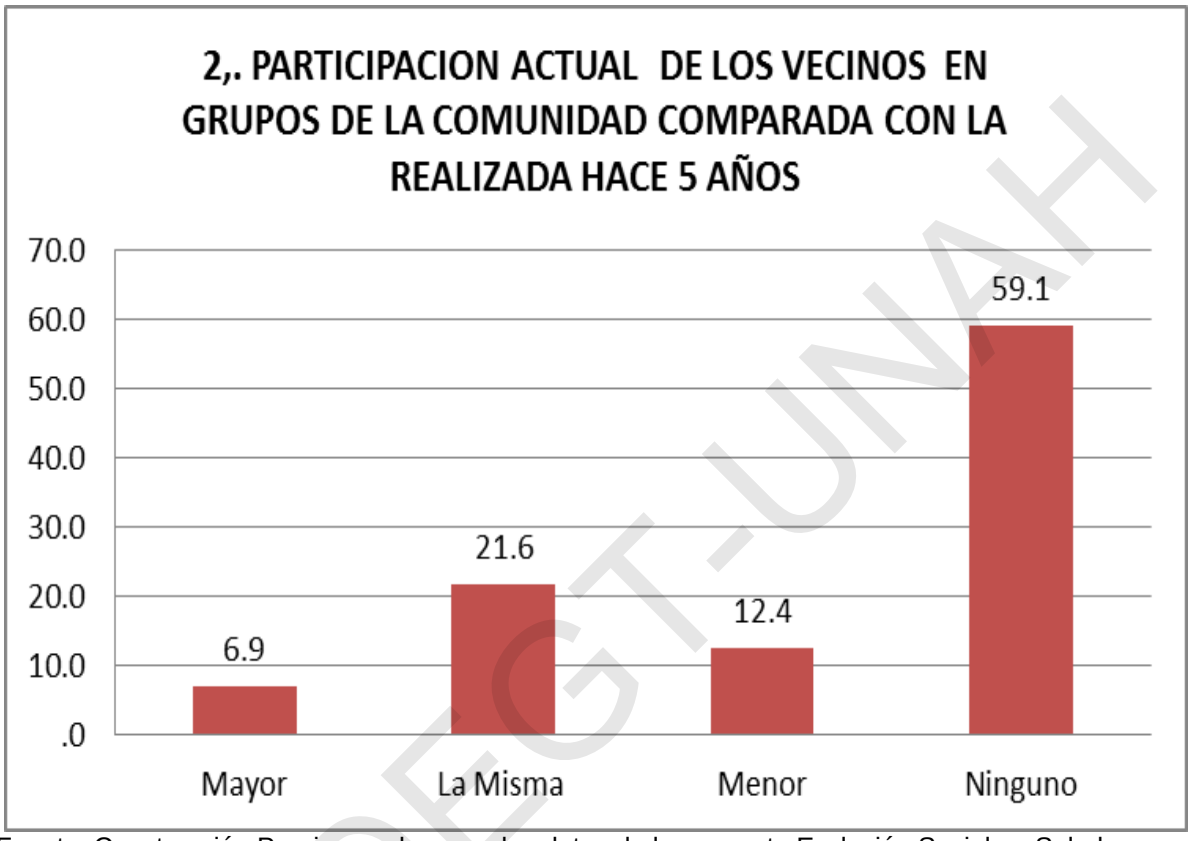
La participación en los grupos religiosos es muy frecuente en las comunidades, en este cuadro el 27% de las personas participan en ellos, seguido de las sociedades de padres de familia con un 6.2%, y de política en un 5%. Es importante observar el amplio porcentaje de personas que no tienen participación en ningún grupo (58.7%).

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

GRAFICO 8.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PARTICIPACIÓN ACTUAL DE MUJERES EN GRUPOS COMUNITARIOS VRS PARTICIPACIÓN DE HACE 5 AÑOS. PERIODO 2006-2010.



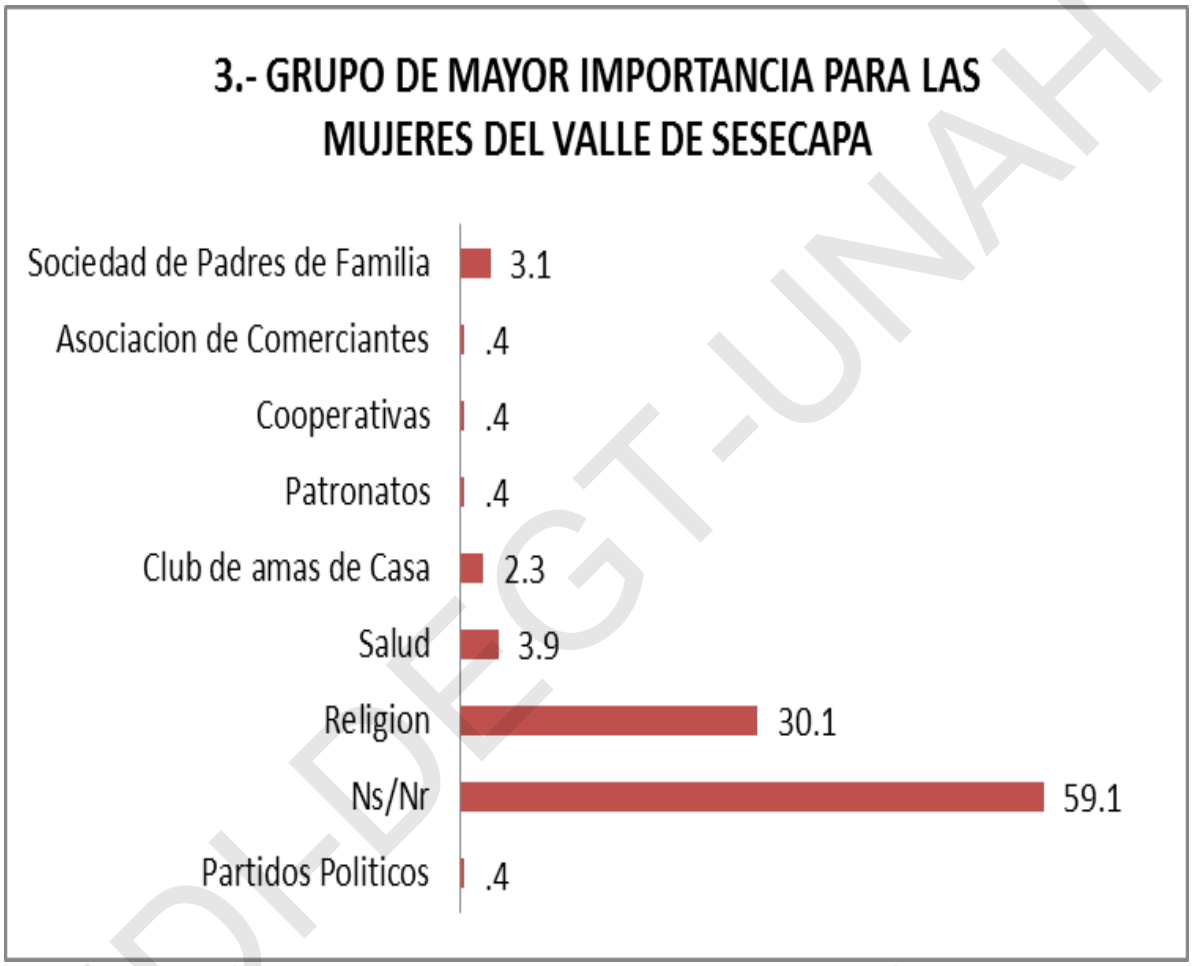
Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

La participación actual de los vecinos en grupos ha sido menor (12.4%) en comparación a hace 5 años y ha sido la misma en un 21.6%, y ninguna en un 59.1%, o sea que el proceso participativo se ha estancado, tomando en cuenta que el avance que ha tenido es muy bajo (6.9%).

Derechos reservados

GRAFICO 9.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GRUPOS DE MAYOR IMPORTANCIA PARA LAS MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA PERIODO 2006-2010.



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

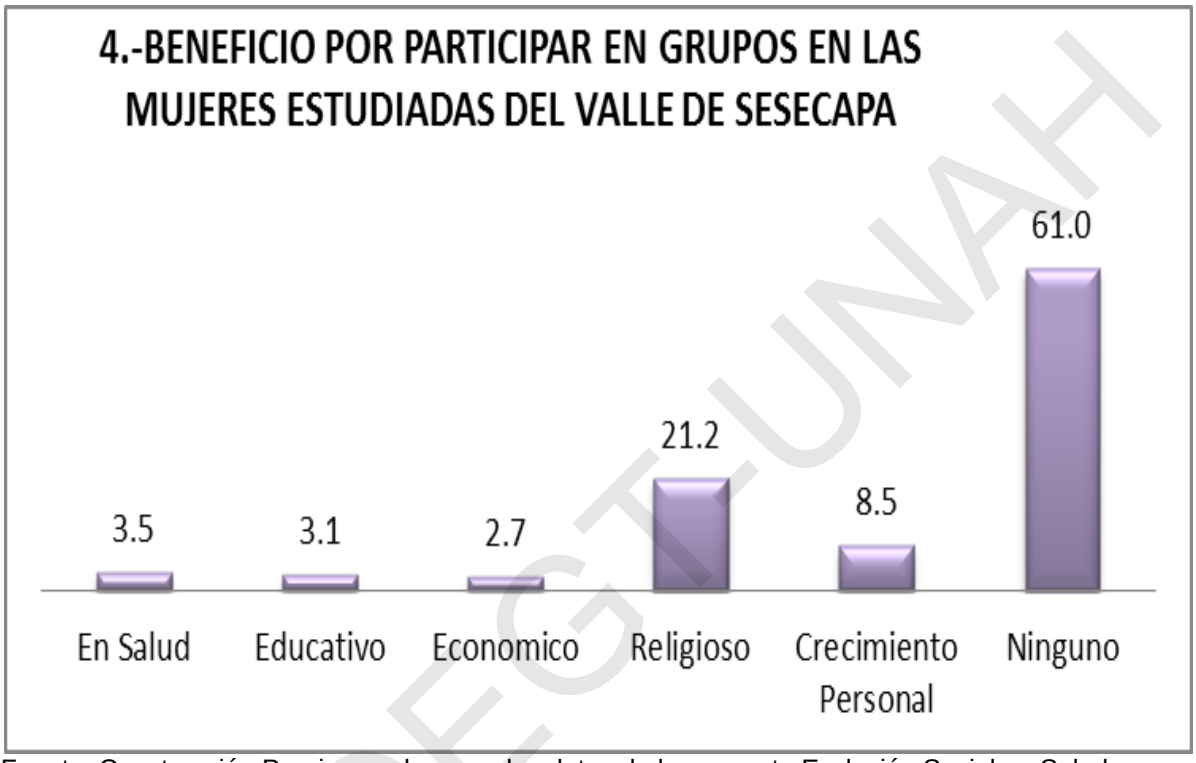
Los grupos de mayor importancia en las comunidades estudiadas continúan siendo los religiosos, las sociedades de padres de familia y de salud, se observa un amplio porcentaje de personas que no responden a la pregunta o no saben.

Derechos reservados

GRAFICO10.

BENEFICIOS OBTENIDOS POR PARTICIPAR EN GRUPOS, MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALE DE SESECAPA.

DISTRIBUCION PORCENTUAL. PERIODO 2006-2010.



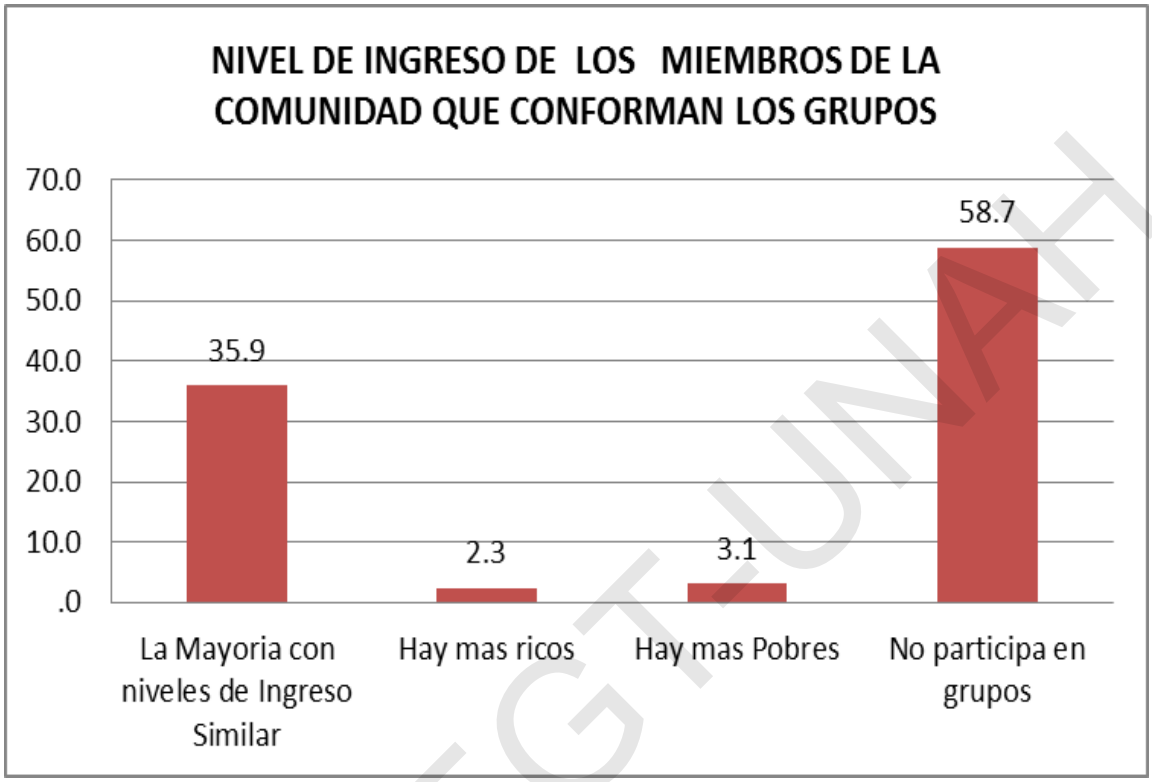
Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

Las mujeres de las comunidades estudiadas refieren que reciben beneficios religiosos y de crecimiento personal al participar en grupos de esta naturaleza.

Derechos reservados

GRAFICO 11.

NIVEL DE INGRESO DE LAS PERSONAS QUE CONFORMAN LOS GRUPOS EN LA COMUNIDAD. PERIODO 2006-2010.



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

La no participación en grupos comunitarios es un segmento importante y representa el 58,7% de la población, en tanto que de los que participan el 35.9% la mayoría tienen Ingreso similar, y el 3.1 % de las personas dicen que hay más pobres

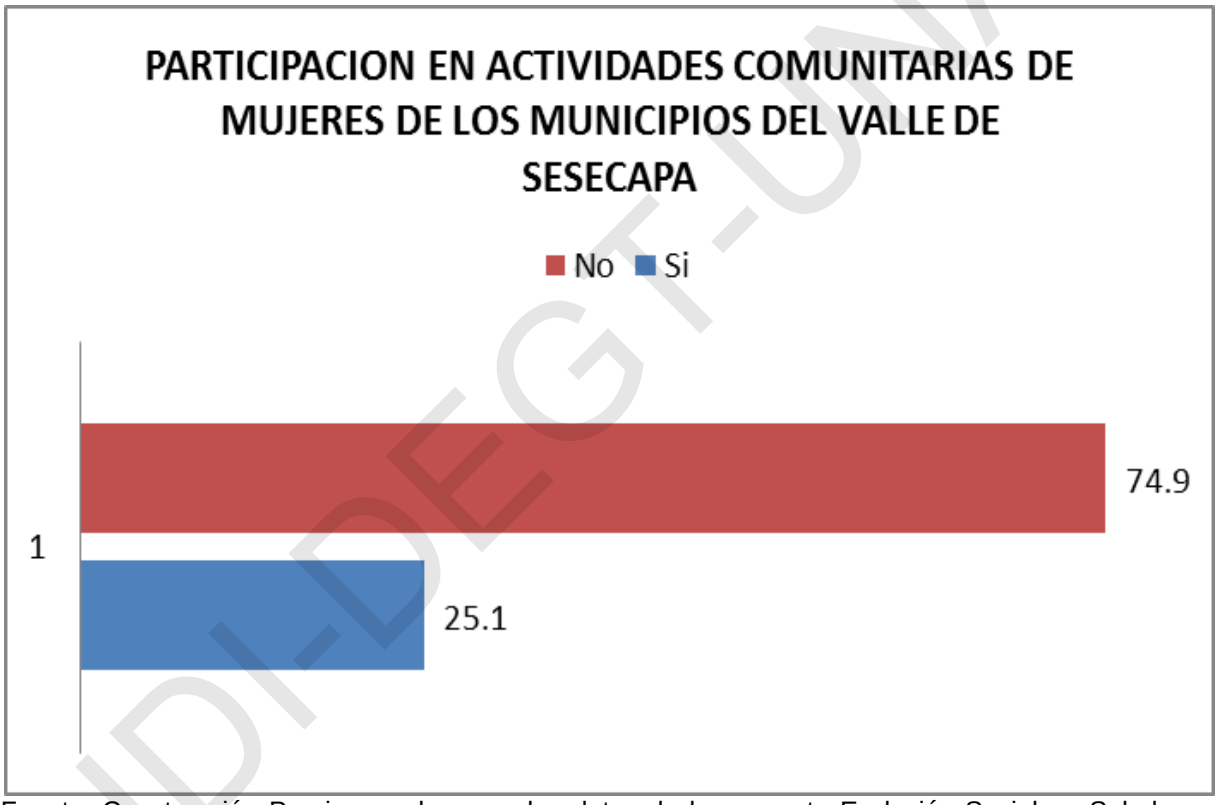
UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

II.- PARTICIPACION

GRAFICO12.

PARTICIPACION EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

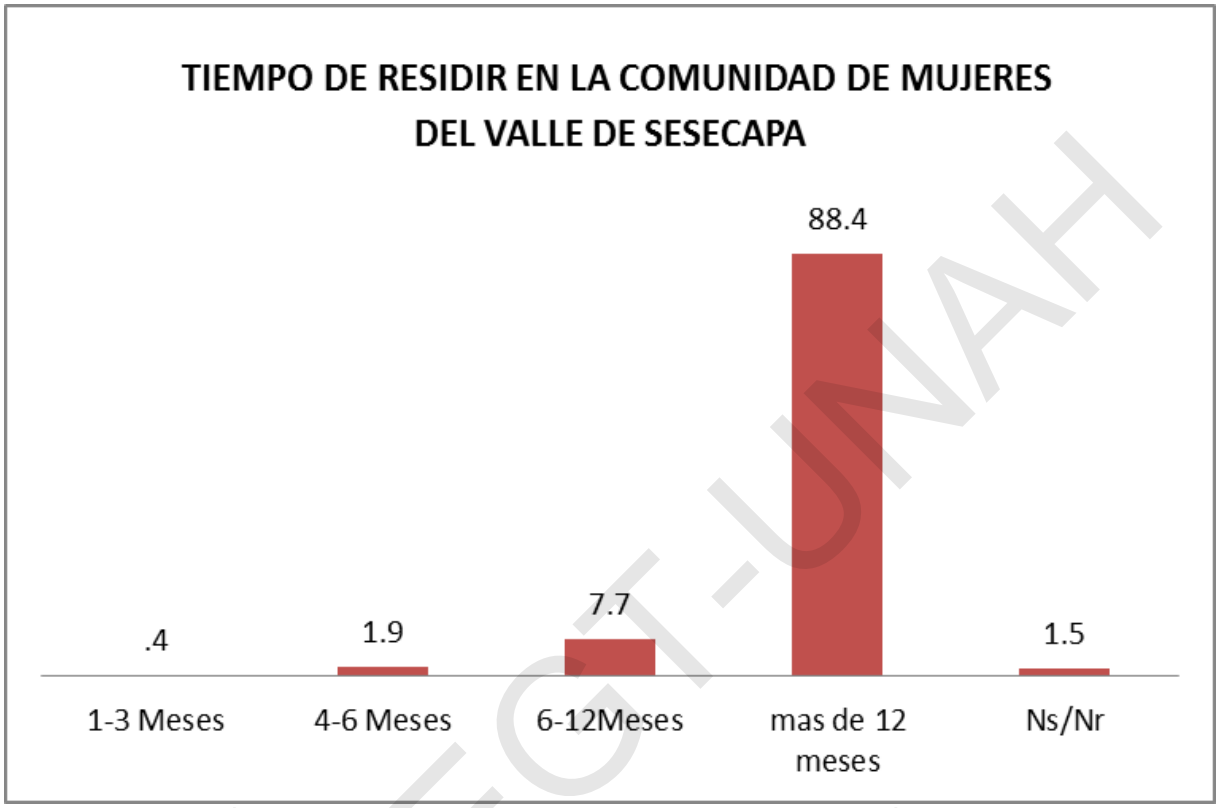
En este cuadro se observa la diferencia de 3:1 entre la no participación y la participación en actividades comunitarias en la población estudiada

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

GRAFICO 13.

TIEMPO DE RESIDENCIA EN LA COMUNIDAD MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. OCOTEPEQUE PERIODO 2006-2010



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011..

La mayoría de las mujeres entrevistadas tienen mas de 6 meses de vivir en su comunidad, y específicamente el 88.4% tienen mas de 12 meses de residir en su comunidad

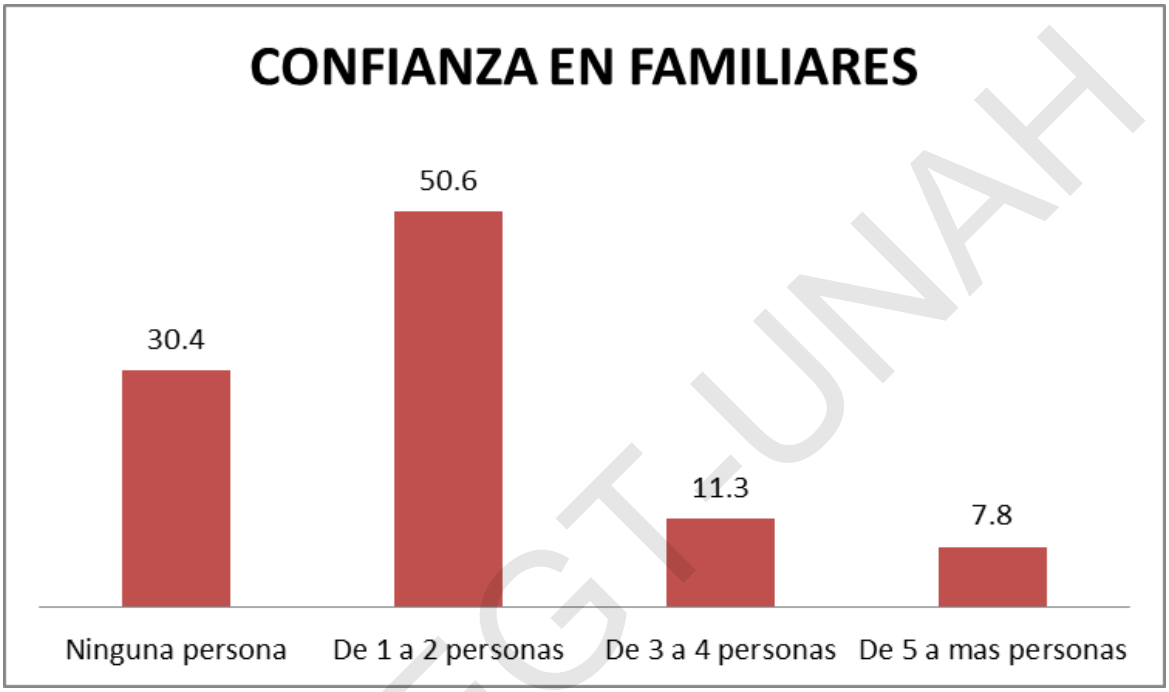
UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

III. CONFIANZA

GRAFICO 14.

CONFIANZA EN FAMILIARES. MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011**.**

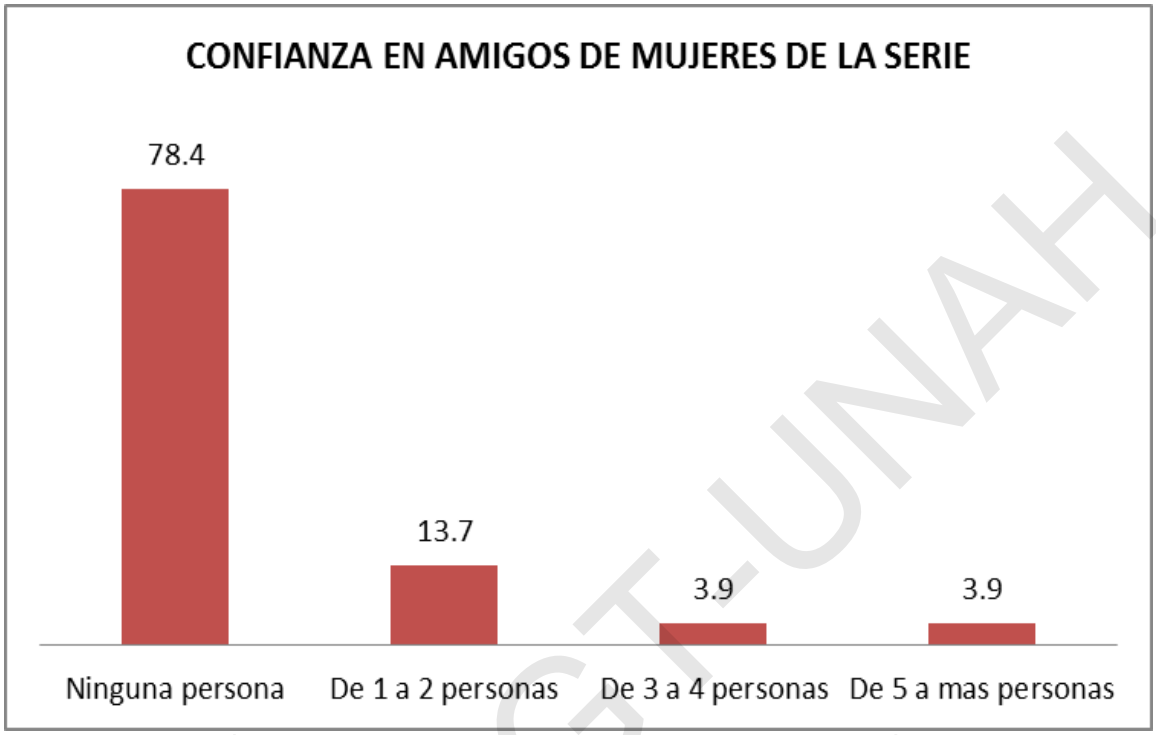
En este cuadro se observa que el 69.6% de las personas confían en 1 o más familiares y que dentro de este grupo el 50.6% confía en 1 o 2 personas, el 30.4% no tienen confianza en nadie.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

GRAFICO 15.

CONFIANZA EN AMIGOS. MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

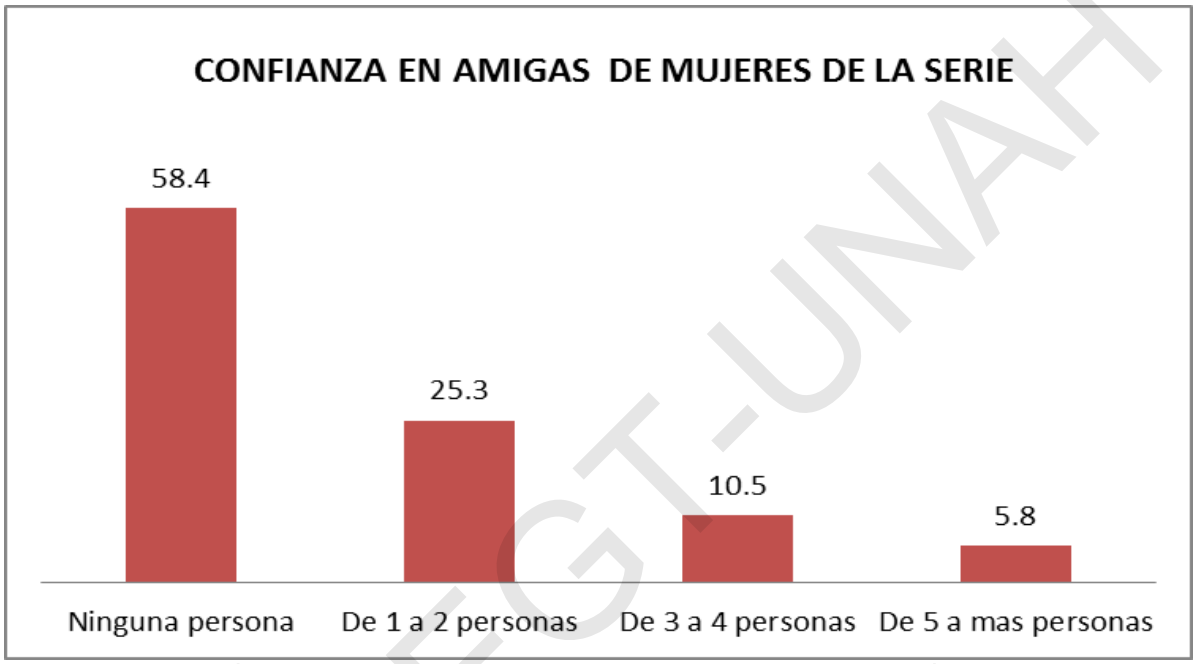
El 78.4% de los entrevistados no confían en ninguna persona sin embargo se observa que el 21.6% de las personas tienen confianza en 1 o más amigos, y que de este grupo el 13.7% depositan la confianza en 1 o 2 personas. Concluimos que La confianza se va perdiendo cuando ya no están involucrados los familiares de tal modo que este estudio el nivel de confianza se redujo del 69.6% al 21.6%.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

GRAFICO 16

GRAFICO 1. CONFIANZA EN AMIGAS. MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

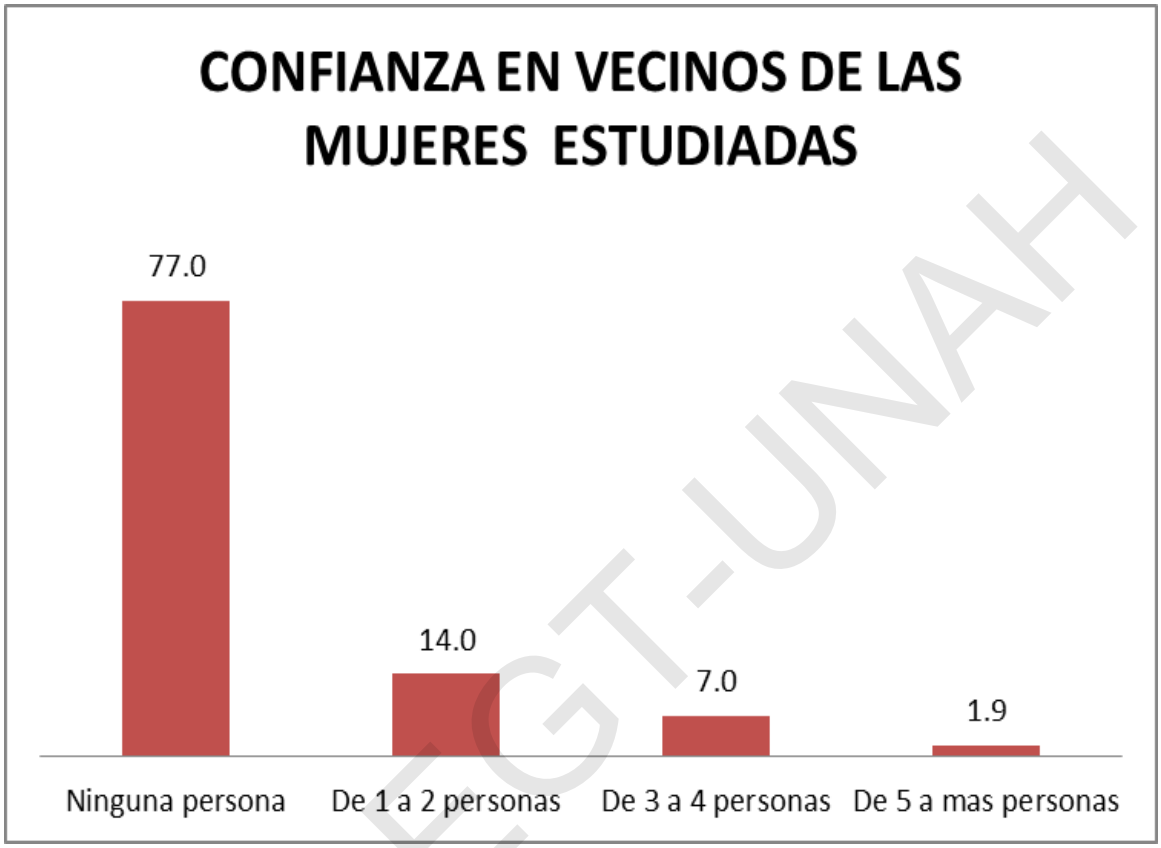
El 58.4% de las mujeres no confían en ninguna amiga, pero el 41.6% tiene confianza en 1 amiga o más, y de este gran grupo el 25.3% tiene confianza en 1 a 2 personas. Concluimos que la confianza también se modifica por el género, ya que la confianza de las mujeres se reduce casi en un 100% cuando se trata de confiar en amigos igual tendencia se observa en la relación existente entre la confianza entre 1a 2 amigos o amigas (13.7% y 25.3%).

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

GRAFICO 17.

CONFIANZA EN VECINOS. MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

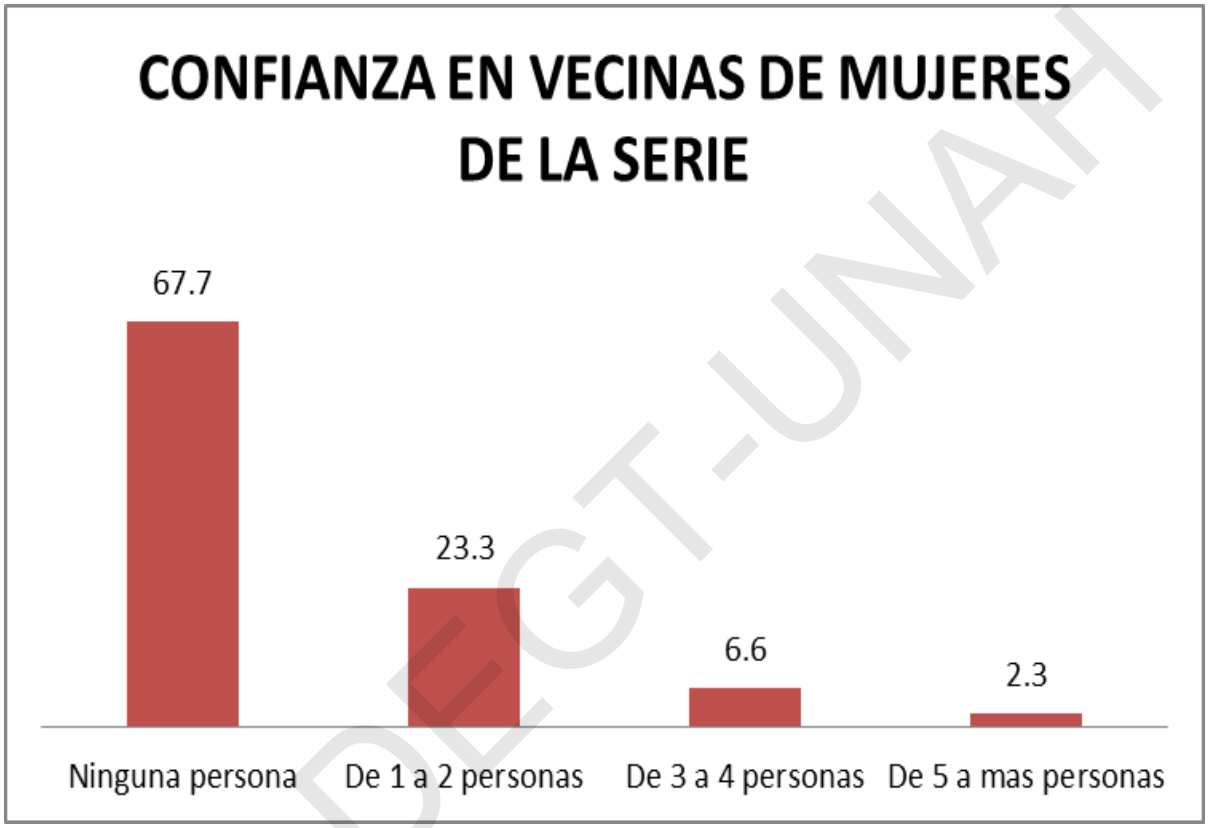
El 77% de las mujeres opinan que no confían en ningún vecino, en tanto que el 23% dicen confiar en 1 o más vecinos.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

GRAFICO 18.

CONFIANZA EN VECINAS. MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011

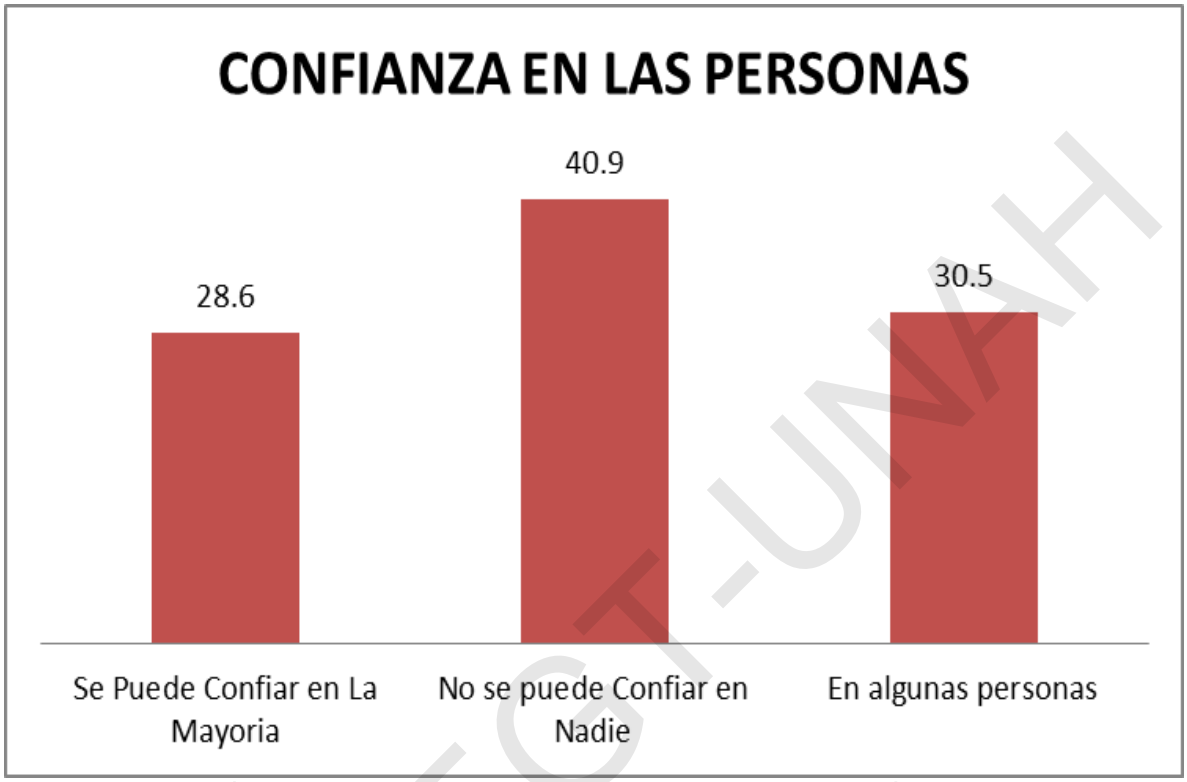
El 67% de las mujeres opinan que no confían en sus vecinas, este % se reduce en comparación con el % de confianza en los vecinos, sin embargo la confianza aumentó a 32% cuando se trata de confiar en la vecina. Concluimos que el género continúa afectando el nivel de confianza en la comunidad.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

GRAFICO 19.

CONFIANZA EN LAS PERSONAS. MUJERES DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010



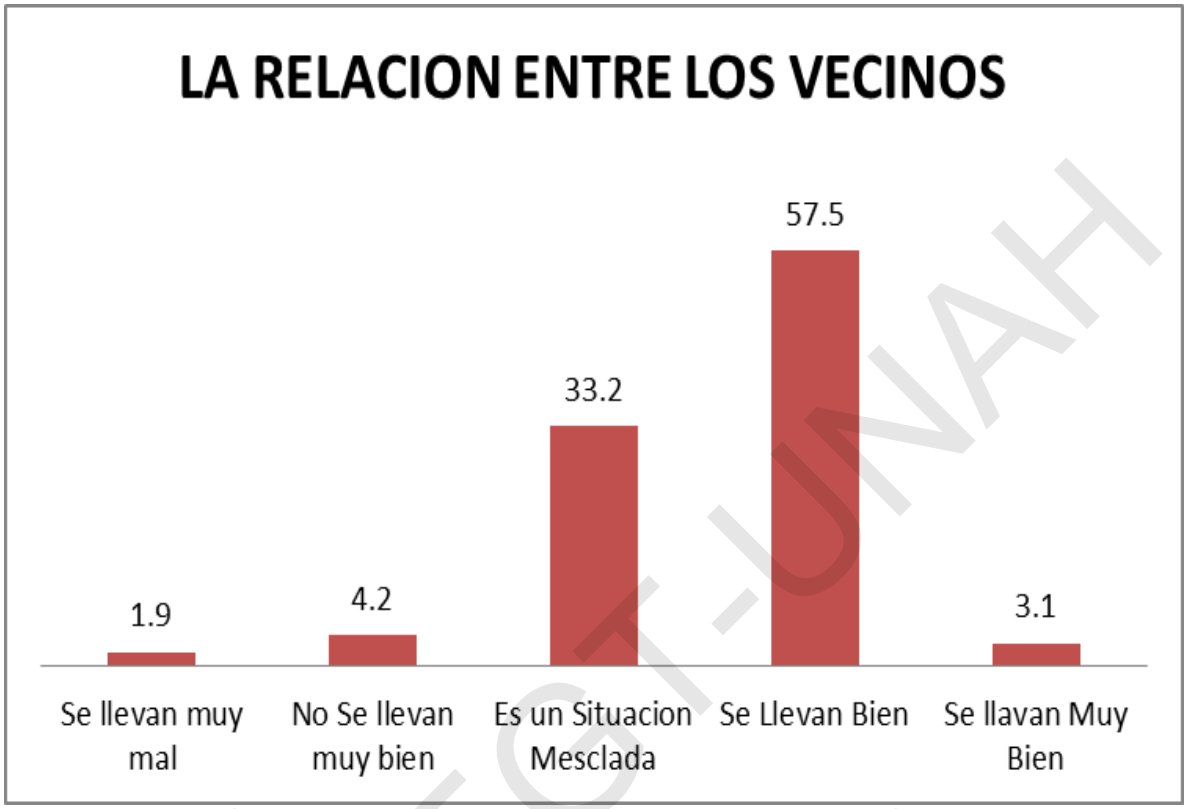
Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

El 28.6% de las entrevistadas dijeron que si se puede confiar en la mayoría, pero el 40.9% de las personas opinaron que no se puede confiar en nadie, y en algunas personas dijeron el 30.5% de las entrevistadas.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

GRAFICO 20
RELACION ENTRE LAS PERSONAS, EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010.



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011

La relación entre los vecinos está claramente dada por el 57.5% del grupo que se lleva bien, más el 3.1% del grupo de los que se lleva muy bien que representa el 60.6% de la población entrevistada, ante los que se llevan muy mal (1.9%), los que no se llevan muy bien (4.2%) que representa el 6.1%. este resultado habla de que aproximadamente el 50% de las personas en la comunidad se llevan bien sumado a esto el resultado de la situación mesclada que es un 32.2%

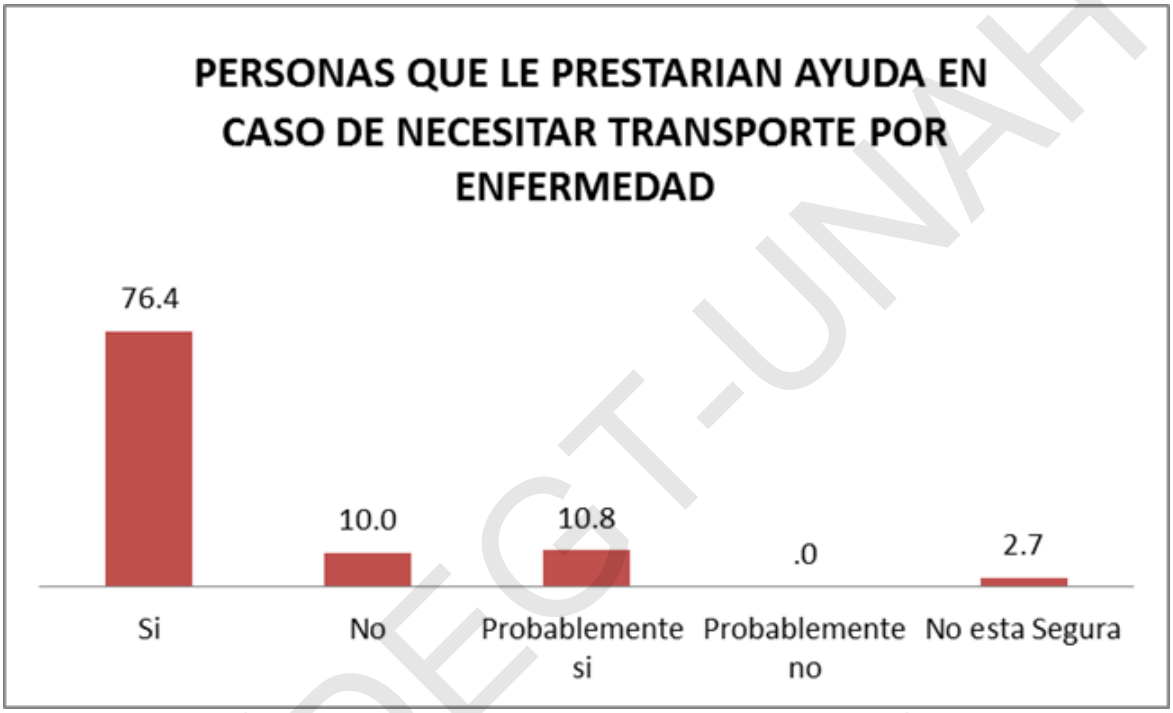
Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

IV.-COOPERACION

GRAFICO 21.

PERSONAS DISPUESTAS A PRESTARLE AYUDA EN CASO DE NECESITAR TRANSPORTE POR



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011

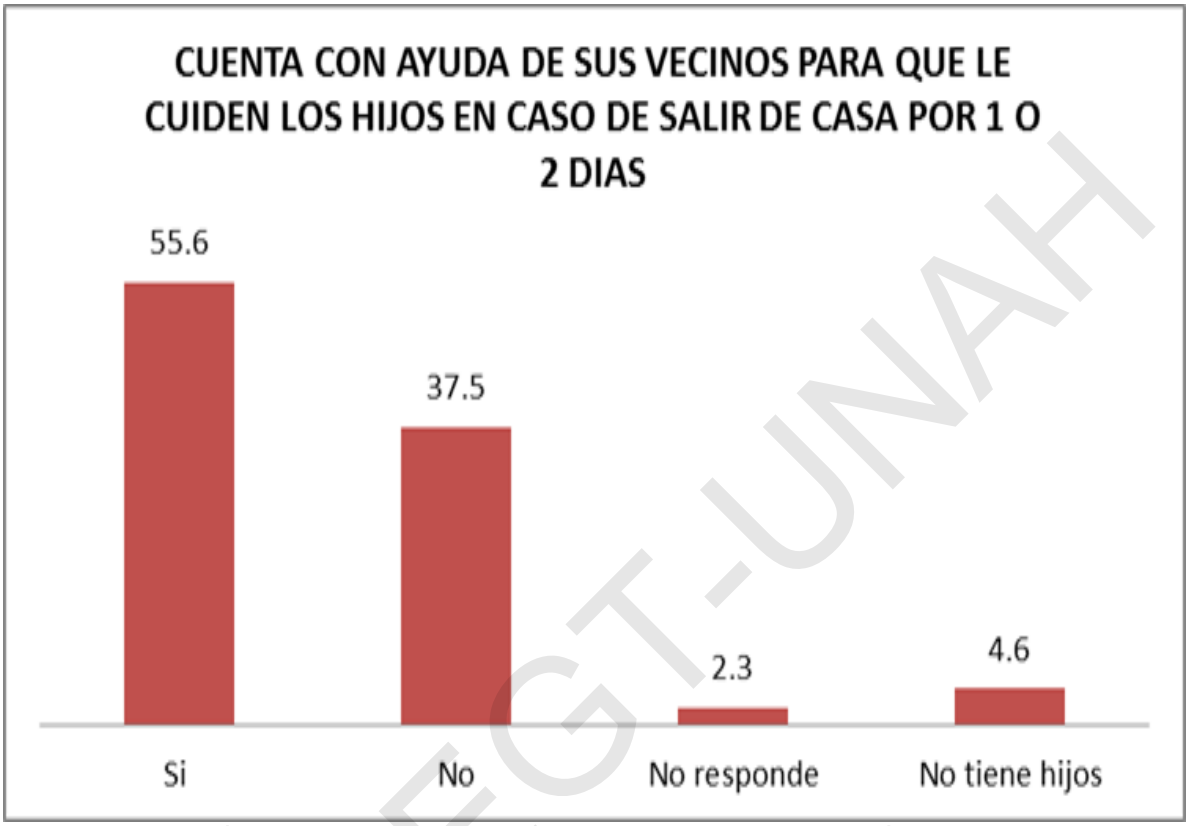
El 76% de las mujeres dicen tener alguien que les preste ayuda en caso de necesitar transporte por enfermedad. Un 10% de las mujeres dicen no tener alguien que les ayude

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

GRAFICO 22

CUENTA CON AYUDA DE SUS VECINOS PARA QUE CUIDEN LOS HIJOS EN CASO DE SALIR DE CASA POR 1 O 2 DIAS. PERIODO 2006-2010



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011

El 55.6% de Las mujeres de estos municipios refieren que si cuentan con ayuda de sus vecinos para el cuido de sus hijos, contrariamente el 37.5% de ellas dicen que no tienen alguien que cuide de sus hijos.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

GRAFICO 23.

NUMERO DE PERSONAS QUE LE AYUDARIAN EN CASO DE NECESIDAD ECONOMICA POR UNA SEMANA PERIODO 2006-2010

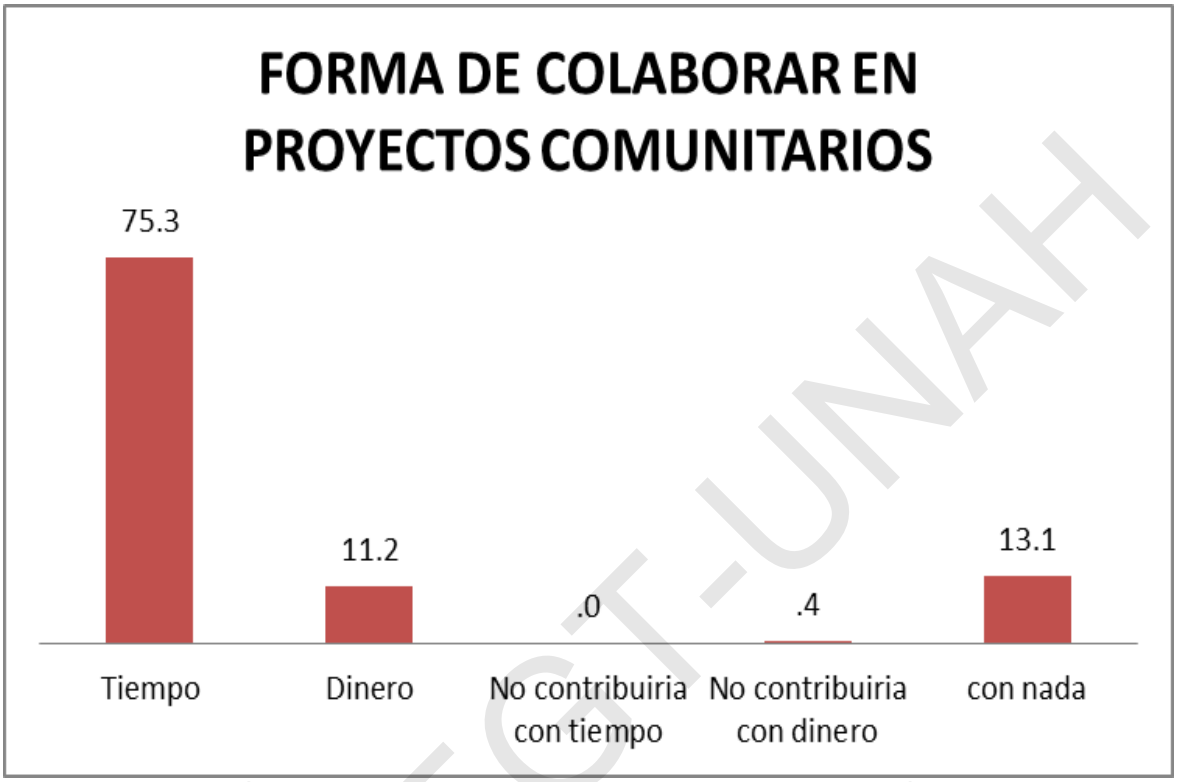
Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011

El 53.3% de las mujeres dijeron tener de 1-2 personas que le ayudarían en caso de necesidad económica, 6.9% de las mujeres dijeron que habían de 3-4 personas que podrían ayudarle y un 3.9% de ellas tenían 5 personas o mas. Sumando estos valores podemos ver que el 64% de estas mujeres tienen de 1-5 personas que podrían ayudarle económicamente. un 35.9% de las mujeres dijeron que no tenían a nadie que les ayudara en caso de necesidad económica.

Derechos reservados

GRAFICO 24

FORMA DE COLABORAR EN PROYECTOS COMUNITARIOS EN MUJERES DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA. PERIODO 2006-2010



Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

Las mujeres de los municipios estudiados prefieren colaborar con el factor tiempo en un 75.3%, el otro grupo que representa el 11.2% de ellas colabora con dinero.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Tabla26.

NIVEL DE CONFIANZA QUE GENERAN ALGUNOS ACTORES DE LA COMUNIDAD SEGÚN OPINIÓN DE MUJERES ENTREVISTADAS. PERIODO 2006-2010

Nivel de confianza	Dueños de Negocio	Fucionarios de Gob.Local	Func Gob. Central	Policia	Profesores	Medicos	Extraños
Mucho	9.65%	8.60%	6.60%	17.40%	59.50%	89.60%	8%
Poco	57,1%	42.40%	37.50%	44.80%	32.40%	10.40%	2.30%
Nada	33%	49	56%	37.80%	8.10%	0%	96.90%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Construcción Propia, con base en los datos de la encuesta Exclusión Social en Salud en Mujeres en edad Fértil de la Mancomunidad de Municipios del Valle de Sesecapa. Año 2011.

Este cuadro demuestra que las mujeres entrevistadas tienen mucha confianza en los médicos y los profesores, en tanto que, el menor nivel de confianza es dado en orden de mayor a menor a los funcionarios del gobierno central, local, policía y dueños de negocios.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Procesamiento Técnico Documental, Digital

VI.- ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio se observó como las relaciones entre los vecinos con carácter de apoyo y colaboración entre unos y otros pueden acercar más la comunidad a los servicios de salud.

La confianza entre los vecinos la cooperación y la participación de estos en los proyectos comunitarios pueden hacer posible que con el concurso de cada uno, la comunidad pueda adentrarse en etapas de desarrollo que desemboquen en un buen acceso a la salud por parte de los habitantes de estas zonas.

A.- LA SITUACION DEL ACCESO

Las variables que se utilizaron para determinar el nivel de acceso a los servicios de salud de la población de mujeres de la serie, es el porcentaje general de mujeres que recibieron controles prenatales según la Normas Nacionales para la Atención Materno-Neonatal de Mayo de 2011 (5 Controles PrenatalesN), el % de control prenatal por municipio, el lugar de control prenatal en general , lugar de control prenatal por municipio, el país de control prenatal , lugar de atención del parto, personal de salud que atendió el parto, la calidad de atención en la unidad de salud que fue investigada mediante los criterios encontrados en la encuesta de satisfacción de usuario.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Se preguntó a la mujer si en la unidad de salud si había resuelto su problema, para investigar si realmente la paciente había tenido además de acceso a los servicios la accesibilidad a los mismos.

Para terminar de cuadrar el estudio se investigaron determinantes sociales que afectan el acceso a la atención en salud tales como la pobreza que fue medida a través del método directo de medición de la pobreza de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, esta medición se hizo en general y por municipio.

Se adentró también en el ámbito económico del hogar haciendo la medición del gasto de bolsillo general y por municipio y por último se detalló en el ingreso per cápita de hogares agrupándolos por quintiles

Se decidió establecer el control prenatal como un indicador base para determinar el acceso a los servicios de salud por la importancia que este tiene en la prevención y reducción de la mortalidad materna e infantil el cual tiene los objetivos siguientes: detectar enfermedades maternas subclínicas, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo, vigilar el crecimiento y vitalidad y educar a la mujer y su familia en temas de autocuidado.(Norma Nacional para la Atención Materno Neonatal 2011).

1.- Se investigó la cobertura de Control Prenatal promedio del total de mujeres de los cuatro municipios estudiados, indagando si las mujeres entrevistadas habían recibido control prenatal en su último embarazo. De las 259 mujeres que habían tenido al menos un embarazo (211 mujeres que no estaban embarazadas pero que habían tenido al menos un embarazo anterior y 28 embarazadas con embarazo

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

anterior y el grupo de las 20 primigestas (259), el 94% recibieron su control prenatal según lo dicta la norma.

Este resultado es mayor en cinco puntos porcentuales al presentado por la ENDESA 2011- 2012, donde a nivel nacional el 89 por ciento de mujeres tuvieron al menos cuatro atenciones,(según la norma), 92 por ciento en el área urbana y 86 por ciento en la rural. En la ENDESA 2005-2006, a nivel nacional el 81 por ciento de mujeres tuvieron al menos cuatro controles, 87 por ciento en el área urbana y 76 por ciento en la rural. Se debe aclarar que las encuestas ENDESA mencionadas se habla de 4 CPN según norma.

En la ENDESA 2011-2012, el 97 por ciento de las madres que tuvieron nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta recibieron atención prenatal de alguna persona calificada.

2.-Se investigó la cobertura de control prenatal por cada municipio donde el municipio de Ocotepeque y Sinuapa reportan el 90.9% y el 88.9% de CPN respectivamente quedando un 9.10% y un 11.11% de mujeres excluidas de los servicios de salud o que no pudieron ser captadas en la comunidad, o que se controlaron en clínicas privadas o en el Salvador, Guatemala o en hospitales de Honduras.

Los municipios de Santa Fe y Concepción a diferencia de los dos anteriores si lograron alcanzar el 100% de controles prenatales según la norma. Este logro importante podría explicarse por la buena coordinación de los médicos encargados de las unidades de salud de la zona, con el personal voluntario de salud, y el

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

gobierno local y la comunidad con su capital social existente compuesto por los elementos: participación, colaboración, solidaridad y confianza.

El trabajo en red que bien menciona Mario Rovere en su libro Redes en Salud. Contestándose entonces la pregunta del Dr Rovere: ¿Dónde está la punta del Compás cuando se realiza un Proyecto para la Comunidad? el responde, que no está ni en el hospital ni en el centro de salud, se encuentra en la comunidad, haciendo énfasis en que el punto más importante y el centro de la atención es la persona humana, que inicia en la familia, la comunidad y todos los aspectos que ya han sido valorados y documentados y que encierran el capital social de una comunidad; en las relaciones de los vecinos, en la confianza existente entre ellos, en los altos niveles de cooperación y solidaridad vistos en estos municipios.

3.- El lugar de CPN general de las mujeres estudiadas (259 mujeres). El 87.5% de ellas lo hizo en el Centro de Salud, el 4.2% en clínicas privadas y el 2.1% de las mujeres en hospitales del estado. El 6% de las mujeres no lo hizo en ningún lugar.

4.-En cuanto al lugar de CPN por municipio encontramos que en el municipio de Ocotepeque el 81.4% de las mujeres se controlan su embarazo en el centro de salud, un 9.5% lo hacen en clínicas privadas. El 9.1 de las mujeres restantes no se controlaron su embarazo. En Sinuapa el 77.8% de las mujeres se controlaron en el centro de salud, y un 11.1% en el hospital Público. Un 11.1% no se controlaron.

En Santa Fe y Concepción que son los municipios más rurales el 100% de las mujeres se controlaron en El Centro de Salud perteneciente al estado.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Se hace evidente la falta de acceso a la salud de las mujeres que no se controlaron el embarazo en Ocotepeque ya que no asistieron a ningún lugar (9.1%) y lo mismo sucedió en Sinuapa donde el 11.1% no asistieron a ningún lugar al CPN. Por la cercanía de estos pueblos a Guatemala y el Salvador estas mujeres pueden también visitar clínicas u hospitales de estos países sin perjuicio del buen acceso a los centros de salud locales.

Lo antes dicho se refuerza cuando se observó que el 93.8% de las mujeres se controlaron en Honduras, y que el 4.2% lo hacen en Guatemala, el 2.1% no se controló en ningún país.

El problema de acceso lo tiene el 9.10% de mujeres de Ocotepeque y el 11,11% de las mujeres de Sinuapa las cuales no cumplieron con la norma de los 5 controles prenatales.

En la evaluación del lugar de CPN en general en los municipios del Valle de Sesecapa el 4.2% asistió a Clínica Privada y el 6.3% de las mujeres a ningún lugar a su CPN, lo que hace un 6.3% que no asistió a CPN.

5.-En cuanto al lugar de atención del parto en las mujeres entrevistadas, se observó un resultado similar al promedio nacional. El hospital del estado ocupa el primer lugar en la atención de partos (76%), luego la casa con un 12%, la clínica materno infantil con 8%, el hospital privado con un 4%. Lo que hace un total de 88% de parto institucional distribuido en 84% del servicio público y 4% del servicio privado.

La Encuesta ENDESA 2011-2012 demuestra que la prevalencia del parto institucional calificado en Honduras se ha incrementado en un 83% (78% en

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

establecimiento público y 5% en el privado).Esto representa un incremento del 16% en comparación con la ENDESA del 2006

La falta de acceso a los servicios de salud se observa en el 12% de las mujeres cuyos partos fueron atendidos en la casa.

Es importante destacar que en esta serie hubieron más partos domiciliarios que en la clínica materno infantil de la comunidad, esto podría ser explicado por la ubicación geográfica de la clínica materno Infantil, y la falta de respuesta a casos graves o emergencias durante el embarazo y el parto por falta de recursos especializados para la atención materno infantil, haciendo la salvedad que esta clínica tiene amplia respuesta a emergencias médicas de adultos y de niños mayores de 1 año.

6.-En cuanto al personal de salud que atendió el parto la mayoría de las mujeres fueron atendidas por médicos.

El médico fue el recurso que atendió la mayoría de los partos de las mujeres de la serie con un 88%, en segundo lugar la partera con 8% y luego el 4% le corresponde a la atención del parto sola, estos últimos dos resultados demostró la falta de acceso a los servicios de salud de estas mujeres, lo cual es de gran importancia en el tema de la prevención del parto domiciliario y de la mortalidad materna. Esta situación explica el hecho que hayan más partos en la casa que en la clínica materno infantil.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

En la evaluación por departamento, en Ocotepeque el 82% de las mujeres recibieron CPN y asistencia durante el parto por un médico.

La encuesta ENDESA 2011-2012 demuestra que a nivel nacional el 79% de los nacimientos fueron atendidos por médicos. En el 2006 la ENDESA de ese año reportó resultados más bajos; 64% de atención del parto por médicos

Es importante hacer notar que un 8% de las mujeres fueron atendidas por la partera y 4% de ellas se atendieron el parto sola, lo cual coincide con el 12% de partos domiciliarios de la tabla No 12.

Este 12% de mujeres desatendidas es muy importante en este estudio ya que se considera un grupo excluido de los servicios de salud

7.- Se evaluó el número de consultas en un año que hicieron las entrevistadas al centro de salud. Los resultados revelan que el 31% de las pacientes asistieron más de 9 visitas al centro de salud, el 27% asistió de 5 a 6 ocasiones y el 13% asistió de 1-2 ocasiones. El 71% de las mujeres asistieron de 5 a 9 veces por año.

8.-El lugar de preferencia para buscar atención médica de las mujeres que no estaban embarazadas fueron en el centro de salud con médico (CESAMO) en un 87% y en el CESAR en un 12%. Igualmente se les consultó quien le atendió en su visita a la unidad de salud a lo cual el 89% de las mujeres dijeron que un médico les había atendido.

9.- Se consultó a las mujeres sobre el medio más frecuente de acceder a la unidad de salud. Los resultados demuestran que el medio más utilizado para acceder a la unidad de salud fue caminando en un 71%, seguido de bus y carro propio en un

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

16% y 13% respectivamente. Este resultado refleja que la mayor parte de la población no tiene la capacidad económica para tener su vehículo propio, pero sin embargo se puede llegar al centro de salud mediante carro o bus lo que indicó que tiene buen acceso

10.- Se evaluó el acceso geográfico de las mujeres, determinando cuanto tiempo se tardaban en llegar de su casa a la Unidad de Salud más cercana. El 11% de las mujeres refirieron tardarse de 30-60 minutos para llegar al centro de salud más cercano, en tanto que el 25% necesitó más de 1 hora para llegar al centro de salud más cercano.

La sumatoria de estos dos datos nos da un 36% de mujeres que presentaron dificultades de acceso geográfico. En este trabajo definimos que una persona tiene buen acceso geográfico cuando es capaz de recabar servicios locales de salud con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o desplazamiento en medios de transporte locales (PNUD 1997:250).

En el estudio de mancomunidades del Norte de Choluteca un promedio del 52.3% de la población entrevistada invierte más de una hora para llegar a la unidad de salud más cercano. El porcentaje es mucho más alto en los municipios del norte de Copan, y los municipios fronterizos de Intibucá..

El medio más utilizado para acceder al centro de salud fue caminando en un 71%

El 25% de las mujeres necesitaron más de 1 hora para llegar al centro de salud. Según el criterio de acceso a servicios de salud del PNUD (1997). Estas mujeres no tienen un buen acceso geográfico a los servicios de salud.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

A.1.- MEDICION DE LA POBREZA:

Se presentaron en este estudio, los resultados de la medición de factores que caminan en conjunto con la falta de acceso a los servicios de salud tal como lo expresa la declaración final de la cumbre de desarrollo Social de Copenhague en 1995, cuando señala la pobreza absoluta como una condición que se caracteriza por la privación severa de necesidades humanas básicas, incluyendo alimentos, acceso a agua potable, infraestructura sanitaria, atención de salud, acceso a la educación y a la información.

Para la medición de la Pobreza en estos municipios utilizamos el método de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI.

Se encontró que el 47.9% de los hogares de las mujeres entrevistadas no tienen NBI en tanto que el 52% de los hogares tienen alguna NBI. Esto indica que el 52% de los hogares de los cuatro municipios del Valle de Sesecapa son pobres.

Según La Encuesta Hogares de Propósitos Múltiples, EHPM (2013) a nivel nacional la pobreza ha alcanzado el 40.8% de los hogares. Este valor es 13% menos que en 2006. La diferencia entre el área rural y urbana es significativa ya que es de 48.9%, en el primero y de 32% en el área urbana.

Según el método de NBI el 52.1% de los hogares de los cuatro municipios del Valle de Sesecapa son pobres.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

De este grupo de hogares que tienen alguna NBI vemos que el 42% de los hogares tiene 1 NBI, el 29.62% tiene 2 NBI en tanto que el 28.1% de los hogares tiene 3 NBI.

Se obtuvo la distribución de NBI en los municipios del valle de Sesecapa, aquí la NBI más frecuente en los cuatro municipios estudiados es el piso de tierra en un 27%, el hacinamiento en un 23%, este resultado es 20% menos que en los municipios de la Mancomunidad del Norte de Choluteca. La falta de asistencia escolar de niños de 7-12 años reporto 19%, también mucho menor que en la Mancomunidad del Norte de Choluteca que resulto ser de un 56%.

En Honduras, el 48 por ciento de las viviendas tienen piso rudimentario (básicamente plancha de cemento), el 17 por ciento tienen piso de tierra y el 20 por ciento tienen piso de ladrillo de cemento o mosaico. En el área rural los pisos de tierra representan un 32 por ciento y los de plancha de cemento un 47 por ciento; mientras que en el área urbana representan un 5 y un 42 por ciento, respectivamente ENDESA (2011-2012).

En relación al hacinamiento a nivel nacional, el 43 por ciento de las viviendas apenas tienen un cuarto para dormir (44 por ciento en ENDESA 2005-2006), el 35 por ciento tienen dos cuartos y sólo un 22 por ciento tienen 3 ó más dormitorios. En el área urbana un 60 por ciento de las viviendas tienen 2 ó más dormitorios en comparación con 54 por ciento en el área rural

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

El 52% de los hogares tienen alguna NBI, de estos hogares el 42% tiene una NBI, el 29.62% tiene 2NBI y el 28% tiene 3 NBI lo que nos dice que hay 57.62% de hogares de mujeres estudiadas que tienen entre 2 y 3 NBI, representando un % importante de NBI. Y lo cual demuestra el nivel de pobreza de los municipios.

Las 3 NBI más importantes encontradas en promedio en los cuatro municipios de Valle de Sesecapa son el piso de tierra en un 27%, el hacinamiento en un 23% y la no asistencia de los niños a la escuela en un 19%.

A.2.- INGRESO PERCAPITA

Se evaluó el ingreso per cápita de los hogares mensual distribuidos en quintiles en los municipios del valle de Sesecapa, el estudio obtuvo un valor promedio de ingresos mensual de L. 2876.21 para el quinto quintil, siendo Ocotepeque el municipio con el ingreso per cápita más alto en el quinto quintil con L.3140.87, seguido de Santa Fe con L.2831.00 luego Sinuapa con L.2162.63.

Es importante mencionar que el municipio de Concepción llega hasta el cuarto quintil con L. 1200.00 y no tiene valor en el quinto quintil, siendo entonces este municipio, en cuyos hogares, el nivel de ingreso mensual es el más bajo en relación a los otros tres y representa la comunidad más pobre del valle de Sesecapa.

Se observó la diferencia entre el primer quintil del municipio de Ocotepeque con su quinto quintil, el cual tiene una proporción de 9:1, lo que indica inequidad en la distribución de los recursos donde las personas ubicadas en el quinto quintil reciben nueve veces más ingresos que las ubicadas en el primero.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

En el caso del municipio de Concepción la diferencia entre el primero y 4 quintil es de 3:1, reduciéndose el nivel de inequidad entre los que reciben más y los que reciben menos ingresos mensuales.

Se pudo ver también que el Ingreso Perca pita Mensual de los hogares ubicados en el quinto quintil pudo cubrir el valor de la canasta básica que tiene un valor de Lps.1441.71 (INE. 2011). Los ubicados en este quinto quintil representan el 20% de la población.

Por el contrario, los hogares ubicados en el I, II, III y IV quintil que representan el 80% de la población, no alcanzan a cubrir el valor de la canasta básica por lo que se consideran pobres de acuerdo al método de la Línea de Pobreza.

Concluimos que el 80% de la población de los municipios del Valle de Sesecapa son pobres de acuerdo al método de línea de pobreza lo que representa una barrera de acceso importante para estas comunidades.

Bhalla y Lapeyre conceptualizan la pobreza en Europa basados en la dimensión económica, social y política.

Tomando como base estas dimensiones hay muchas personas de estos municipios, que según los autores tienen problemas de exclusión social en salud o falta de acceso a los servicios de salud.

En lo que respecta a la dimensión económica, que se refiere a no poseer recursos económicos suficientes lo que impide su acceso a diversos servicios, incluyendo los servicios de salud.

Derechos reservados

UDI-DECT-UNAH

En este estudio se puede observar que la mayoría de las personas entrevistadas tienen un buen acceso a los servicios de salud demostrado a través de los buenos resultados en los indicadores de CPN, lo que sugiere que estas personas padecen un problema de captación de ingreso tal y como lo menciona Bessis y Sofi (1995), cuando hace referencia que la exclusión social es una noción explorada por la sociología que remite más a la integración y la inserción mientras que la pobreza es una categoría utilizada en el ámbito de la economía que se relaciona más con la insuficiencia de recursos.

Además los autores mencionan la dimensión social, la cual conlleva una pérdida del vínculo de solidaridad en la comunidad. Estas mujeres en su mayoría tienen espíritu de solidaridad, de cooperación, participación y confianza entre ellas lo que indica que el capital social está fortalecido.

En cuanto a la dimensión política que se refiere a la pérdida o negación de un derecho. El derecho a la salud se ha mantenido sin alteración en vista que las mujeres han tenido acceso y accesibilidad en la atención del nivel primario sin embargo la perdida de derecho llega cuando las mujeres requieren de atención especializada la cual tienen que buscarla en otro país como Guatemala o el Salvador, o en otras zonas del país donde trasladarse implica gastos importantes de dinero, tiempo y descuido del grupo familiar.

La falta de acceso a los servicios de salud de segundo nivel o servicios médicos especializados, la inequidad y la escases de los servicios del segundo nivel

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

representa un grado de Exclusión social en Salud importante para los habitantes del Valle de Sesecapa.

La dimensión temporal de la exclusión se mantiene en este caso porque la pobreza tanto como la estabilidad económica es dinámica y puede cambiar de un momento a otro.

Amartia Sen mira la pobreza como la falta de capacidades y oportunidad, igualmente Balla y Lapeyre una connotación muy social donde las capacidades se desarrollan a medida la persona estudia y trabaja abriéndose paso por si mismo a las oportunidades. En el caso de las mujeres estudiadas el concepto de A. Sen es más estricto y hace caer en la pobreza a todas las mujeres que no cuentan con capacidades ni oportunidades de entrar en un proceso de desarrollo.

A.3.- GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

En estos municipios el 55.6% de las mujeres reportaron de L. 1.00 - 49.00 de gastos por consulta médica (para compra de medicamentos, consulta médica, hospedaje, transporte para ir al médico) lo que representa el gasto de bolsillo para solucionar un problema de salud.

El 15.8% de las mujeres gastaron entre L.50.00 y 100.00, el 8,5% de las mujeres gastaron entre L. 101.00 y 200.00. 3.1% de las mujeres gastaron entre L. 201.00 y L. 300.00 y el 4.6% de ellas gastó entre L.301.00 y L.500.00 sumado todo esto representa un 87.6% de mujeres que pagaron entre L.1.00 y L.500.00.Hay que hacer notar que 10% de mujeres gastó más de L.500.00.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Este dato del gasto de bolsillo, es de amplia relevancia en este estudio, ya que según los resultados obtenidos por los dos métodos para la medición de la pobreza tanto el de NBI como el de línea de pobreza revelaron que el 52% de los hogares son pobres (método de NBI) y que el 80% de los hogares están por debajo de la línea de pobreza (método de línea de pobreza).

Sería inadmisible pensar que con estos niveles de pobreza las personas están gastando entre L. 1.00 y L.500.00 cada vez que asisten a la consulta, por lo que, si esto sucede estas personas dejan de atender otro tipo de necesidades del hogar y de la familia por sus gastos para la salud.

Concluimos entonces que tanto el nivel de pobreza de los hogares como el alto gasto de bolsillo representan barreras externas de gran importancia que indican la falta de protección financiera por parte del estado al hecho de enfermar y que impiden a las personas acceder a servicios de salud de calidad.

En el estudio de mancomunidades de Norte de Choluteca el gasto promedio por consulta que necesita pagar la población es 85 Lempiras, de lo cual 80% es para medicamentos y 15% por transporte y alimentación

En la ENDESA 2011-2012 se revela que la causa más importante expresada por las mujeres para no poder asistir al centro de salud es el obtener dinero para pagar tratamiento (52 por ciento). Otros problemas identificados son la distancia de los servicios de salud (37 por ciento) y el no querer ir sola (36 por ciento).

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

A nivel nacional, el 89 por ciento de los enfermos ambulatorios pagaron las consultas con recursos propios exclusivamente, porcentaje similar al encontrado en la ENDESA 2005-2006.

En este caso lo expuesto por Balla y Lapeyre en lo referente a las dimensión política de la exclusión en salud, es también valido, en vista que el estado en su artículo 145 “reconoce el derecho a la protección de la salud y conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas”.

Sin embargo ante una ley de la republica que parece no querer comprometerse, un alto gasto de bolsillo representa una de las debilidades más grandes que un estado puede tener al no brindar las condiciones necesarias al ciudadano para recibir salud con calidad y equidad, rompiendo prácticamente la débil protección social que el estado refiere ofrecer en la constitución y por ende el derecho a la salud.

Ante esta situación el ciudadano se ve obligado a hacer gastos personales para resolver un problema de salud o en última instancia solicitar préstamos, desequilibrándose económicamente en su hogar con gastos inesperados hasta caer en crisis económica y quedar en la miseria, creando graves problemas en la estabilidad familiar.

El gasto de bolsillo en salud se considera una barrera de mucha importancia dentro del tema de las barreras de acceso, y esto se considera como falta de acceso a los mecanismo de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar especialmente cuando la gente no puede acceder a un esquema de seguros de salud o en definitiva cuando no tiene dinero para satisfacer sus

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

necesidades de salud cuando las personas no pueden acceder a un esquema de seguros de salud. El alto gasto de bolsillo se relaciona en gran medida con las dimensiones de la exclusión económica, social y política que mencionan Balla y Lapeyre.

B.- CARACTERIZACION DEL CAPITAL SOCIAL

Los elementos que conforman el capital social de los habitantes de estas comunidades se exponen como las grandes variables exploradas en estudio: la participación en grupos por parte de las mujeres estudiadas, la conformación de redes que involucra la confianza entre los miembros de la comunidad, la colaboración y acción solidaria de los vecinos para alguien que lo necesite, la participación de las mujeres en actividades comunitarias, la confianza para los diferentes actores sociales y la cooperación colectiva para la solución de problemas de la comunidad.

B.1.- PARTICIPACION EN GRUPOS

La participación se evaluó través de la participación en grupos comunitarios por parte de las mujeres. En esta serie las mujeres han participado en su mayoría (27%) en grupos religiosos, en sociedad de padres de familia en un 6.2% y en grupos de política en un 5%. Es de hacer notar el amplio porcentaje de mujeres que no ha participado en este tipo de grupos.

Además el grado de participación en grupos de las personas entrevistadas no ha tenido progreso en relación a 5 años atrás, según la percepción de las mujeres.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

74.9% de las mujeres no participan en actividades comunitarias en tanto que el 25% si participan.

B.2- REDES SOCIALES

Para la conformación de las redes se necesita del elemento confianza, en el estudio se hizo una valoración del grado de confianza de las mujeres hacia los familiares donde un 69.6% de las mujeres confían en 1 o más familiares y que dentro de este grupo el 50,6% confían en uno o dos personas. El 30.4% de las mujeres no confían en nadie.

El 59.1% de las personas refirieron que se podía confiar en las personas en tanto el 40.9 de las personas dice que no se puede confiar en nadie.

Las mujeres entrevistadas mostraron un alto grado de confianza hacia los médicos y profesores contrariamente muestran un alto grado de desconfianza hacia los miembros de los gobiernos central y local y a la policía.

El fortalecimiento de las redes quedó demostrado a través de la relación entre los vecinos y está claramente dada por el 57.5% del grupo que se lleva bien, más el 3.1% del grupo de los que se lleva muy bien que representa el 60.6% de la población entrevistada

Los resultados demostraron que el 76.4% de los vecinos del valle de Sesecapa estuvieron dispuestos a colaborar en caso de que una persona tuviera la necesidad de transporte durante una enfermedad, esto viene a reforzar lo que la literatura dice acerca del papel que tienen las redes ya fortalecidas y el impacto en la salud de

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

los miembros de una comunidad. Un 10% de las mujeres dijeron no tener alguien que les ayude.

El 55.6% de Las mujeres de estos municipios afirmaron, que sí cuentan con ayuda de sus vecinos para el cuido de sus hijos, contrariamente el 37.5% de ellas opinaron que no tienen alguien que cuide de sus hijos.

El 53.3% de las mujeres dijeron tener de 1-2 personas que le ayudarían en caso de necesidad económica, 6.9% de las mujeres dijeron que habían de 3-4 personas que podrían ayudarle y un 3.9% de ellas tenían 5 personas o más. Sumando estos valores podemos ver que el 64% de estas mujeres tenian de 1-5 personas que podrían ayudarle económicamente.

El fortalecimiento de las redes sociales puede incidir sobre la salud de una comunidad, en la prevención y reducción de la mortalidad materna. Bronfman (1993) plantea el papel de las redes sociales para disminuir la mortalidad infantil mediante la ayuda que se prestan los vecinos o grupos, en el cuidado mutuo de las familias.

Mario Rovere expone las formas de como las redes en salud pueden fortalecerse con el fin de disminuir la exclusión social en salud, mientras que la APS da a conocer toda una organización comunitaria para el fortalecimiento de la promoción y prevención en salud.

El fortalecimiento de las redes pueden afectar enfermedades graves como el Dengue donde es necesaria la participación del individuo, familia y comunidad y

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

por ende propiciar el mejoramiento del acceso a los servicios de salud disminuyendo en este caso las barreras de tipo geográfica que son tan importantes en la comunidades de alta postergación.

Para Sluzki (1995 y 1996) existe amplia evidencia de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable, protege a la persona de las enfermedades, afecta positivamente la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida; es decir, es salutogénica.

Es importante mencionar el papel de la madre soltera o de la madre que permanece sola en el hogar al cuidado de los hijos y el apoyo que podría recibir por parte de sus vecinos en caso que necesitara salir a trabajar y que alguien la apoye en el cuidado de los hijos y de la casa.

En este estudio el 55.6% de las mujeres refirieron tener un apoyo para el cuido de sus hijos en caso de presentarse la necesidad de que ella se ausente de la casa por uno o dos días, aunque hay un 37.5% de personas que dicen no contar con el apoyo para el cuidado de los hijos.

Este resultado en beneficio del fortalecimiento de las redes sociales va de la mano con el tipo de relación que exista entre los vecinos de la comunidad. La literatura ya habla de la solidaridad que existe entre determinados grupos sociales y la necesidad de apoyo mutuo entre ellos.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Putnam (1995), conceptualiza el capital social como los “mecanismos de la organización social tales como las redes, normas, y la confianza social que facilita la coordinación y cooperación para beneficios mutuos.

Se observó que el 53% de las entrevistadas dijeron que 1-2 personas podrían ayudarle en caso de necesidad económica por una semana, en tanto que el 35.9% no tenían a nadie que les ayudara, Dabas (1993) dice que “Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de ellos desarrolla. Los diversos aprendizajes que una persona realiza se potencian cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común.

B.3- SOLIDARIDAD Y COOPERACIÓN

Este es un aspecto importante de valorar en una sociedad, el sentimiento de solidaridad, de cooperación que al final conlleva a la equidad al disfrute de los derechos fundamentales y a la figura de ser un ciudadano o ejercer ciudadanía tal como lo expone Sonia Fleury en su libro El Estado Sin Ciudadanos.

B.4- RELACIÓN ENTRE LOS VECINOS

Cuando se le preguntó a la mujer acerca del tipo de relación que existía entre los vecinos, el 57.5% de las mujeres contestaron que se llevan bien y 3.1% de ellas responde que se llevan muy bien, en general encontramos que más del 60% de las mujeres tienen una buena relación ante un 4.2% y un 1.9% que se llevan muy mal.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Esto es reforzado por el nivel de cooperación que existe en la generalidad de la comunidad ya que cuando se preguntó acerca del nivel de cooperación general de los vecinos el 36% de las mujeres respondieron que siempre están dispuestas a ayudar cuando es necesario y que el 56% de las mujeres a veces están dispuestas a ayudar ante un 7% de las mujeres que nunca están dispuestas a ayudar, este detalle habla del fortalecimiento de las redes sociales y de las organizaciones presentes en el municipio.

B.5- EL NIVEL DE COOPERACIÓN

El nivel de cooperación encontrado en este estudio es reforzado por la opinión de Lomnitz (1975) que define a la red social como el conjunto de relaciones de intercambio recíproco de bienes y servicios en un espacio social determinado.

El acto de ayudar podría modificar la actitud de las personas, ya que en este estudio se observa que para colaborar en un asunto de vital importancia como es un problema de agua que afecta a todas las personas de la comunidad aproximadamente el 84% de las mujeres cooperarían para solucionar el problema del suministro de agua.

En estos municipios dada la situación económica de las personas, el deseo de colaboración se demostró a través de actividades que le son accesibles de lograr a cada uno de ellos , por ejemplo en el presente estudio cuando se le pregunto a las mujeres en que forma podían colaborar en caso de haber proyectos comunitarios , el 75.3% de las mujeres respondieron que lo podían hacer con trabajo, en tanto que el 11.2% podían colaborar con dinero contrariamente a un 13.1% que no están

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

dispuestos a colaborar, se observa que de una u otra forma la gente quiere colaborar en sus proyectos.

B.6- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Es importante también hacer mención que cuando las personas participan en una actividad de la comunidad, el 38.4% de personas nunca desean obtener un provecho económico de un proyecto, lo que indica que si hay un porcentaje importante de vecinos que desean realmente ayudar con el único fin de llevar a la senda del desarrollo su comunidad. Sin dejar de mencionar ese 15% de personas que si desean hacerlo.

El relacionamiento de las comunidades y la fortaleza de las redes de personas, de vecinos y de instituciones se basan en principios como la cooperación, la solidaridad, y la participación, pero no podemos dejar de mencionar la confianza entre ellos como pilar fundamental para el crecimiento de las redes, En este estudio también se abordó la confianza individual separada de la confianza grupal o institucional que se considera la más importante para el desarrollo de esfuerzos colectivos en beneficio de una comunidad de personas, familias, comunidades y países.

B.7- CONFIANZA

La confianza individual es medida en esta serie indagando acerca del grado de confianza que las mujeres tenían en las demás personas, y donde el 28.6% de las personas dijeron que si se puede confiar en la mayoría de las personas, en tanto

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

que el 40.9% dijeron que no se puede confiar en nadie. Se evaluó también el grado de confianza que tenían las mujeres en las instituciones del estado como la policía, los gobiernos locales y central, además personas de diferentes profesiones como médicos, enfermeras, maestros y comerciantes.

En cuanto a los porcentajes de confianza de las mujeres involucradas en el estudio, se puede observar que los médicos y profesores son las personas que más gozan de la confianza de los miembros de una comunidad, en tanto que los funcionarios del gobierno central, del gobierno local y la policía son los que generan menos confianza en la población, es importante conocer la forma de pensar de los miembros de una sociedad en cuanto a estos grupos de personas, siendo que son los miembros de los gobiernos locales y central los que lideran políticamente los destinos de una comunidad, municipio, departamento o una nación

C.- INDICE DE INCIDENCIA PARA LA MEDICION DE CAPITAL SOCIAL

El índice evalúa 10 variables del capital social que incluyen todo el esfuerzo que las comunidades realizan para mantenerse organizadas, fortalecidas y operando y donde las redes sociales se constituyen en entidades sociales que contribuyen a la participación en grupos, a la participación comunitaria, a la confianza, relaciones entre los vecinos, la cooperación y acción colectiva en pro del desarrollo sostenible de una comunidad

Que a través del fortalecimiento de las mismas se puede hacer incidencia en la prevención y reducción de eventos que ponen en riesgo la estabilidad e integridad

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Procesamiento Técnico Documental, Digital

de los habitantes de una comunidad. Como ejemplo las Emergencias y Desastres ya sea provocado por el hombre o la naturaleza o las enfermedades que requieren de mucha participación de las personas para poderlas prevenir y reducir. Los eventos como las muertes maternas y de los niños menores de 5 años que han significado graves problemas de salud de salud pública y que desnudan las debilidades de un sistema de salud debilitado.

El combate al VIH, malaria y otras enfermedades, la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, que representan compromisos de país incluidas en los Objetivos del Milenio al 2015. Todos estos eventos podrían ser manejados y controlados con una mejor organización y participación de la comunidad a través del fortalecimiento de las redes sociales.

Aplicando el índice a los resultados obtenidos en el cuestionario de capital social para las comunidades del Valle de Sesecapa obtenemos un 70% de puntuación. El cual indica según la graduación diseñada, que el capital social de las comunidades del Valle de Sesecapa puede incidir integralmente en la solución de los problemas de la comunidad.

Este resultado positivo del índice podría relacionarse con los resultados de la situación general del acceso a los servicios de salud, donde vemos que la mayoría de los indicadores de acceso presentan también buenos resultados. Vemos que en general los municipios del valle de Sesecapa tienen bajos niveles de exclusión en salud demostrados a través de los altos índices de captación, del alto porcentaje de atención de parto por profesionales de la salud, lugar de preferencia para la

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

atención en salud, el alto porcentaje de consultas realizadas. Otro indicador importante es el tiempo que requiere una persona para llegar a la Unidad de Salud caminando cuyo resultado ha sido mayor en otros estudios, aunque no podemos negar que hay indicadores que merecen mucha atención como es el caso del porcentaje de NBI, el gasto de bolsillo y el ingreso per cápita de los hogares que son parte de los problemas estructurales y del nivel de responsabilidad del gobierno para con los hondureños.

VII.- CONCLUSIONES

1. El porcentaje de cobertura de CPN (94%) demuestra un buen nivel de acceso a los servicios de salud por parte de la mujer embarazada.
2. El porcentaje de utilización de las unidades de salud (90%) indica también un buen acceso a los servicios de salud.
3. El control prenatal por país indica que a pesar de tener otras alternativas en el Salvador y Guatemala las mujeres están utilizando los servicios de salud de Honduras.
4. El Parto institucional es de 84% el cual indica el buen acceso a los servicios de salud.
5. La mayoría de las mujeres van caminando al centro de salud (71%), lo que puede indicar que: no tienen carro por su bajo nivel de ingresos o les queda cerca el centro de salud.

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

6. El 25% de las mujeres caminan más de 1 hora para llegar al centro de salud, y el 64% de ellas caminan de 30-60 minutos para llegar al centro de salud.
7. Según el método de las Necesidades Básicas Insatisfechas el 52% de los hogares de las mujeres entrevistadas tienen alguna NBI lo que indica que el 52% de los hogares son pobres.
8. El ingreso per cápita de los hogares de los municipios del Valle de Sesecapa en el quinto quintil es de L. 2876.00 un poco mayor que el promedio nacional (L. 2659.00) los hogares que se encuentran entre el I y IV quintil (80% de hogares) no alcanzan a cubrir la Canasta Básica por lo que se ubican bajo la línea de pobreza. comparando el 20% de los que más ganan con el 20% de los que menos ganan, existe una diferencia de 9:1, lo cual habla de un alto nivel de inequidad en la percepción de los ingresos entre los hogares de esta zona.
9. El Gasto de Bolsillo en Salud reporta que 87% de las mujeres pagan entre L. 1.00 - 500.00 por cada consulta médica para la solución de sus problemas de salud.
10. Existen indicadores de acceso que tienen muy buenos resultados lo que indica que ya existe una organización comunitaria fortalecida, un trabajo de la red primaria de salud bien coordinada y una intervención de los gobiernos locales en los problemas de la salud de las comunidades.
11. Los indicadores que evalúan el nivel de pobreza de estas comunidades continúan siendo muy bajos lo que indica que existen problemas estructurales derivados de la inadecuada aplicación de políticas socio-económicas del gobierno lo que generan exclusión económica, exclusión

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

política, exclusión laboral y falta de oportunidades de desarrollo para la población

12. El nivel de participación en grupos de las mujeres de las comunidades del Valle de Sesecapa es bajo.
13. Existe un amplio nivel de cooperación entre los vecinos de las comunidades del valle de Sesecapa.
14. Existe un alto nivel de confianza y de muy buenas relaciones interpersonales entre los vecinos.
15. Los médicos y profesores son las personas que mas gozan de la confianza de los miembros de las comunidades, en tanto que los funcionarios del gobierno central, del gobierno local y la policía son los que generan menos confianza en la población.
16. El fortalecimiento de las redes queda demostrado a través de la relación entre los vecinos y donde el 60% de ellos tienen una muy buena relación interpersonal; el 57.5% del grupo que se lleva bien, más el 3.1% del grupo de los que se lleva muy bien (el 60.6% de la población entrevistada).
17. Existen altos niveles de participación entre los vecinos para la solución de los problemas de la comunidad.
18. Existen altos niveles de solidaridad entre los vecinos.
19. El capital social de las comunidades del Valle de Sesecapa esta fortalecido, lo que significa una oportunidad para el desarrollo de dichas zonas.
20. Según el índice de incidencia de capital social (70% para estas comunidades el capital social de las comunidades del Valle de Sesecapa puede incidir integralmente en la reducción de los problemas de acceso a los servicios de

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

salud, y a la reducción de otros problemas en los cuales se requiere de la organización y participación de la comunidad para poderlos resolver.

21. El fortalecimiento de las redes sociales puede incidir sobre la salud de una comunidad, en la prevención y reducción de la mortalidad materna.
22. Las redes en salud fortalecidas pueden disminuir la exclusión social y mejorar el acceso a los servicios de salud.
23. El fortalecimiento de las redes pueden afectar la conducta de enfermedades graves como el Dengue y otras enfermedades, donde es necesaria la participación del individuo, familia y comunidad y por ende propiciar el mejoramiento del acceso a los servicios de salud.
24. Una red social personal estable, sensible, activa y confiable, protege a la persona de las enfermedades, afecta positivamente la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida.
25. El sentimiento de solidaridad, de cooperación, ayuda mutua en los habitantes de una comunidad conlleva a la equidad al disfrute de los derechos fundamentales y a ejercer ciudadanía.
26. Algunas actuaciones de la Reforma en salud ha venido a fortalecer el capital social y por ende el acceso de los servicios de las comunidades del Valle de Sesecapa.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Procesamiento Técnico Documental, Digital

VIII.- RECOMENDACIONES

1. Al Postgrado de Salud Pública se recomienda que se continúe la realización de estudios de capital social en los municipios del país, con el objeto de determinar la influencia de este sobre determinantes como la educación, la economía, la gobernabilidad y la democracia en el país.
2. Que se establezca el estudio del capital social en las comunidades como línea de investigación dentro del postgrado de Salud pública.
3. A la Secretaría de Salud que se continúen los análisis de acceso en otros grupos priorizados del país, como los menores de 5 años o los ancianos u otros grupos de interés para la salud pública.
4. A la Secretaria de Salud se recomienda que se continúe fortaleciendo los programas dentro del proceso de reforma en salud en beneficio de la salud de los más desprotegidos
5. A La Secretaría de Salud, se recomienda continuar fortaleciendo las redes sociales integrándolas a las Redes Integradas de Servicios de Salud.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Procesamiento Técnico Documental, Digital

IX. BIBLIOGRAFÍA

Acuña, C. (2003). *Exclusion en Salud en Paises de America Latina y el Caribe* . Washigton DC: OPS-OMS.

Acuña, C. (2008). *Equemas de Proteccion Social Para la Poblacion Materna;Neonatal e Infantil;Lecciones Aprendidas en Latin America.* Washington, Estados Unidos.

Arteaga, C. G. (2002). *La Reforma Neoliberal en Salud y Seguridad Social* (I ed.). Tegucigalpa: Guaymuras.

Bank, T. W. (s.f.). *What is Social Capital* .

Dabas, E. (3001). *Redes Sociales:Niveles de Abordaje en la Intervencion y Organizacion en Red.*

Estadistica, I. N. (2013). *Encuesta Nacional de Demografia y Salud 2011-2012.* tegucigaapa, Honduras.

Estadistica, I. N. (2013). *EPHPM* . (INE, Ed.) Tegucigalpa, Honduras.

Estivill, J. (2003). *Panorama de Lucha Contra la Exclusion Social* . (O. I. Trabajo, Ed.) Ginebra , Suiza: OIT.

Exclusion y Equidad en America Latina en los Años Noventa. (1999). Buenos Aires.

Foucault, M. (1993). *La Historia de la Locura en La Epoca Clasica* (4 ed., Vol. I). Santa Fe de Bogota, Colombia: Fondo de Cultura Economica Ltda.

Honduras, I. (s.f.). *http://www.ine.gob.hn/index.php/datos-y-estadisticas/estadisticas-economicas/indicadores-economicos/58-canasta-basica-de-alimentos.*

Honduras, S. d. (2011). *Norma de Atencion Materno Neonatal* . Tegucigalapa, Honduras.

INE, I. N. (2006). *Trigresima Segunda Encuesta Permanente de Hogares.* Tegucigalpa, Hoduras.

Juan Carlos Feres, J. M. (s.f.). *El Metodo de las Ncesidades Basicas Insatisfechas y sus Aplicaciones en America Latina.* (CEPAL, Ed.) Chile.

Leucovitz, C. A. (3003). *Elementos Para la Formulacion de Estrategias de Extension de la Proteccion Social en Salud.* Washigton: OPSOMS.

Menchu E., M. T., & Tatiana, O. O. (2006). *La Canasta Basica de Alimentos en Centro America.* Guatemala, Guatemala: O.T. Guatemala:INCAP/OPS,2006.

Najmanovich, D. (s.f.). *La Organizacion en Red de Redes y de Organizaciones.*

Nils Ostrom, L. V. (2005). *Programa Acceso en el Sector Salud de Honduras.* Estocolmo, Suecia.

OPS/OMS-Asdi. (s.f.). *Exclusion Social en Salud en Mancomunidades de Municipios de Honduras.* Tegucigalpa, Honduras.

PNUD. (1989). *Informe de Desarrollo Humano* .

PNUD. (2003). *Informe de Desarrollo Humano.* PNUD.

Rosas, R. E. (s.f.). *Redes Sociales y Pobreza.*

Rovere, M. (1999). *Redes en Salud, un Nuevo Paradigma para el Abordaje de las Organizaciones y la Comunidad.* Rosario, Argentina: Secretaria de Salud Publica.

Salud, S. d. (2011). *Norma de Atencion Materno Neonatal.* Tegucigalapa, Honduras.

Sampieri, R. H., & Lucio., C. F. (2003). *Metodologia de la Investigacion.* DF, Mexico: Mc Wraw Hill.

Derechos reservados

Procesamiento Técnico Documental, Digital

Tesanos, J. F. (2001). *La Sociedad Diividida. Estructuras de Clase y Desigualdades en las Sociedades Tecnologicas.* Madrid, España: Biblioteca Nueva.

X.- ANEXOS

ANEXO No1. CUESTIONARIO APLICADO EN LA INVESTIGACION

001 No de Encuesta
002 No Boleta
003 No centro
No de encuestador

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
UNAH

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

EXCLUSION SOCIAL EN SALUD EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE LA MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA 2011
CUESTIONARIO PARA APLICARSE EN LA UNIDAD DE SALUD

1.- Datos Generales
004.1.-Nombre del entrevistado: _____
005.2.- Fecha de Entrevista_____
006 3.- Municipio: _____
007. 4.- Aldea_____
008. 5.-Edad_____
009. 6.-Estado Civil_____
010. 7.-Tiempo de residir en la comunidad _____(años, meses)
011. 8. Etnia a que pertenece Chorti ( ) Garifuna ( ) Mestizo ( ) Otra_____
012Lugar de Nacimiento_____
013Ocupación_____
014.11.-Lugar de Trabajo _____
015. 12.-Religión_____
PREGUNTAS PARA MUJERES EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS (DE LA 016- 020)
2. Datos Gineco obstétricos (Encierre en un círculo la respuesta)
(016)2.1 Embarazos anteriores? _____
(017) 2.2 Partos anteriores? _____
(018) 2.3 Cuantas cesáreas le han hecho?_____
(019)2.4 Ha tenido abortos?
1.- Si
2.- no
(020)2.5 Ha tenido hijos muertos?
1.- si
2.- no

Derechos reservados

*PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MUJERES EMBARAZADAS (DE LA 021-030)
*(021)2.6 Que edad gestacional tiene ?
1.- 1 semana- 12 semanas
2.- 13 semanas- 24 semanas
3.- 25 semanas- 37 semanas
4.- 37 semanas y mas
*(022)2.7 Esta en Control Prenatal?
1.- si
2.- no
(23)2.7. b1.- Si la respuesta es no, diga porque?
1.- Por falta de dinero 5.- Vive muy lejos del centro de salud
2.- Falta de transporte 6.- No tiene quien le ayude en la casa
3.- Es madre soltera 7.- No le interesa controlarse
4. No lo sabía 8.- Otras causas:(Especifique)_____
*(24)2.8 Donde se está controlando el Embarazo?
1.- Centro de Salud del estado
2.- Hospital del estado
3.- Clínica Privada
4.- Hospital Privado
5.- Partera tradicional capacitada
6.- Ningún Lugar
*(025) 2.9 En qué país se está controlando el embarazo? (por estar ubicados en una zona trinacional)
1.- Honduras
2.- El Salvador
3.- Guatemala
4.- Ninguno
*(026)2.10 Cuantos Controles prenatales tiene hasta el día de hoy?
1__ 2__ 3__ 4__ 5__ más de 5___ Ninguno___
*(027) 2.10.1 Está de acuerdo con la norma del Control Prenatal 1) si___ 2) no____
*(028)2.11 Que edad tiene su hijo menor?
Edad en meses:
1. 0 - 30 días
2. 1 mes – 11 meses
3. 12 meses – 23 meses
4. 24 meses – 47 meses
5. 48 meses – 60 meses
*(029) 2.12 Donde fue atendido su ultimo parto?
1. Hospital del estado
2.- Clínica Materno Infantil
3.- Hospital Privado
4.- Centro de Salud
5. Casa
6. ambulancia

Derechos reservados

UDI-DECT-UNAH

7.- Otro lugar (Especifique)_____
*(030) 2.13 Por quien fue atendido su ultimo parto?
1. Medico 2. Enfermera 3. Partera 4. Sola 5.)Otro recurso. (Especifique)_____
3.- PREGUNTAS PARA MUJERES NO EMBARAZADAS (DE LA 031- 033)
(031) 3.1 Cuantos Controles Prenatales tuvo durante su último embarazo?
1___ 2___ 3___ 4__ 5__ mas de 5___ Ninguno____

(032) 3.1.1 Está de acuerdo con la norma del Control de Embarazo? 1) si__ 2) no __
(033) 3.2 Si no Acudió a Controles Prenatales en su último embarazo, porque no lo hizo?
1.- Por falta de dinero 5.- Vivía muy lejos del centro de salud
2.- Falta de transporte 6.- No tenía quien le ayude en la casa
3.- Era madre soltera 7.- No le interesaba controlarse
4.- No sabía 8.- Otra causa (Especifique)_____
PREGUNTAS GENERALES PARA TODAS LAS MUJERES
4.- NIVEL SOCIO- ECONOMICO
4.1Necesidades Insatisfechas.
NBI(CATEGORIA) DIMENSIONES INDICADOR Unidad de medida
1.Acceso a la vivienda a. Calidad de la Vivienda (034)-Material de construcción predominante en paredes :
1. Bahareque
2. Adobe
3. Madera
4 .Bloque/ladrillo
5. Desechos.
6. Otro_____
(035) Material de Construcción predomínate en Piso
1. Tierra
2. Plancha de cemento
3. Mosaico
4. Cerámica
(036) Material de Construcción predomínate en Techo
1. Paja
2. Teja
4. Zinc
5. Aluzinc
6. Terraza
7. Otro_____
b. Hacinamiento
si ( ) no ( )
No cuartos/No de personas
Mayor o igual a 0.3 (normal) (037) No de cuartos de la casa, a excepción de la cocina
R/_____

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

(038) No de personas que viven en la vivienda.
R/_____
2. Acceso a servicios Sanitarios
a. Disponibilidad de agua potable
(039)Forma de Obtener el agua en la vivienda
1.- agua de la llave dentro de casa___
2.- agua de llave fuera de casa____
3.- pozo____
4.-quebrada____
b. Tipo de sistema de eliminación de excretas (040) Forma de Eliminación de excretas:
1. Servicio Sanitario
( )
2. Letrina
( )
3. Al aire libre
( )
3. Acceso a educación Asistencia de los niños en edad escolar a un establecimiento educativo
(041) Edad de los niños que viven en la casa.
R/_____
_____
(042) Número de niños en edad escolar(7 a 12 años) que no asisten a la escuela
R/_____
4. Capacidad económica
Probabilidad de insuficiencia de ingreso del hogar
(043)
-Número de personas de la casa que trabajan
R/_____
(044)
No de personas dependientes
R/_____
(045)Escolaridad del jefe del hogar
R/_____
(046)Trabaja Actualmente el jefe del hogar
R/ 1 Si ( ) 2 No ( )
(047) Cuanto Gana a la Semana
R/_____
Alta carga económica
1) Si( ) 2) no ( )
5. Total de NBI No_____
(048) 4.2 Nivel Educativo de la mujer.
Años de Escolaridad_____
4.3 INFORMACION SOBRE EMPLEO DE LA MUJER
(049) 4.3a) Trabaja Actualmente la mujer 1. S i ( ) 2. No ( )
(050) 4.3b) Horas de trabajo a la semana
1.- 10-20

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

2.- 20-30
3.- 30-40
4.-Mas de 40
(051)4.3c) Cuanto gana a la semana_____
4.4.- ACCESIBILIDAD ECONOMICA
(052) 4.4a) Cuanto gasto la última vez que se enfermó para asistir al servicio de salud y recibir tratamiento a su problema?
1.- 1.00- 49.00 L.
2.- 50- 100.00 L.
3.- 101.00- 200.00 L.
4.- 201- 300.00 L.
5.- 301- 500.00 L.
6.- mas de 500.00
7. nada

(053) 4.4b)- Que cubrió con este gasto? (En esta pregunta puede seleccionar varias opciones)
1.- Pago por cuidado temporal de hijos
2.- Pago de transporte
3.- Gastos de hospedaje
4.- Compra de medicamentos:
5.- Pago de consulta médica:
6.- Otros, especifique:_____
(054) 4.4c)- Resolvió su problema de salud?
1 .Si
2. No
(055) 4.4d) Porque no resolvió su problema de Salud? _____-_____
_____
(056) 4.4e) Que tipo de consulta era?
1. Control prenatal ? Si ( ) No ( )
2. Consulta General Si ( ) No ( )
(PARA LAS PREGUNTAS 057 Y 058 SUME LOS SALARIOS DE TODOS LOS QUE SOSTIENEN EL HOGAR Y SELECCIONE UNA DE LAS DOS)
(057) 4.4f)- Cual es el ingreso de la familia por día? _____

(058) 4.4g)- Cual es el ingreso de la familia por semana? _____

(059) 4.4h) - De este ingreso, planifica alguna cuota para sus gasto en salud?
1) Si _____ Cuanto_____

2) No_____
(060) 4.4i) Porque no planifica su cuota para gasto en salud?
1. No me ajusta el dinero

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

2. No lo acostumbro
5. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
(061) 5.1 Cuantas veces asistió al centro de salud el año pasado?_____

(062) 5.2.- Cuando se enferma usted o alguien de su familia, a donde acude para solicitar ayuda?
1.- CESAR
2.- CESAMO
3.- CLINICA MI/E
4.- Hospital
5.- Otros, especifique_____

(063) 5.3.- Quien lo atendió la ultima vez que enfermo usted o alguien de su familia?
1.- Medico
2.- Enfermera
3.- Personal comunitario
4.- Curandero
5.- Otros, especifique,
(064)5.4.- Si no busco ayuda, porque?
1.- No le dio importancia
2.- Se auto medico?
3.- Servicio de salud muy distante?
4.- Falta de dinero?
5.- Otros
5.5-Condiciones de Acceso Geográfico
(065) 5.5a) Para ir desde su casa al centro de salud se va en:
1. Carro 2.- Caminando
3.- Bus 4.-Bestia 5.- Otro (especifique)_____
(066) 5.5b) Cuanto tiempo se tarda en llegar caminando desde su casa al centro de salud?
1. 0-30 minutos
2. 30 minutos-60 minutos
3. Mas de 60 minutos
(067) 5.5c) Cuanto tiempo se tarda en llegar en carro desde su casa al centro de salud?
1. 0-30 minutos
2. 30- 60 minutos
3. Mas de 60 minutos
(068) 5.6.- Las carreteras se hallan en buen estado en su comunidad
1. Si ( ) 2. No ( )

(069) 5.7- Hay servicio de transporte público en su comunidad
1. Si ( ) 2. No ( )
6.- EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION
Eficacia

Derechos reservados

(0670) 6.1 Cuanto tiempo espero para que se le atendiera la última vez que busco atención médica en un centro de salud
1.- 15-30 minutos
2.- 30-45 minutos
3.- 45-60 minutos
4.- más de 60 minutos
Competencia Profesional
(071) 6.2 El médico o la enfermera le dijo que enfermedad tenia? 1. SI ( ) 2. NO ( )
(072) 6.3El médico o la enfermera la examino? 1. Si ( ) 2. No ( )
(073) 6.4 Fue el médico o la enfermera lo suficientemente claros con Ud. para que le entendiera cómo tomar los medicamentos que le indicaron?
1. SI ( ) 2. NO ( )

(074) 6.5 Si necesitara una nueva atención, regresaría donde el médico que le atendió o se lo recomendaría a algún amigo o familiar ?
1. SI ( ) 2.NO ( )
(075) 6.6 Al terminar la consulta, salió motivado del consultorio para realizarse los exámenes que le indicaron y para seguir las indicaciones que le dieron ?
1. SI ( ) 2. NO ( )
Seguridad
(076)6.7 Tuvo privacidad durante la consulta 1. SI ( ) 2. NO ( )
Continuidad
(077) 6.8 Se le dijo si tenía que regresar para control de su problema 1. SI ( ) 2. NO ( )
Relación Interpersonal
(078) 6.9 Como considera el trato que le dio el médico o la enfermera
1. Bueno ( ) 2. Malo ( ) 3. Regular ( )
Eficiencia:
(079) 6.10 Pudo obtener las medicinas que le recetaron 1. SI ( ) 2. NO ( )
Comodidad
(080) 6.11 Encontró adecuado el ambiente físico en donde fue atendido/a?
1. Si ( ) 2. NO ( )

Imagen
(081) 6.12 Estaban Limpios los servicios Sanitarios durante su estadía en la unidad de salud
1. SI ( ) 2. NO ( )
(082) 6.13Le gusta el ambiente físico de la sala de espera 1. SI ( ) 2. NO ( )
(083) 6.14 En general como considera la atención del centro de salud?
1. Bueno ( ) 2. Malo ( ) 3. Regular ( )
7. CAPITAL SOCIAL

Derechos reservados

UDI-DECT-UNAH

GRUPOS

(084) 7.1.- Ha participado usted en cualquiera de estos grupos?
1. Política
2. Genero
3. Religión
4. Salud
5. Cooperativa
6. Asociación de comerciante
7. Sociedad de padres de familia
(085) 7.2.- En comparación con hace cinco años atrás, ¿los miembros de su hogar participan
en más o en menos grupos u organizaciones?
1 Más
2 La misma cantidad
3 Menos

(086) 7.3 De todos los grupos a los que usted pertenece, nombre el más importante para su hogar
1. Partidos políticos
2. Genero
3. Religión
4. Salud
5. Club de amas de casa
6. Patronatos
7. Cooperativa
8. Asociación de comerciantes
9. Sociedad de Padres de Familia
(087) 7.4 Que tipo de beneficios ha obtenido al formar parte de este grupo?
1. En salud
2. educativo
3. Económico
4. Religioso
5. Crecimiento personal
6. Ninguno
(088) 7.5.- ¿Algunos miembros del grupo son más ricos o más pobres que otros o la mayoría tiene niveles de ingreso similares?
1.- Mayoría con niveles de ingreso similares
2.- hay mas personas ricas dentro del grupo
3.- hay mas personas pobres dentro del grupo

(089) 7.6.- En los últimos cinco años ¿la cantidad de miembros del grupo ha disminuido,
se ha mantenido o ha aumentado?

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

1.- Ha disminuido
2.- Se ha mantenido
3.- Ha aumentado
4.- No sabe /no está seguro

(090) 7.7.- En el último año, ¿usted participó en alguna actividad de la comunidad, en la que las personas se reunieron para trabajar por el beneficio de la comunidad ?
1. Sí
2. No
(091) 7.8 ¿Cuántas veces en el último año 1.__ 2___ 3____ 4 ___ 5 ____ mas de 5____

REDES:
(092) 7.9ACuanto tiempo tiene de vivir en esta comunidad
1.- 1-3 meses
2.- 4- 6 meses
3.- 6- 12 meses
4.- Mas de 12 meses. Especifique_____

093) 7.9.1- Cuantas personas cercanas tiene con las que se siente cómoda, puede conversar sobre tema privados y llamar para pedir ayuda?
1. Familiares____
(094) 7.9.2- Cuantas personas cercanas tiene con las que se siente cómoda, puede conversar sobre tema privados y llamar para pedir ayuda?
1. Amigos _____
(095)7.9.3- Cuantas personas cercanas tiene con las que se siente cómoda, puede conversar sobre tema privados y llamar para pedir ayuda?
1. Amigas_____
(096)7.9.4 - Cuantas personas cercanas tiene con las que se siente cómoda, puede conversar sobre tema privados y llamar para pedir ayuda?
1. Compañeras de trabajo___
(097)7.9.5 Cuantas personas cercanas tiene con las que se siente cómoda, puede conversar sobre tema privados y llamar para pedir ayuda?
1. Compañeros de trabajo__
(098)7.9.6 Cuantas personas cercanas tiene con las que se siente cómoda, puede conversar sobre tema privados y llamar para pedir ayuda?
1. Vecinos___
(099)7.9.7 Cuantas personas cercanas tiene con las que se siente cómoda, puede conversar sobre tema privados y llamar para pedir ayuda?
1. Vecinas___
(100) 7.10 Si repentinamente usted necesitara una pequeña cantidad de dinero (suficiente para pagar los gastos de una semana en su hogar)¿ cuántas personas ajenas a su hogar podrían ayudarlo?
1 Nadie
2 Una o dos personas

Derechos reservados

3 Tres o cuatro personas
4 Cinco o más personas
(101) 7.11 ¿La mayor parte de estas personas son de nivel económico similar/ superior/ inferior?
1 Similar
2 Superior
3 Inferior
(102) 7.12 Si repentinamente tuviera que irse por uno o dos días, ¿podría contar con sus vecinos para que cuiden de sus hijos?
1 Sí
2 No
3 No responde
4 no tiene hijos
(103) 7.13El año pasado, ¿cuántas personas con algún problema personal se dirigieron a usted para pedirle ayuda?
1- 1-3
2.- 3-5
3.- Mas de 5
4.- Ninguna
(104) 7.14 Si usted tiene una necesidad de transporte por enfermedad hay personas que pueden ayudarle

1. sí
2. no
3. Probablemente si
4. Probablemente no
5.- no esta segura
(105) 7.15 ¿Si hubiera un problema con el suministro de agua en esta comunidad, Considera usted que las personas cooperarían para tratar de resolverlo?
1. sí ___
2. no ___
3. Probablemente si ___
4. Probablemente no ___
5.- no esta segura ___
-CONFIANZA
(106) 7.16.- Hablando en forma general, ¿diría usted que puede confiar en las personas?
1 Se puede confiar en la mayoría
2 No se puede confiar en nadie
(107) 7. 17.- ¿Cómo se llevan las personas en su vecindario / aldea.
1 Se llevan muy mal
2 No se llevan muy bien
3 Es una situación mezclada
4 Se llevan bien
5 Se llevan muy bien

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

7.18. Señale la afirmación con la que esta de acuerdo
(108) A. La mayoría de las personas en este vecindario está dispuesta a ayudar cuando es necesario. 1- Siempre 2.- a veces 3- nunca

(109) B. En este vecindario / aldea, se debe estar
Alerta porque las personas hacen una actividad para sacar un provecho económico?.
1. Siempre ( ) 2. a veces ( ) 3. Nunca ( )
(110)7.19.1.- Cuánto confía en las personas? (Coloque el número de la columna de la derecha)
. Dueños de negocios _____ 1.- Mucho
2 Poco
3 Nada

(111)7.19.2 Cuánto confía en las personas? (Coloque el número de la columna de la derecha)

Funcionarios Gobierno local _____ 1.- Mucho
2 Poco
3 Nada
(112)7.19.3 Cuánto confía en las personas? (Coloque el número de la columna de la derecha)
Funcionarios Gobierno Central _____ 1.- Mucho
2 Poco
3 Nada

(113)7.19.4 Cuánto confía en las personas? (Coloque el número de la columna de la derecha)
Policia _____ 1.- Mucho
2 Poco
3 Nada

(114) 7.19.5Cuánto confía en las personas? (Coloque el número de la columna de la derecha)
Profesores _____ 1.- Mucho
2 Poco
3 Nada

(115) 7.19.6Cuánto confía en las personas? (Coloque el número de la columna de la derecha)
Enfermeras y Médicos _____ 1.- Mucho
2 Poco
3 Nada
(116) 7.19.7Cuánto confía en las personas? (Coloque el numero de la columna de la derecha)

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

Extraños_____ 1.- Mucho
2 Poco
3 Nada

(117) 7.20.- ¿Cree usted que en los últimos cinco años , el nivel de confianza en este
vecindario / aldea ha mejorado, empeorado o se ha mantenido?
1 Mejorado
2 Empeorado
3 Se ha mantenido

(118) 7.21.- Si un proyecto de la comunidad no lo beneficia directamente, pero tiene
Beneficios para muchas otras personas del vecindario ¿contribuiría con
tiempo o con dinero al proyecto?
1. Tiempo 2. Dinero
3. No contribuiría con tiempo 4.- No contribuiría con dinero

COOPERACION Y ACCION COLECTIVA

(119)7.22.- ¿Qué proporción de personas contribuyen en las actividades del vecindario
1 Todos
2 Más de la mitad
3 Alrededor de la mitad
4 Menos de la mitad
5 Nadie

(120) 7.23.- ¿Qué proporción de personas en este vecindario contribuye con tiempo o
con dinero, para alguien que lo necesite, o para una obra de la comunidad?
1 Todos
2 Más de la mitad
3 Alrededor de la mitad
4 Menos de la mitad
5 Nadie

(121) 7.24.- ¿Si hubiera un problema con el suministro de agua en esta comunidad, ¿qué
Probabilidades hay de que las personas cooperen para tratar de resolver el problema?
1 Muchas
2 Algunas
3 Ni muchas ni pocas
4 Pocas
5 Muy pocas

(122) 7.25.- Supongamos que algo muy triste le sucede a alguien del vecindario como una enfermedad grave . ¿Qué Probabilidades hay de que algunas personas en la comunidad se organicen para
ayudarlo ?
1. Muchas
2. Algunas
3. Pocas

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

4. Muy Pocas
(123)
HORA_____

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

ANEXO No 2

FÓRMULAS PARA MUESTRA:

Calculo de la Muestra
Fuente: (Sampieri & Lucio., 2003)

Considerando que la variable exclusión en salud corresponde a un fenómeno social, para el cálculo del tamaño de la muestra se plantea una selección de la muestra intencionada por conglomerados, donde los estratos corresponden a la población meta. Para el cálculo de los tamaños de muestra respectivos se utilizo la siguiente formula.

$$n = \frac{n'}{1+n'/N} \quad \text{Donde} \quad n' = \frac{s2}{°¨2}$$

•°¨2 es la varianza de la población respecto a determinadas variables.
•S2 es la varianza de la muestra, la cual podrá determinarse en términos de probabilidad como s2 = p (1-p), donde p = proporción de la población que no accede a los servicios de salud.
•Se es el error estándar dado por la diferencia entre (u-x) la media poblacional y la media muestral que para este estudio se estima. En 0.02
•(se)2 es el error estándar al cuadrado, que sirve para determinar o-2, por lo que o-2=(se)2 es la varianza poblacional.

Los Cálculos estadísticos se presentan en la tabla.

Calculo del tamaño de la muestra

Símbolo	N	Parámetro
Valor	Número de mujeres	4320
Se	Error estándar del 3%	0.03
Z2	o2 = (se)2 = (0.03)2	0.0009
S2	0.5*(1-0.5)	0.25
P	0.5	0.5
1-P	(1-.05)	0.5
n’		
S2/o-2		278

Derechos reservados

UDI-DECT-UNAH

N n´/ (1+ (n´/N)) 259

Fh Fracción constante para cálculo de tamaño
Para cada conglomerado n/N 0.06

Calculo de tamaño de muestra por estrato

Comunidad	número de mujeres.	Factor constante	Muestra
Ocotepeque	2450	0.06	147
Concepción	265	0.06	16
Sinuapa	1035	0.06	62
Santa Fe	570	0.06	34
Total	4320	Tamaño de la muestra	259

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

ANEXO 3

Datos Demográficos/Municipio

Mancomunidad del Valle de Sesecapa

Periodo 2007-2011

Municipio	Población Total	No de Embarazadas/año	Menores de 1 año	Mujeres en Edad Fértil/año
Ocotepeque	21,368 hab.	490	417	5,278
Concepción	2,303	53	45	569
Sinuapa	6,290	207	176	1,554
Santa fe	4,829	114	98	1,192
Total	34,790	864	736	8,593

Fuente: Datos obtenidos de la Región Departamental de Ocotepeque.

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

ANEXO No 4
INDICADORES DE ACCESO EN LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DE SESECAPA

INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO EN MUJERES DEL VALLE DE SESECAPA	CONCLUSION	PROBLEMAS DE ACCESO	
% de Control Prenatal General en los municipios del Valle de Sesecapa	Al menos cinco Controles Prenatales en todo el Embarazo.	94%	94% de las mujeres realizan su CPN en los municipios del Valle de Sesecapa.	6% de las mujeres del Valle de Sesecapa no tienen acceso a CPN	
% de CPN en Municipio de Ocotepeque		90.9%	90.9 %de las mujeres realizan su CPN en el municipio de Ocotepeque.	9.10% de las mujeres del municipio de Ocotepeque no tienen acceso a CPN	
% de CPN en Municipio de Sinuapa		88.9%	88.9% de las mujeres realizan su CPN en el municipio de Ocotepeque	11.11% de las mujeres del municipio de Sinuapa no tienen acceso a CPN	
% de CPN en Municipio de Concepción		100%	Sin problemas de Acceso		
% de CPN en Municipio de Santa Fe		100%	Sin Problemas de Acceso		
Lugar de Control Prenatal general		90%	90% de las mujeres se controlaron en US estatales	10% de las mujeres del Valle de Sesecapa no se controlaron el embarazo en ningún lugar.	
Lugar de CPN municipio Ocotepeque		81.8%	El 81.8% de las mujeres asistieron al US del estado, el 9.1% no asistieron a CPN y 9.1 % asistieron a Clínica Privada. El 18% de mujeres no pudo ser captada.	18% de mujeres no se controlaron en ningún lugar	
Lugar de CPN municipio Sinuapa		88.9%	89.9% de las mujeres fueron a CPN a US estatales	11.1% de las mujeres no asistieron a ningún lugar a su CPN	
Lugar de CPN municipio Santa Fe		100%	Todas las mujeres asistieron CPN		

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

			a la US estatal.		
Lugar de CPN municipio Concepción		100%	Todas las mujeres asistieron CPN a la US estatal.		
País de atención de CPN		94%	94% de las mujeres hicieron su CPN en Honduras, en tanto	El 6% de las mujeres se controlaron en Guatemala	
Lugar de Atención del Parto		84%	Hospital del estado y la CMI suman 84%.	16% de partos no fue atendido en forma institucional que está distribuido en la casa (12%) y el hospital privado (4%)	
Profesional de salud que atendió el Parto		88% Medico 8% Partera 4% Sola		El 12% de partos fueron atendidos por partera y auto atención	
Lugar de Preferencia para buscar ayuda medica		88%CESAMO 12% CESAR			
% de Consultas Médicas Realizadas por Año		31% 9 o mas consultas 27%5 a 6 consultas 13%7-8 consultas	71% de las mujeres hace 5-9 visitas por año		
Medio mas frecuentemente utilizado para ir a la US mas cercana		71% caminando 16% Bus 13% Carro propio	71% de las personas van caminando al centro de salud		
Tiempo que requiere para llegar a la US mas cercana	1 km se recorre caminando en 10-15minutos o´ 2.5km en 30 minutos	25% mas de 60 minutos 11% 30 a 60 minutos 64% se tardan de 0-30 minutos		25% de las mujeres caminan mas de 4.5 Km (1 hora)para llegar al centro de salud, tomando en cuenta que 1 km se recorre en 10-15 minutos. El 64% de la gente camina hasta 2 Km	
Existencia de NBI		Hogares con alguna NBI 52.0%. Hogares sin NBI 47.9%		Mas de la mitad de los hogares tienen al menos 1 NBI	
No de NBI		Hogares con 1 NBI 42% Hogares con 2 NBI 29.6%		Hogares con 1 NBI 42%. Hogares con 2 NBI 29.6%.	

Derechos reservados

		Hogares con 3 NBI 28.1%		**Hogares con 3 NBI 28.1%.**	
NBI mas frecuentes		**Piso 27% Hacinamiento 23% Inasistencia a la escuela de niños de 7-12 años 19%**		**Piso 27% Hacinamiento 23% Inasistencia a la escuela de niños de 7-12 años 19%**	
Ingreso Perca pita Mensual de Hogares en quintiles.	**Valor de Canasta básica de alimentos**	**1 quintil 381 2 quintil 692.46 3 quintil 973.60 4 quintil 1331.63 5 quintil 2876.21**		**El valor del quinto quintil es menor que la canasta básica mensual de alimentos**	
Gasto de Bolsillo en Salud		**55.6% L. 1.-49 15.8% L.50-100 8.5% L.101-200 10% mas de 500**		**87.6% de mujeres pagaron entre 1.00 y 500.00 para resolver su problema de salud por consulta medica**	

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

ANEXO No 5
ÍNDICE DE INCIDENCIA DE CAPITAL SOCIAL

CAPITAL SOCIAL (REDES)					Puntaje
Participación en Grupos		Religión 27% Padres de Familia 6.2% Política 5% No participan 58.7%		Baja participación en grupos de la comunidad	0
Participación En Actividades Comunitarias		74.9% no participan 26% si participan	26% si participan	Baja Participación en actividades comunitarias	0
Confianza					
Confianza en Familiares		69%	69.6% de las mujeres confían en 1 o mas familiares	30.4% no confían en nadie.	10
Confianza en las personas		28%	28% de las mujeres dicen que si se puede confiar en la mayoria	40% de las mujeres no confían nadie	0
Confianza en Actores claves de la Comunidad		Médicos 89.60% Profesores 59.50% Policía 17.40% Dueños de Negocio 9.65%. Func. Gob. Local 8.60%. Func. Gob. Central 6.60%.			10
Relaciones con los Vecinos					
Relación entre vecinos		60%	57% de los vecinos se llevan bien Y 3% se lleva muy bien. El 60% de los vecinos se llevan bien.		10
Cooperación y acción colectiva					
Ayuda en caso de necesitar transporte		76.4%	76.4% de las personas dicen		10

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

enfermedad.			**tener alguien que les ayude en caso de necesitar transporte enfermedad.**		
Ayuda con el cuido de los hijos		**55.6%**	**55.6% de mujeres dicen tener alguien que le ayude con el cuido de los hijos**		**10**
Ayuda en caso de necesidad económica		**53%**	**El 53.3% de las mujeres dijeron tener de 1-2 personas que le ayudarían en caso de necesidad económica**		**10**
Forma de Colaboración		**75.3%**	**Las mujeres de los municipios estudiados prefieren colaborar con el factor tiempo en un 75.3%**		**10**
				Puntaje	**70%**

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

ANEXO 6
MATRIZ DE VARIABLES ESTUDIADAS EN LA INVESTIGACION

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores
Exclusión Social en salud	Desde una perspectiva de derecho, la exclusión en salud se define como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada.	1. Falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud: **cuando no existe la infraestructura mínima que permite proveer servicios de salud o las personas no pueden acceder a ella debido a *barreras geográficas, económicas, culturales o de otro tipo***	1a-Acceso geográfico	
			1b.- -Disponibilidad de agua	-Tiene al menos un abastecimiento de agua dentro de la propiedad. – -Tiene al menos una fuente de abastecimiento de agua a menos de 100 mts de su propiedad - Al menos una a mas de 100 metros
		.	1c.- -Eliminación de excretas	-Aire libre -Tiene letrina -Tiene servicio sanitario.
			1d.- Vivienda	investigara el sistema de eliminación de excretasLa ausencia del agua dentro del predio de la vivencia, supone acarreo de otras fuentes (ríos, arroyos, quebradas, vendedores ambulantes), lo que puede implicar transporte desde el exterior al seno del hogar de agentes patógenos o sustancias peligrosas (pesticidas, etc)
Acceso	**Se define como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud.**	2. Falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar: cuando las personas no pueden acceder a un esquema de	Gasto de Bolsillo en salud	Es el gasto generado por parte

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

	Es la condición del ser humano relacionada con su grado de necesidades humanas básicas, incluyendo alimentos, acceso a vivienda, agua potable, infraestructura sanitaria, atención de salud, acceso a la educación, a la información y capacidad económica.	seguros de salud.	-Hacinamiento -Educación -Capacidad económica 1-2 NBI = en condición de pobreza. 3 o mas NBI= en condición de extrema pobreza	de la persona para la atención de la salud personal

UNI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Condición Socioeconómica		Disponibilidad de agua	Se evaluaran cada una de las dimensiones de la variable que concuerdan con las necesidades básicas insatisfechas -Disponibilidad de agua -Eliminación de excretas -Vivienda -Hacinamiento -Educación -Capacidad económica 1-2 NBI = en condición de pobreza. 3 o mas NBI= en condición de extrema pobreza Se investigara la Fuente de abastecimiento de agua de la vivienda a través de la encuesta que mide Necesidades Básicas Insatisfechas. La ausencia del agua dentro del predio de la vivienda, supone acarreo de otras fuentes (rios, arroyos, quebradas, vendedores ambulantes), lo que puede implicar transporte desde el	Porcentaje de población en condición de pobreza según la falta de necesidades básicas -Tiene al menos una fuente de abastecimiento de agua dentro de la propiedad

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

		Sistema de eliminación de excretas	exterior al seno del hogar de agentes patógenos o sustancias peligrosas (pesticidas, etc.)	
			Se investigara el sistema de eliminación de excretas de cada hogar como letrina, servicio sanitario, fosa séptica a través de encuesta de Necesidades Básicas insatisfechas.	-Aire libre -Tiene letrina -Tiene servicio sanitario
		Vivienda	La ausencia del agua dentro del previo de la vivencia, supone acarreo de otras fuentes (rios, arroyos, quebradas, vendedores ambulantes), lo que puede implicar transporte desde el exterior al seno del hogar de agentes patógenos o sustancias peligrosas (pesticidas, etc.), la falta de disposición de excretas, la falta de aislamiento de las mismas supone acumulación de riesgos en el entorno inmediato de los hogares.	
			Se investiga la calidad de la vivienda referente a que tipo de materiales se usaron para construir la casa. Esto se hace a	-Paredes de bahareque, tabla de orilla o improvisada -Paredes de ladrillo -Paredes de adobe -Piso de tierra

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

			través de la encuesta de Necesidades Insatisfechas Se considera pertinente para inferir la calidad de vida por suponer a las paredes como principal medio aislante de la intemperie y ejercen una influencia considerable sobre los procesos reproductivos y sobre la frecuencia recurrente de episodios de determinadas dolencias.	-Piso de ladrillo -Techo de teja -Improvisada -Lamina de zinc
		Hacinamiento	Numero de personas que habitan la vivienda relacionada con el número de cuartos de la casa apartando baños y cocina. Se considera que una familia vive en hacinamiento cuando viven mas de tres personas por dormitorio. Se investiga por método de NBI. Es un indicador de carencia de espacio vital, denota la vulnerabilidad del grupo familiar ante un determinado trastorno de salud de uno de sus miembros, las dolencias infecciosas vías más rápidas de	-Mas de tres personas por dormitorio

Derechos reservados

UDI-DEGT-UNAH

			disfusión en estos hogares.	
		Acceso a Educación	Se investigara la asistencia a la escuela de los niños de 7-12 años que viven en la casa Por método de NBI. Los padres de estos niños siempre carecen de medios para mantenerlos en la escuela o son hogares desintegrados Los niños que no asisten a la escuela son potenciales trabajadores para llevar el sustento a su casa, siendo contratados con muy bajos salarios y en el futuro jefes de hogares muy pobres	Al menos un niño de 7-12 años que no asiste a la escuela y vive en la casa
		Capacidad económica	Se investigara los años de escolaridad del jefe del hogar y el número de dependientes.	-Menos de 4 años de escolaridad -Mas de 3 dependientes por ocupado

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Acceso Geográfico	Es la capacidad que posee la mujer para acceder a una Unidad de Salud desde su casa en un tiempo determinado en busca de atención medica. O la población que puede recabar servicios locales de salud con un tiempo máximo de 1 hora de marcha a pie o desplazamiento en medios de transporte		Se investiga el tiempo que invierte la mujer para llegar a su centro de salud desde su casa y los medios que utiliza ya que puede usar vehiculo o puede llegar caminado Se investiga la escolaridad que posee la mujer.	Tarda 1 hora o mas para llegar em carro -Tarda 1 hora o mas caminando
Nivel Educativo	Son los grados aprobados en educación primaria secundaria y superior			Menor de 4 grado de primaria

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

Nivel de Empleo	Es el tipo de actividad laboral desarrolla la mujer	Formal Informal desemplada	Se indagara a cerca de que tipo de actividad laboral desarrolla la mujer y el valor económico de su remuneración Empleo donde se le reconocen derechos laborales según las leyes Empleo donde no hay reconocimiento de derechos laborales	
CAPITAL SOCIAL Redes Sociales	**es " un sistema abierto que a través del intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potenciación de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, de un grupo o de**		Se investigaran la dinámica de las redes mediante la evaluación de la confianza, la reciprocidad, la solidaridad, colaboración , cooperación de las comunidades a través de la encuesta de	Al menos un persona que la considere su amigo o amiga, de la cual recibe apoyo moral o material

Derechos reservados

UNAH-DEGT-UNAH

	una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de ellos desarrolla. Los diversos aprendizajes que una persona realiza se potencian cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común. Implica un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectivo." E. DABAS	Confianza: Es el deseo y la disposición para iniciar y mantener una relación de ayuda mutua entre dos personas. La confianza implica la familiaridad, la cercanía física y el conocimiento de las necesidades y recursos de los otros.	hogares Se evalúa a través del las expresiones de confianza de las personas con respecto a autoridades, vecinos y familiares	
		Reciprocidad: Correspondencia mutua de una persona o cosa con otra o la relación de intercambio de bienes materiales o afectivos de entre dos personas	Se evalúa mediante las acciones de intercambio que traen un beneficio personal o comunal y que se dan o se reciben entre dos personas, o entre las personas de una comunidad	Al menos una actividad de intercambio mutuo entre personas o grupos de la comunidad

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados

		Cooperación y acción colectiva: Se define como un sentimiento de cooperación en beneficio de la causa de personas o grupos afectados	Se evalúa mediante las acciones de cooperación de una persona en beneficio de un individuo o de la colectividad	Al menos una actividad de cooperación en beneficio de otros

UDI-DEGT-UNAH

Derechos reservados