

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
NICARAGUA

Tesis de Grado para optar a la Maestría
de Administración en Salud Pública

Mariano Zelaya
Julio Piura



PRINCIPALES NUDOS CRITICOS EN RELACION A PROBLEMAS DE SALUD
PRIORIZADOS EN EL AREA 8.2, REGION III, PRIMER SEM. 1988.

AUTORES:

Lic. Vera J. Bornstein
Dra. Alba Luz Solórzano

TUTOR: DR. JULIO PIURA

1989: AÑO DEL DECIMO ANIVERSARIO

CONTENIDO

<u>No.</u>		<u>Página No.</u>
1.	INTRODUCCION	1
2.	OBJETIVOS	4
3.	MARCO TEORICO.....	5
4.	METODICA	9
5.	TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	11
6.	RESULTADOS	14
7.	DISCUSION	47
	CONCLUSIONES	70
	RECOMENDACIONES	71
	BIBLIOGRAFIA	72

ANEXOS

A G R A D E C I M I E N T O

Al Doctor Julio Piura, profesor de Investigación en la Maestría de Salud Pública del C.I.E.S. (MINSA) por su interés y dedicación y al Doctor Freddy Solís, Director del Area de Salud 8.2 y su Equipo de Area que nos proporcionaron aportes valiosos que sirvieron de base a este trabajo.

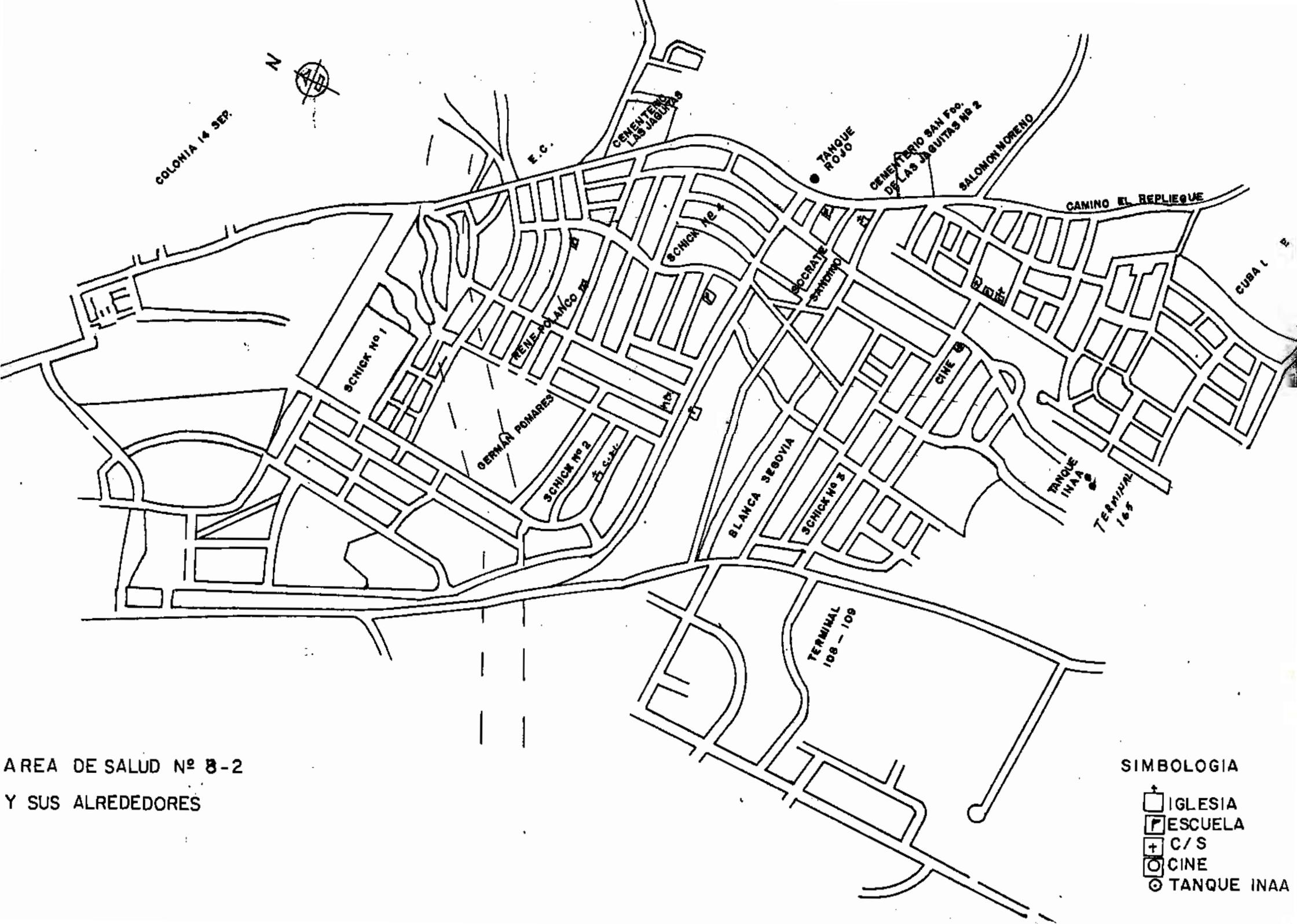
PRESENTACION

El presente trabajo se orienta a la identificación de los principales Nudos Críticos a partir de los problemas de Salud priorizados en el Area 8.2 de la Región III, en el Primer Semestre de 1988, lo cual se ha realizado en dos momentos del estudio.

En un primer momento se hace una descripción general de las principales características físico-geográficas, higiénico-sanitarias y Económico-Sociales del Area, así como las principales características de la Morbi-Mortalidad y de la Producción y forma Organizativa de los Servicios, lo cual constituye una base amplia de información para el personal de Salud, orientándose en un Segundo Momento hacia la priorización de problemas, explicación de los mismos e identificación de Nudos Críticos, utilizándose para ello, los instrumentos metodológicos de la planificación situacional en su momento explicativo que oriente la definición de estrategias de intervención en el Area, como consecuencia posterior al presente estudio.

Por lo que constituye un valioso aporte al trabajo del equipo de Dirección del Area como documento base de referencia para una mayor sistematización en el conocimiento de la realidad sanitaria de dicha Area.

DR. JULIO PIURA L.
PROFESOR DE METODOLOGIA DE LA
INVESTIGACION PARA LAS MAESTRIAS
DE SALUD PUBLICA CIES-MINSA.



COLONIA 14 SEP



E.C.

CENICIENTO LAS JAGUITAS

TANQUE ROJO

CENICIENTO SAN Poo DE LAS JAGUITAS Nº 2

SALOMON MORENO

CAMINO EL REPLIEQUE

CUBA L. P.

SCHICK Nº 1

RENE BLANCO

SCHICK Nº 2

GERMAN POMARES

SCHICK Nº 2

BLANCA SEBOVIA

SCHICK Nº 3

TERMINAL 108 - 108

SOCRATE

SINDIMO

CINE

TANQUE INAA

TERMINAL 108

AREA DE SALUD Nº 8-2
Y SUS ALREDEDORES

SIMBOLOGIA

- ☐ IGLESIA
- ▭ ESCUELA
- ⊕ C/S
- ⊙ CINE
- ⊙ TANQUE INAA

INTRODUCCION

Las condiciones de sub-desarrollo y atraso heredadas del Somocismo, como producto de la explotación a que el Imperialismo Norteamericano sometió al pueblo de Nicaragua y la posterior implementación de una política de agresión tanto en el terreno político, militar y económico, hace que actualmente el país atraviese por una etapa caracterizada por una economía de sobrevivencia cuya tarea fundamental es la Defensa del Poder Revolucionario.

Esto hace que la máxima optimización y racionalización en los recursos y medios, en los diferentes campos del desarrollo social, constituyen un requerimiento fundamental para la presente etapa, lo cual deberá tener una expresión particular en el campo de la salud.

En el desarrollo del Sistema de Salud, podemos identificar tres etapas fundamentales:

Primera Etapa (1979-1983): De expansión y crecimiento rápido de los servicios de salud, contando con suficientes recursos materiales y financieros para tal efecto y dando lugar a la formación acelerada de recursos humanos y a la incorporación de una base material importante.

De esta forma se busca responder a la deficiencia de infraestructura y servicios heredados del somocismo y a la falta de accesibilidad de la mayoría de la población de una base material importante.

Segunda Etapa (1983-1985): Se inicia el deterioro en el desarrollo del Sistema de Salud, fruto de la agresión externa y la crisis económica. También contribuyen a esta situación las contradicciones internas del mismo desarrollo que se manifiestan entre otros en la insuficiencia crítica de los recursos humanos de salud, la débil capacidad operativa y de gestión administrativa de los recursos, la escasa capacidad de conservación y mantenimiento de la infraestructura y la tecnología, la

organización especializada sobre todo de los Servicios Hospitalarios que no se corresponden con el perfil de morbi-mortalidad del país, la falta de conocimiento y análisis de la realidad local que lleva a programaciones que no corresponden a las necesidades y disponibilidades particulares. La oferta de servicios es insuficiente en relación a la creciente demanda de la población y a sus necesidades que ha aumentado frente al crecimiento natural de la población y al deterioro de su estado de salud. Otro problema que influye en la capacidad de responder a los objetivos planteados es la calidad deficiente de la atención.

Tercera Etapa (1986-1988): Se caracteriza por la recuperación y contención del deterioro de los Indicadores de Salud y Servicios en que se ha expresado el impacto de la situación general en el Sector. En términos de financiamiento sube el porcentaje del Presupuesto Nacional destinado a Salud y vuelve aproximadamente a los índices alcanzados en 1982, lo mismo ocurre si se toma como indicador la cantidad de córdobas por habitantes, destinados a salud. "Los ajustes y medidas introducidas efectivamente han logrado contener el deterioro y en ciertos casos recuperar o superar los índices previamente registrados hasta 1983, que constituye el año de culminación del primer período de acelerada expansión de los servicios". (1)

La Etapa Actual, se caracteriza también por nuevo planteamiento administrativo, operativo, jurídico y organizacional a través de los Sistemas Territoriales de Salud "que como continuidad del proceso de construcción del Sistema Nacional Unico de Salud, constituye la forma en que se articulan los diferentes sujetos sociales y niveles de particularidad de un espacio-población determinado y de conformidad con las políticas de salud" (2)

Las estrategias de intervención tienen que partir del conocimiento de la situación de salud a los diferentes niveles organizativos y de la forma organizativa que adoptan los Servicios de Salud.

En el presente estudio se parte de la aplicación de la me-

metodología propuesta por la Dirección de Planificación del MINSA para el Momento Explicativo de la Planificación Estratégico-Situacional para profundizar el análisis de situación de salud del Area 8.2 de la Región III.

Esta Area está ubicada en el Sector Sur-Oriental de la Región III y previo a este estudio disponía de información contenida en evaluaciones, planes anuales y trienales e informes. No obstante se vio la necesidad de profundizar la información disponible a fin de priorizar los problemas de salud, conformar la Red Explicativa de éstas e identificar los Nudos Críticos de mayor relevancia y alcance.

De esta forma se pretende contribuir a la definición de estrategias de intervención en la organización de los servicios del Area, que por su vez deberá incidir positivamente en el Estado de Salud de la población local.

- (1), (2) Evaluación de la Estrategia de APS, MINSA, Nicaragua agosto de 1988.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los principales Nudos Críticos factibles de intervención, a partir de la priorización de los problemas de salud en el Area 8.2 de la Región III, en el Primer Semestre de 1988.

Objetivos Específicos

- 1) Identificar las principales características Físico-geográficas, Socio-Económicas e Higiénico-Sanitarias del Area.
- 2) Determinar las principales características de la Morbi-Mortalidad en el Area.
- 3) Determinar la Producción y Forma Organizativa alcanzada de los Servicios de Salud del Area.
- 4) Determinar la Red explicativa de los problemas de Salud priorizados para la identificación de Nudos Críticos.

MARCO TEORICO

Para sistematizar una realidad a fin de dar una apreciación alrededor de qué acciones realizar dirigidas a preservarla o modificarla, es cuando se habla de una SITUACION. Según Gramsci, el concepto de Situación, no está limitado a una apreciación del presente, sino también es una categoría para explicar el pasado y concebir el futuro. (1)

La categoría Situación comprende dos instancias: un explicado y un explicando. El concepto de Situación, es una categoría analítica capaz de expresar la complejidad dimensional de la realidad que un grupo de actores desean modificar y da cuenta de la mediación que tiene toda explicación sobre alguien o alguien a partir de un punto de vista específico. La realidad al ser analizada no es sólo lo que alguien comprende, sino también lo que "otros" creen que es. (7)

En el caso específico de salud, al querer sistematizarla en un grupo de población podríamos decir: "La situación de salud, de un determinado grupo de población es así un conjunto de problemas de salud, descritos y explicados desde la perspectiva de un actor social, es de alguien que decide una conducta determinada en función de dicha situación, de este modo para realizar un adecuado análisis de situación, es necesario la conceptualización del proceso salud-enfermedad". (3)

El proceso salud-enfermedad como proceso social es una categoría dialéctica, un proceso en permanente transformación, susceptible de ser observado y explicado desde muchas perspectivas. Definiremos esta categoría de acuerdo a la definición de los profesores Capote y Villar: "Salud-Enfermedad es una categoría biológica y social en unidad dialéctica y que expresa el grado de bienestar físico, mental y social del hombre en la colectividad en cada momento del desarrollo histórico de la sociedad". (4)

Tomando en cuenta este concepto resulta claro que para conocer la realidad de la situación de salud de una población es

necesario analizar los problemas de salud y los diferentes factores condicionantes y determinantes como son:

- a) Características biológicas individuales o del colectivo
- b) Los factores Socio-Económicos
- c) Las características físico-geográficas
- d) La situación higiénica sanitaria
- e) La organización de los servicios de salud, tanto en su contenido, forma y producto de la misma.

La interacción de estos factores nos permite caracterizar un problema de salud en tiempo, espacio, grupo de población, etc.

Cuando en un grupo determinado se han identificado los problemas o el problema de salud es necesario seleccionar sobre cuáles se quiere intervenir, para esto se definen criterios de selección que guíen su selección y priorización, ya que los recursos limitan las acciones y por lo tanto priorizar es imprescindible, para dirigir los esfuerzos de tal forma que esto resulte eficaz y eficiente y por último efectivo.

Existen criterios de orden cualitativo y cuantitativo que nos pueden llevar a valorar los problemas de salud en una situación dada, así tenemos los criterios de magnitud trascendencia, tendencia, y vulnerabilidad. Entendiendo por magnitud como la contribución cuantitativa que tiene en la Morbi-Mortalidad de la población; este criterio se complementa con la tendencia que se define como la permanencia, control o remoción del problema; la trascendencia referido al impacto en el desarrollo socio-económico de un país o población y la vulnerabilidad que es la posibilidad real existente para combatir el problema.

✓ Las características complejas de la situación de salud de una población se operacionalizan a través de descriptores biológicos y al medio ambiente (externo) que lo dividimos en: Natural y social.

A nivel de características biológicas observamos morbilidad, causa de mortalidad, factores genéticos, inmunidad, sexo, etc. La morbilidad propiamente dicha (morbilidad primaria) se llama al conjunto de las enfermedades nuevas, no registradas en ningún lugar y reveladas por primera vez en el año dado entre la población.

Se distinguen tres métodos fundamentales del estudio de la morbilidad: 1) en base a la cantidad y frecuencia de visita al médico. 2) en base a inspecciones médicas (exámenes médicos), el cual busca al enfermo, y 3) en base a los datos de causa de muerte. Las visitas al médico incluye las visitas ambulatorias y las visitas que requieren hospitalización (morbilidad hospitalaria). Los datos de morbilidad general de la población permiten realizar las medidas profilácticas orientadas a disminuir la patología registrada y también determinar la necesidad de cuadros médicos y de camas hospitalarias.

Los estudios de morbilidad incluyen: La morbilidad general, la morbilidad por enfermedades infecciosas o transmisibles, la morbilidad por enfermedades no epidémicas, la morbilidad con pérdida temporal de la capacidad laboral y la morbilidad hospitalaria.

La información contenida en los certificados de defunción de la causa de muerte, complementa la información de la morbilidad general. Esto además es un índice de la calidad de la asistencia médica a la población.

Otra característica es los datos sobre la población, además de que tienen una enorme importancia para el análisis y la planificación del desarrollo económico-social, también se necesitan para desplegar la actividad planificada y exitosa de los órganos y las instituciones de servicios de salud, para elaborar los planes de medidas de saneamiento, distribución de la Red de Servicios de Salud y preparar cuadros médicos.

El estudio estadístico de la población se lleva a cabo en dos direcciones: 1) Número de la población para un momento determinado, según las características fundamentales como son el

sexo, la edad, los grupos sociales, la profesión y la ocupación, el estado civil, la nacionalidad, la lengua, el nivel cultural, el alfabetismo, la instrucción, la disposición geográfica y la densidad de población. 2) Cambios de la cantidad de población, es decir su dinámica, la migración, la natalidad y la mortalidad.

Las características del medio externo natural comprende los factores físico-geográficos, el clima, los recursos naturales, etc.

El medio externo social depende de la formación socio-económica y del propio desarrollo económico y social incluye factores tales como trabajo, vivienda, alimentación, abastecimiento, nivel educacional, la misma demografía. Los aspectos socio-económicos de una situación de salud debe permitir identificar las condiciones de vida y de trabajo que aporten a una mayor caracterización de la realidad que permita establecer las condiciones que favorecen o no la intervención sanitaria.

✓ Otra característica es el análisis de la Red de Servicios de Salud donde se tiene que ver los diferentes niveles de atención y su articulación, sistema de referencia, la accesibilidad del servicio, los principios que lo rigen, recursos humanos y su calificación técnica, recursos materiales en número y estado actual, análisis del sistema de dirección relevando eficiencia, eficacia y efectividad. Para esto se analiza la producción de servicios en las diferentes Areas de trabajo encontrando los niveles de productividad y rendimientos, cobertura.

M E T O D I C A

1. Para identificar las principales características Físico-Geográficas, Socio-Económicas e Higiénico-Sanitarias del Area, se procedió a determinar.
 - 1.1. Datos básicos del Area de Salud
 - 1.2. Educación: No. de establecimiento, características, condiciones higiénicas
 - 1.3. Abastecimiento
 - 1.4. Tipo de Centro de Trabajo, características de trabajadores y riesgos laborales
 - 1.5. Tipo y condiciones de vivienda
 - 1.6. Vías de comunicación y transporte: Rutas, y frecuencia
 - 1.7. Aspectos demográficos
 - 1.8. Organizaciones político-sociales: Brigadistas de Salud, relación de la Dirección de Salud con Organismos de Masas, con el sector religioso, con otras instituciones
 - 1.9. Abastecimiento de agua: Fuente, calidad
 - 1.10 Residuales líquidos y excretas: Disposición de excretas, sistema de alcantarillado, drenaje pluvial
 - 1.11 Residuales sólidos: Recolección de basura
 - 1.12 Control de vectores:
 - 1.13 Fuentes de contaminación ambiental
 - 1.14 Higiene de los Alimentos.
2. Para determinar las principales características de la Morbi-Mortalidad en el Area se procedió a determinar:
 - 2.1. Morbilidad por causa
 - 2.2. Morbilidad por ETNO.
 - 2.3. Morbilidad por Diarrea
 - 2.4. Mortalidad general, por grupo étnico y sexo
 - 2.5. Mortalidad por causa.

3. Para determinar la producción y forma de organizativa alcanzada de los Servicios de Salud del Area, se procedió a determinar:
 - 3.1. Consulta de Morbilidad
 - 3.2. Atención a la Mujer
 - 3.3. Atención Integral al Niño
 - 3.4. Programa de Tuberculosis
 - 3.5. Zoonosis
 - 3.6. Infraestructura, recursos materiales y financieros
 - 3.7. Recursos Humanos
 - 3.8. Funcionamiento y Modalidades de Prestación de Servicios
 - 3.9. Interacción con otros niveles de prestación de servicios
 - 3.10. Sub-Sistema de Dirección
 - 3.11. Relación con el Nivel Regional del MINSA.

4. Para determinar la Red Explicativa de los problemas de Salud priorizados, identificando los Nudos Críticos, se procedió a:
 - 4.1. Hacer la priorización de problemas de salud
 - 4.2. Determinar los principales factores causales
 - 4.3. Identificar los principales Nudos Críticos.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

El presente trabajo se enmarca en la Reaadecuación de la Propuesta Metodológica Inicial del CIES para el Análisis de Situación de la Región III. Los pasos Metodológicos seguidos fueron:

1. Descripción y Explicación de la Situación de Salud del Area 8.2

Para esto se realizó en junio y julio de 1988, la recolección de información básica y posteriormente se revisó esta información con base en la Evaluación Semestral del Area.

Como fuente de información particular del Plan Trienal 1988-1990 para el Area, complementando con información de los registros estadísticos, entrevistas con el Director de Area y otros trabajadores de la salud, entrevistas en ACEM Regional, Zonal del MED y Casa de Apoyo al Combatiente y visitas de terreno a Centros Escolares, Cooperativas, Barrios.

El procesamiento de la información fue manual y los datos cuantitativos se encuentran en cuadros anexos.

A fin de explicar la situación de salud del Area, se destacaron los factores condicionantes y determinantes de cada descriptor que pueden incidir en el Estado de Salud de la Población.

Al destacar los principales problemas de Morbi-Mortalidad, se tomó como parámetro los problemas señalados en el Plan de Salud Nacional para el período 1988-1990, comparándolos con los problemas del Area. Para esta explicación se tomó en consideración también el punto de vista de la Dirección del Area de Salud.

2. Discusión y Síntesis:

Patiendo de los problemas terminales de salud individuales en el acápite referente a Morbi-Mortalidad se procedió

a:

- a.- Identificar, seleccionar y priorizar los problemas
- b.- Conformar la Red Explicativa de éstas
- c.- Identificar los Nudos Críticos de mayor relevancia y alcance.

Se tomaron como base los formatos utilizados por el MINSA para el Análisis de Situación en su Momento Explicativo.

- a.- Para la identificación, selección y priorización de los problemas se tomaron los 6 problemas de Morbi-mortalidad indicadas anteriormente, se explicaron sus principales manifestaciones considerando el significado porcentual en el Cuadro de Morbi-Mortalidad del Area, grupo etéreo afectado, ubicación del problema y la tendencia al incremento, a la disminución o al mantenimiento.

Se valoró cada problema según los siguientes criterios de selección:

- 1.- Por su peso en la Mortalidad General o específica de un grupo; o por su peso en la demanda de servicios; o por su potencialmente epidémico:
 0 no; 1 En grado mínimo; 2 En grado significativo; 3 En alto grado.
- 2.- Por su impacto en la situación de grupos priorizados: 0 bajo; 1 significativo; 2 alto; 3 muy alto.
- 3.- Por ser abordable con la tecnología disponible:
 0 mínimamente; 1 moderadamente; 2 significativamente; 3 plenamente.
- 4.- Por tener bajo costo su abordaje: 0 altísimo; 1 significativo; 2 moderado; 3 bajo.

Cada uno de estos criterios recibió un puntaje entre 0 y 3, siendo el puntaje más alto, el que indica mayor factibilidad de intervención.

Por último se relacionaron los problemas con priorización A o sea cuyo puntaje estuvo entre 12 y 10.

- b.- Para conformar la Red Explicativa se indicaron las causas que explican el problema del Area buscando sus interrelaciones y nexos de mutuos condicionamientos a fin de establecer el peso específico que cada factor tiene en la Red causal y su importancia con relación al comportamiento del descriptor. Posteriormente se señalaron los principales Nudos Críticos sobre los cuales se podría incidir.

Para conformar la red causal se consideraron tres dimensiones sociales básicas:

- La de los hechos que son aquellos factores identificados como producto social, son las causas más inmediatas del problema
 - La de las acumulaciones: Todos aquello que pueda identificarse como las capacidades de producción social que puedan involucrarse como generadores de los hechos
 - La de las reglas que son las características esenciales que determinan en última instancia la forma en que funcionan, producen y acumulan los diferentes sujetos sociales.
- c.- Para identificar los Nudos Críticos de mayor relevancia y alcance se hizo un análisis comparativo de los problemas de salud buscando los nudos críticos factibles de intervención desde nuestro nivel de análisis y con los recursos disponibles, priorizando aquellos que pudieran significar mayor cambio en el descriptor.

3.- Conclusiones

Las conclusiones del presente trabajo apuntan los problemas de salud priorizados en el Area, y los nudos críticos de mayor relevancia y alcance.

4.- Recomendaciones

Como recomendaciones se busca operativizar una forma de intervención sobre los nudos críticos priorizados.

RESULTADOS

1) CARACTERISTICAS FISICO-GEOGRAFICAS, SOCIO-ECONOMICAS E HIGIENICO-SANITARIAS DEL AREA DE SALUD.

1.1. Características físico-geográficas.

El Area de Salud 8.2 se encuentra ubicada en el sector Sur Oriental de la R-III Managua, limitando al Norte con Villa Flor, al Sur con Carretera a Masaya, al Este con Veracruz y al Oeste con el Barrio Ariel Darce (Zona 8.1). Su ubicación más conocida es al Sur del Complejo Eduardo Contreras, Mercado Roberto Huembes.

El área cuenta con 11 sectores, divididos en 10 barrios, 2 asentamientos y 1 barrio residencial, con una población total de 39,062 habitantes. (Cuadro No. 1).

En 1987 se agregó al Area el residencial Las Colinas con características totalmente diferentes al resto del Area, pues Las Colinas es un barrio habitado fundamentalmente por diplomáticos y sectores de altos ingresos en nuestro país, lo que generó características infraestructurales e higiénicas diferentes.

La extensión del Area es aproximadamente 7 Km², teniendo como características la pendiente que se desplaza de Este a Oeste con terrenos irregulares que se encuentran principalmente en los sectores 3, 6, 7 y 10. Todos se ven afectados durante el invierno por diferentes corrientes de agua que potencialmente pueden crear dificultades de acceso y accidentes. Las corrientes de aguas se desplazan según la pendiente provocando erosión y ensanchamiento de los cauces, ruptura de tuberías de aguas negras, pluviales y potable. Por otro lado, el establecimiento en ciertos locales facilita la proliferación de vectores.

La Comarca Las Jagüitas cuenta con un camino de penetración el que es su única vía de comunicación y que se deteriora por las lluvias de invierno.

CUADRO No. 1

POBLACION DEL AREA DE SALUD 8.2,
 POR SECTOR, BARRIO, ASENTAMIENTO Y COMARCA
 REGION III - 1988

SECTOR	BARRIO, ASENTAMIENTO, COMARCA	P O B L A C I O N	
		No.	%
1	Héroes y Mártires de Macaraly	3,017	77
2	Angel Valentino Barrios	3,349	8.6
3	Germán Pomares Ordóñez (Asent,)	3,447	8.8
4	René Polanco	3,748	9.6
5	Enrique Gutiérrez	5,330	13.7
	Eduardo Contreras (Asentamiento)		
6	Sócrates Sandino	3,644	9.3
	Blanca Segovia		
7	Enrique Lorente	4,074	10.4
8	Salomón Moreno	2,554	6.5
9	Villa Cuba Libre (Bo. Asent.)	3,271	8.4
10	Ché Guevara	500	1.3
	Las Jagüitas (Comarca)	5,100	13.1
	Enramadas		
11	Las Colinas (Residencial)	1,028	2.6
TOTAL AREA 8.2		39,062	100.0%

FUENTE: MICOIN Zona 8, en Plan Trienal 1988 - 1990

Area de Salud 8.2

La mayoría del área se encuentra urbanizada en cuanto a delimitación de las calles y manzanas.

La avenida principal es pavimentada, recorriendo de Oeste a Este y posteriormente en el sitio conocido como El Tanque Rojo, va de Sur a Norte. Hay algunas calles adoquinadas en los sectores 1, 2, 4, 8 y 9.

El sector de Las Colinas se une al resto del territorio por una calle pavimentada de una distancia aproximada de 1 Km. y este barrio residencial es totalmente pavimentado.

El Area es recorrido por un cauce que va de Sur al Norte, donde se acumulan basuras. En su recorrido pasa por los sectores 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

Con relación a este aspecto los problemas que pueden repercutir en el Estado de Salud de la Población son:

- La mala infraestructura de drenaje pluviales que en invierno pueden crear accidentes, de tuberías de aguas negras y de aguas potables.
- La existencia de locales en los cuales se almacena el agua estancada que propicia la proliferación de vectores.
- La existencia de una sola vía de comunicación hacia la Comarca Las Jagüitas (sector 10) que se deteriora en invierno dificultando su accesibilidad.

1.2. Características Socio-Económicas

En relación a la Educación, en el Area 8.2 existen 1 CDI y 12 Escuelas, siendo que de éstas, 7 tienen Pre-Escolar, 11 tienen Primaria y sólo 1 tiene Secundaria.

No hay escuela de educación Técnica-Superior. Como curso de capacitación sólo encontramos en la Escuela Bautista un curso de Corte y Confección que inició con 8 alumnas y un curso de mecanografía con 56 alumnos. Para ambos cursos exige nivel de Sexto Grado de Primaria.

El CDI pertenece al INSSBI y de las demás escuelas 8 son del Estado y 4 son privadas de orientación religiosa (Bautista Social, "Enrique de Ossó", Reino de Dios y Adventista). La Escuela Reino de Dios sólo tiene los 3 primeros grados de primaria además del Pre-Escolar y no tiene buenas condiciones materiales. Las demás Escuelas Privadas tienen buenas condiciones de higiene y mantenimiento. La mayoría de las Escuelas Estatales tiene mal mantenimiento incluso de los pupitres y letrinas o inodoros que están en mal estado, con excepción de la Filemón Rivera y Roberto Rugama que tienen mejor mantenimiento e higiene. El abastecimiento de agua es deficiente en cantidad y calidad en todas las Escuelas, lo que agrava la situación de los servicios sanitarios, menos en la Enrique de Ossó donde tiene tanque de almacenamiento en torre.

Las únicas escuelas que tienen expendio de comida son la Roberto Rugama y la José Santos Mayorga.

En el CDI, aunque las salas tienen buenas condiciones de higiene en general, en la inspección realizada en el Primer Semestre de 1988, se constató que los servicios sanitarios no tienen la higiene adecuada por falta de lavado y falta de uso de desinfectantes. Faltan depósitos para botar la basura. En la cocina el pantry no tiene puertas ni gavetas para guardar los utensilios y la campana y fogones de la cocina se encuentran sucios. El almacenamiento de agua no es el más adecuado. Aunque exista voluntad de cumplir las recomendaciones higiénicas, la situación económica limita su cumplimiento.

En el CDI hay 55 infantes y lactantes y 73 Pre-Escolares en un total de 128 niños. Cuenta con 1 auxiliar de enfermería permanente, 1 médico interno que viene 2 veces a la semana, 1 nutricionista que viene 1 vez a la semana y 1 médico responsable pagado por el INSSBI

que viene una vez a la semana por 4 horas.

En el nivel Pre-Escolar, la matrícula inicial en el Area en 1988 fue de 936 siendo que de éstos, 369 son del sexo masculino y 420 del sexo femenino (Anexos No. 2). Del total de alumnos de Pre-Escolar no se pudo obtener la información por sexo de 147 alumnos de la Escuela Enrique de Ossó que están incluidos en los alumnos del nivel primario por sexo.

La matrícula inicial en 1988 del nivel primario fue de 6,637 siendo 3,232 del sexo masculino y 3,492 del sexo femenino, incluyendo los 147 del Pre-Escolar mencionado (Cuadro No. 2)

en el nivel secundario la matrícula inicial fue de 625 siendo 219 del sexo masculino y 406 del sexo femenino. (Cuadro No. 2).

No se totalizó la matrícula actual por no disponer de este dato en 2 escuelas, pero en casi todas hubo deserción. En las Escuelas Enrique de Ossó y en la Adventista (ambas privadas), no hubo deserción.

Con relación a la repercusión de los problemas oriundos del sector educacional, los que tienen mayor repercusión en el Estado de Salud de la población son:

- Mal mantenimiento de las escuelas en general y del CDI, siendo común las letrinas e inodoros en mal estado y con deficiencias higiénicas.
- Abastecimiento de agua deficiente en calidad y cantidad, tanto en las escuelas como en el CDI.
- Mala higiene en la cocina del CDI.

En relación al abastecimiento en el Area 8.2 existen los siguientes establecimientos: 22 Puestos de ENABAS, 22 Panaderías, 1 Comedor, 1 Restaurante y 6 Salones Cerveceros. Existen también varias pulperías las cuales no

están contabilizadas. En las proximidades del Area está el Mercado Roberto Huembes (Area 8.1) principal fuente de abastecimiento y donde trabaja parte de la población del Area en estudio. Podemos identificar entonces que hay buena fuente de abastecimiento cercana al Area.

En relación a los Centros de Trabajo tenemos que en el Sector Primario sólo se encuentran dos Cooperativas Agrícolas. La Cooperativa Jorge Vilches tiene 43 trabajadores de los cuales 39 son del sexo masculino y 4 son del sexo femenino. Esta Cooperativa fue agregada al Area 8.2 en 1987. La otra Cooperativa, El Replieque, cuenta con 7 trabajadores del sexo masculino. En el Area hay también agricultores individuales. Alrededor de esto encontramos que se reportaron 7 intoxicaciones por FURADAN de personas que viven en el Area y en su mayoría trabajan en la misma.

En el Sector Secundario lo que hay son pequeñas industrias con 2 a 5 trabajadores y que está compuesto por 22 panaderías, 1 ladrillería, 2 Talleres de Muebles, 2 Chicherías, 1 Taller de Fundación de Aluminio y 1 Incurtidora que actualmente se encuentra cerrada (Anexo No. 3) El total de trabajadores del Sector Secundario es de 66 siendo conocido que 5 son del sexo femenino y 54 son del sexo masculino.

En el Sector Terciario está compuesto por 1 Carpintería, 1 Restaurante, 6 Salones Cervecedores/Bar y 1 Comidaria. No se tiene el registro de pulperías y de comidarias familiares. El número de trabajadores sobre los cuales hay información son 10 siendo 5 varones, 3 mujeres y 2 de sexo desconocido.

Con relación a los Centros de Trabajo, lo que presenta mayor riesgo para la salud es el Taller de Fundación de Aluminio por el tipo de trabajo y la falta de protección al personal.

-Las Cooperativas Agrícolas por el manejo de insecticidas, además que hay reporte de 7 intoxicaciones de trabajadores del Area.

-Sobre los otros centros de trabajo no hay mayor riesgo laboral, solamente hay que ejercer control sobre los centros de manipulación de alimentos.

En relación a la vivienda en el Area 8.2 existen dos asentamientos reconocidos como tal, que son el Che Guevara y el Germán Pomares, pero el Sector Villa Cuba Libre y el Bo. Eduardo Contreras que se formaron después de 1981, presentan características de asentamientos pues la infraestructura no es adecuada y la distribución de la vivienda es de forma desorganizada.

El total de vivienda que hay en el Area es de 4,763 con un promedio de ocho habitantes por casa y se caracterizan por ser la mayoría de madera, techo de zinc, piso de tierra, con agua potable intradomiciliar en los sectores 1, 2, 4, 6, 7, 8 y puestos públicos en el resto de sectores. La mayoría posee letrina aunque en los sectores 3,5, 9 y 10 se realiza el fecalismo al aire libre.

En este aspecto los problemas que pueden repercutir en el Estado de Salud de la población son:

- El hacinamiento dado que las casas son pequeñas con un promedio de 8 habitantes por casa.
- Las condiciones infraestructurales de las viviendas que son entre regulares y malas.
- El fecalismo al aire libre en 4 sectores (3,5,9 y 10).

En relación a las vías de comunicación y el transporte encontramos que el Area presenta una calle principal que es pavimentada y en el resto del Area están delimitadas las calles para el acceso pero éstas se deterioran en invierno por no ser ni adoquinadas ni pavimentadas. La Comarca Las Jagüitas tiene solo una vía de acceso y ésta se deteriora en el invierno. Por el Area prestan servicio 2 rutas de buses la 108 y la 109, que hacen el recorrido en la calle principal en el horario de las 05:00 hrs. a las 22:00 hrs. La Comarca Las Jagüitas es la que tiene

dificultades de transporte y es atendida por minirrutas y camionetas que circulan con intervalos prolongados de tiempo. Para el Sector de Las Colinas se utilizan las rutas que pasan por la Carretera Masaya.

Con relación a este aspecto, los problemas que pueden incidir en el Estado de Salud de la población son:

- La no existencia de transporte después de las 22:00 Hrs, lo que significa la falta de posibilidad de acceder a los Hospitales en la noche.
- Dificultad de acceso de los habitantes de Las Jaguitas a los Servicios de Salud.

A nivel Demográfico nos encontramos que la población del Area es de 39,062 habitantes, la cual no tiene características migratorias. El 47% de la población es menor de 14 años, con un 4% menor de un año y el 17.5% es de 1 a 4 años (Anexo, Cuadro No. 3). Dado que el Area es eminentemente urbana tenemos que 86.9% de su población es urbana y el 13.1% rural que comprende a la Comarca Las Jagüitas y la Enramada (Anexo, Cuadro No. 2). La mayoría de los habitantes son propietarios de sus viviendas, hasta con más de 10 años de habitarlas. La densidad demográfica es aproximadamente de 5,580.3 habitantes por Km².

En el aspecto demográfico se destaca que la población es eminentemente joven, lo que significa que hay que hacer mayor énfasis en el primer nivel de atención, con trabajo de prevención por las características de la patologías en este grupo etáreo.

A nivel de las organizaciones politico-sociales en todos los sectores del Area de Salud se cuenta con un CDS y Brigadistas Populares de Salud que se integran casi exclusivamente cuando se realizan jornadas de vacunación o de higiene y limpieza. La integración se da básicamente cuando el Area de Salud lo solicita.

En 1987 se realizó la formación de brigadistas integrales. Dicha formación se realizaba los sábados de marzo a diciembre. Al inicio entraron 147 brigadistas pero sólo terminaron 47 que actualmente no trabajan de forma permanente sino que sólo a través de las JPS. La educadora del área atribuye el problema de falta de participación a la falta de estímulo a los brigadistas.

Hay buena coordinación de la Dirección del Area con el CDS Zonal y el FSLN Zonal. El CDS del Barrio Angel Valentino B. ha ofrecido local para actividades de salud (Terapia Grupal) y en el Bo. René Polanco hay buena participación y apoyo logístico.

Con AMNLAE se conformaron grupos de mujeres en 3 barrios para la referencia de casos de riesgo al Centro de Salud. Se realizaron capacitaciones y hay también un grupo de mujeres colaborando en la vacunación universal del Bo. René Polanco.

Se impartió a estas mujeres una capacitación sobre preparación de la soya. Este contingente es atendido por el zonal de AMNLAE y la Dirección del Centro.

En el Complejo Popular de Salud participan los CDS, el FSLN, el MINSA y ocasionalmente AMNLAE, siendo que el CPS funciona básicamente para las JPS.

Con relación a FETSALUD, se considera buena la gestión de la JDS y el seguimiento realizado por FETSALUD Regional. Como problema se señala la centralización de tareas debido a poco desarrollo de los trabajadores y de la JDS.

Con relación a FETSALUD, se considera buena la gestión de la JDS y el seguimiento realizado por FETSALUD Regional. Como problema se señala la centralización de tareas debido a poco desarrollo de los trabajadores y de la JDS.

En este aspecto se destaca como problemas la poca participación continua de los Organismos de Masas ya que este se da sobre todo durante las JPS y de forma coyuntural,

Con el Sector Religioso tenemos que, en abril/88 se realizó un encuentro con los sacerdotes católicos del Area que se mostraron receptivos y se comprometieron a apoyar la propaganda de acciones de salud. Con la comunidad de monjas que mantiene el puesto médico, no existe ninguna relación. Con los pastores evangélicos se hizo reunión explicando la problemática de salud del Area. Se comprometieron a buscar financiamiento con el CEPAD e hicieron donaciones de medicamentos. Se les ayuda con botiquín de Primeros Auxilios y SRO para las iglesias. Los pastores evangélicos han solicitado charlas para sus feligreses.

Existen más disposición y comprometimiento de parte de las iglesias evangélicas que tienen participación mas constante de sus feligreses, mayor disciplina y nivel organizativo lo que facilita acciones concretas.

Llama la atención la falta de integración del Puesto de Salud de las monjas a la red de servicios de salud, lo que dificulta el control sobre este servicio y anula los mecanismos de referencia y contrareferencia.

A nivel de las Instituciones encontramos que el Ministerio de Educación participa del CPS Zonal, pero su delegado no tiene poder de decisión. Se organizaron charlas en todas las escuelas con Quinto y Sexto Grado sobre Educación Sexual. Se hizo una reunión con directores de escuelas de la zona y se les entregó documento básico para el trabajo de los maestros en cuanto a salud. En las Escuelas se sigue aplicando el Fltor.

Con relación a la Alcaldía, se logró mejor coordinación a partir de mayo/junio de 1988.

Con el INAA no se tiene mayor contacto y no se conoce en la Zona ni con quien tratar los problemas del agua.

Con la Casa Zonal de Apoyo al Combatiente (CZAC), se ha trabajado según demanda, pero no siempre se ha podido priorizar a los familiares de combatientes. Se considera necesario extender exoneración de cobro a los hijos y padres de movilizados que no tienen posibilidad de pago de medicamentos lo que se reporta en el Informe Semestral del Area.

Las instituciones con quien hay necesidad de mejorar las relaciones es DNA, ya que en el Area existen bastante problemas en el abastecimiento del agua tanto en lo que se refiere a su cantidad y a su calidad.

1.3. Características Higiénico-Sanitarias.

En relación a las características Higiénico-Sanitarias describiremos las mismas en función de las cuatro higienes:

A) Higiene Comunal:

A.1. Abastecimiento de Agua.

Con el abastecimiento de agua hay serios problemas por encontrarse el Area en la zona alta de Managua y además de los cortes rutinarios, hay problemas en el verano, quedándose hasta por varios días sin agua. La población se abastece de agua a través del acueducto de Managua, cuya fuente común es la Laguna de Asososca. De los 11 sectores existentes, 9 poseen agua intradomiciliar y el resto lo hace a través de puestos públicos, sobre todo en

los asentamientos; en éstos tenemos que valorar la recolección y el almacenamiento de agua el cual no es adecuado.

A partir de mayo 87, se realiza el control higiénico-sanitario de este líquido partiéndose con regular frecuencia hasta el mes de febrero 88. Se han realizado 28 muestras de agua en tres puntos de muestreo (Asentamiento Germán Pomares, Escuela Enrique Lorente y el CDS) encontrándose altos niveles de contaminación con un 82% (23) de muestras positivas (Anexo, Cuadro No.7).

No existe un delegado por INAA en el Area y según referencia del director de Area, la gestión queda a nivel de la Regional de Salud y esto no ha funcionado aparentemente.

A.2. Residuales líquidos y excretas.

Como ya se ha señalado en las características del terreno, es una zona propensa a inundaciones dado que no hay buen drenaje pluvial, a pesar de tener un cauce que atraviesa el área cuya disposición final es el Lago. El asentamiento Germán Pomares es el más sensible a inundarse por estar ubicado a la orilla del cauce.

Existe el sistema de alcantarilla pero no todos los sectores están conectados a él, por lo que común observar en las calles aguas domiciliarias y de albañales.

En cuanto a la disposición de excretas tenemos que una parte tiene conexión al alcantarillado pero el resto tiene servicios de letrinas y en 4 sectores hay fecalismo al aire libre (3,5,9 y 10). Esta situación genera focos de vectores y contaminación ambiental.

A.3. Residuales sólidos

La recolección de las basuras se realiza a través de la Alcaldía de Managua en los sectores donde puede penetrar el camión y la disposición final es en el basurero municipal.

En los sectores 3, 4, 5, 6 y 9 la recolección se hace dos veces por semana y en los sectores 2, 1, y 11 se realiza 3 veces por semana. El resto de la población y los lugares a los que no tiene acceso el camión eliminan las basuras en predios vacíos, cauces y basureros clandestinos. Alrededor de esto se hacen Jornadas de Limpieza pero luego vuelven aparecer, lo cual indica necesidad de hacer trabajo de terreno permanente y no jornalero.

A.4. Control de Vectores

Con los datos señalados en los acápite anteriores tenemos que el área tiene un potencial de proliferación de vectores, encontrándonos con lo siguiente, de acuerdo a la priorización de vectores como *Aedes Aegypti* y *Anopheles*: 1) En cuanto al mosquito transmisor del dengue no se conocen datos exactos desde 1984 en la Dirección del Área, por la forma organizativa de este programa que es descentralizado y el Área no ejerce mayor control. Los índices de infestación de vivienda en los meses de enero-abril 1988 fue de 2.0, en junio/88 de 2.8 y al finalizar el Primer Semestre de 4.8, lo que significa un alerta epidemiológico, a pesar de que en el período no hay reporte de casos de Dengue. 2) Con el mosquito transmisor de la Malaria de acuerdo a los datos

del programa se tiene que 1986 y en 1987 se presentó un caso de *P. Falciparum*, y desde 1985, ha habido aumento de casos positivos a *P. Virax*, esto pudiera estar relacionado con la desviación de los recursos hacia el programa de *Aedes Aegypti* por la epidemia del 85.

A.5. Fuentes de Contaminación Ambiental

Por las características del Area, no existen fuentes químicas de contaminación ambiental ni externas ni internas, las únicas fuentes de contaminación que existen son los basureros no autorizados, el cauce, el mal drenaje de aguas residuales.

A.6. Situación de la Vivienda

Las condiciones infraestructurales de la vivienda están entre regular y mala, principalmente en los asentamientos. Hay hacinamiento, teniendo 8 habitantes por casa, las cuales no cuentan con distribución de local adecuado. A esto se le agregan los problemas generados por el abastecimiento de agua, residuales líquidos y sólidos.

B) Higiene de los Alimentos

Existen en el Area varios locales de alimentación colectiva pero no tenemos información procesada de su situación higiénica, ni del local ni de sus manipuladores de alimento, lo cual es importante manejar por el número de casos de Hepatitis en el Area en el Primer Semestre de 1988. Se tiene un 49% de cobertura con exámenes de Laboratorio a manipuladores de alimentos pero el control es limitado por el Laboratorio Central de Higiene y Epidemiología que no les brinda los cupos que necesita.

C) Higiene Ocupacional

No se tiene en el Area, Centros Laborales grandes que generan mucho problema de Salud Ocupacional, el más relevante es el Taller de Fundición de Aluminio con 7 trabajadores que no tienen protección para realizar su trabajo y sobre los cuales hay que incidir. Otro aspecto es el reporte 7 casos de intoxicación por plaguicidas en trabajadores del Area.

C) Higiene Escolar

Ya fue señalado en el aspecto de aducación las malas condiciones higiénicas del C.D.I. y los Centros Escolares, excepto el Enrique de Ossó. Hay mal mantenimiento del edificio y muy mala higiene de los servicios higiénicos.

En conclusión los problemas higiénico-sanitarios que más repercuten en el Estado de Salud son:

- El abastecimiento, recolección y almacenamiento de agua está entre regular y malo
- Hay mal drenaje pluvial teniendo tendencia a las inundaciones
- No hay conexión total de las aguas servidas al Sistema de alcantarillado, por lo que hay residuales de agua domiciliar que corre por las calles
- En los sectores donde no hay sistema de alcantarillado hay letrinas, pero hay sectores que tienen fecalismo al aire libre
- Hay basureros en lugares no autorizados por falta de acceso del camión recolector de basura
- Los índices de infestación por Aedes Aegypti son altos varían de 2.0 hasta 4.8, en el período, lo cual significa alerta epidemiológica
- No hay buen control a los locales de elaboración de alimentos
- Hay riesgo laboral en alto grado en el Taller de Fundación de Aluminio y a nivel de las Cooperativas por falta de equipo de protección.

2) CARACTERISTICAS DE LA MORBI-MORTALIDAD

2.1. Características de la Morbilidad

Al analizar la morbilidad la limitante que se nos presentó es que los registros nos dan causas agrupadas por aparatos y sistemas, lo cual no nos permite diferenciar problemas agudos o crónicos degenerativos, valorar la magnitud ni su comportamiento por grupos etéreos o sexo, dándonos una información muy general. Además esto no le permite al médico poder hacer un buen encasillamiento, pues según el personal del Centro, el sistema de registro no les permite clasificar la morbilidad de forma más precisa porque hay casos que se relacionan con varias casillas, o el caso de las neurosis o problemas de stress que no se pueden reflejar y son motivos muy frecuentes de consulta en adultos. Teniendo entonces para análisis las causas de consultas y las ETNO solamente.

2.1.1. Morbilidad por Causa

Las primeras causas de morbilidad están dadas por problemas del Aparato Respiratorio y Digestivo. Es importante señalar que la causa "Otras" ocupa el "segundo lugar" dándonos un sezgo más en la información porque aquí se incluyen muchas morbilidades mal definidas desde el punto de vista diagnóstico o aquellas que tienen limitación del mismo registro. (Anexo Cuadro No. 9)

Según entrevista con el Director las causas más frecuentes en el adulto son Neurosis y/o problemas de stress; y en los niños es E.D.A., E.R.A. y parasitosis.

Las primeras causas de morbilidad muestran un comportamiento similar a través de los años, siendo la ERA la primera o segunda causa de consulta. (Anexo Cuadro No. 10)

2.1.3. Morbilidad por E.T.N.O.

Las causas más frecuentes de E.T.N.O. no están relacionadas a acciones con inmunoprevenibles, con excepción de tres casos reportados en menores de un año que se refieren a 2 de Sarampión, los cua-

les no estaban en el período para vacunarse (menores de 9 meses) y el otro caso fue un tétano neonatal cuya madre no tuvo C.P.N., relacionado esto con la baja captación de embarazadas. (Anexo Cuadro No. 11)

Otro aspecto que llama la atención es que las enfermedades transmitidas por vectores son nula en el período, esto no coincide con la información del A.C.E.M. quienes reportan 13 casos de Malaria por Vivax y además reportan 4.8 como de índice de infectación de vivienda por Aedes Aegypti. Otro aspecto es el potencial existente a nivel de condiciones higiénicas-sanitarias por tener problemas en el abastecimiento y almacenamiento de agua, lo mismo que con el servicio de alcantarilla.

Las principales causas son: Conjuntivitis con 73 casos que representan el 22.12% de la morbilidad por ETNO, la varicela con 55 casos (16.6%), la parotiditis con 53 casos (16%) estas dos enfermedades sobre todo en niños de 1 a 14 años y la Hepatitis con 22 casos (6.6%), esta última relacionada con transmisión digestiva, siendo que 11 casos fueron en niños de 1 a 4 años y ocho casos en niños de 5 a 14 años. Hubieron 83 casos de lesionados por animales transmisores de la rabia pero no se tiene reportes sobre dicha enfermedad en seres humanos.

Del resto de causas es importante señalar que en el caso de las transmisión sexual y las escabiasis se hace necesario desarrollar un trabajo de educación popular pues son sensibles por estos medios de cambiar el perfil existente.

La información brindada sobre las ETNO se limita al número de casos no se hacen mayor análisis epidemiológicos que permitan dar mas elementos tanto para el análisis como para la intervención en las mismas.

2.1.3. Morbilidad por Diarrea

La diarrea representa un problema a nivel nacional y por eso es tratada en capítulo aparte. Esta enfermedad afecta en gran magnitud a los menores de un año, siguiéndole en frecuencia los niños de 1 a 4 años, representando estos dos grupos el 94% del total de las E.D.A. presentados en niños en el período analizado (1 a. = 55.5% y 1-4a = 38.5%). (Anexo Cuadro No. 12).

La frecuencia de casos de diarrea es mas o menos estable a través de los meses analizados (120-170), elevándose a partir del inicio de los meses de lluvia, lo cual está relacionado con el dete-

rioro de las condiciones higiénicas en general.
(Anexo, Cuadro No. 13)

La procedencia por sectores denota que hay mayor afluencia en relación a la cercanía del Centro denotándonos que hay que hacer trabajo de captación. (Anexo Cuadro No. 14)

2.2. Características de la Mortalidad

Los datos de mortalidad se limitan a la información de SINEVI, teniendo dos fuentes:

- a) La reportada directamente al Centro de Salud, cuando solicitan Certificados de Defunción, y
- b) La información que el Centro de Salud va a buscar a los hospitales.

La mortalidad general en el período analizado muestra una tasa de 2 x 1000 habitantes (74 casos) más o menos similar a los datos nacionales, aunque la tendencia es de mantenimiento y no de descenso. (Anexo Cuadro 15, 16 y 17).

Al analizar las causas de mortalidad en el período tenemos que el 43% son en menores de 1 año y dentro de este grupo el mayor peso lo llevan las muertes perinatales. Las causas principales en este grupo son la EDA, el Síndrome de Distress Respiratorio y la Sepsis temprana con 7 casos cada causa. En el caso de las EDA, encontramos una relación con las condiciones higiénicas existentes en el Area, la situación económica que es igual que a nivel nacional y por otro lado la baja cobertura y captación de los servicios. A pesar de que este año se haya ampliado la atención pediátrica al P/S Salomón Moreno. La mayoría de estos casos fueron transferidos del C/S al Hospital con cuadro de deshidratación severa.

El Síndrome de Distress Respiratorio está relacionado con la falta de C.P.N. y las condiciones Socio-Econó

micas principalmente, además la baja calificación del personal que realiza los C.P.N. y el parto Institucional; causas similares se relacionan con la Sepsis Temprana.

Otro aspecto de análisis de la mortalidad son las causas violentas que ocupan el segundo lugar con un 20.2% (15 casos), siendo la primera causa de muerte en el grupo de mayor de 15 años; las causas más específicas en estos casos violentos son heridas por arma de fuego y ahogamiento por sumersión, sobre éstas las acciones del Area tienen poca incidencia ya que salen de su alcance. De los H.P.A.F. 3 son caídos en combate (4%) los cuales se enmarcan en la guerra de agresión que vive nuestro país.

Las otras causas de muerte son por enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas pero no tienen gran magnitud (17.5% del total).

2.3. Principales Problemas de Morbi-Mortalidad

Tomando como parámetro los principales problemas de salud a nivel nacional, indicados en el Plan de Salud 1988-1990 para compararlo con los problemas del Area, observamos que:

2.3.1. Persistencia de altas tasas de Morbi-Mortalidad infantil.

Existe coincidencia con el Area teniendo como principales causas: a) Enfermedad Diarréica Aguda. b) Enfermedad Respiratoria Aguda. c) Síndrome de Distress Respiratorio del R.N. y d) Mortalidad por Sepsis.

Con relación a la desnutrición, aunque no existan datos específicos del Area se puede deducir de la investigación hecha a nivel regional que por el tipo de estrato social que compone el Area, éste sea un problema de salud, que se convierte en un factor coadyuvante en el desarrollo de los cuatro problemas mencionados que son de mayor magnitud en el Area.

-La morbi-mortalidad por enfermedades inmuno prevenibles (solo reportan dos) no se constituye un mayor problema en el área ya que de los

tres casos reportados, 2 se refieren a casos de sarampión en menores de 9 meses y por lo tanto se encontraban fuera de la edad para vacunarse.

-La meningitis bacteriana no se reporta ningún caso en niños.

-Un problema frecuente en los niños es la parasitosis, pero ésta no se registra como tal en la morbilidad.

2.3.2. Las lesiones por armas de fuego y otras muertes violentas y accidentes.

Estas ocupan el segundo lugar dentro de la mortalidad general del Area, representando el 20.3% de las muertes, teniendo mayor incidencia en el grupo mayor de 15 años.

2.3.3. La morbilidad que afecta al combatiente y la asociada a la actividad laboral.

En el Primer Semestre de 1988, se han dado casos de intoxicaciones con órgano-fosforados que afectaron a siete personas, que fueron llevadas al Hospital Manolo Morales, recuperándose. El Director del Area supone que estos casos están relacionados con las Cooperativas Agrícolas existentes en el área pero no hay información más exacta.

Con relación a la morbilidad que afecta al combatiente no hay información que nos dé elementos de análisis, aunque existan casos reportados de enfermedades de transmisión sexual, escabiasis, etc.

2.3.4. Persistencia de altas tasas de incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles que afectan a la población en general.

-Dentro de esta clasificación se destacan la hepatitis con 22 casos, significando el 6.6% de la morbilidad por ETNO

-La parasitosis intestinal según el director del área es significativa, aunque no se tengan datos específicos

-Con relación a la rabia, aunque haya 83 lesionados por animales transmisores de esta enfermedad no se tiene reporte de casos positivos

-En el área hubieron 7 nuevos casos reportados

de tuberculosis, no ubicándose entre los principales problemas del área

-Con relación a la malaria, aunque el área no reporte ningún caso, según los datos ACEM, hubieron en el período estudiado 13 casos para un 0.75% de índice de láminas positivas.

2.3.5. Enfermedades no transmisibles que afectan a la población en general y que generan gran demanda de servicios:

No se encuentran entre los principales problemas de salud del área.

2.3.6. Incremento de los riesgos de enfermedades potencialmente epidemias:

-Con relación al Dengue, en el Primer Semestre de 1988 no hay ningún caso reportado, pero el índice de infestación por vivienda llegó a 4.8 en julio de este año y por información posterior de CEM se supo que en el Segundo Semestre de 1988, se presentaron 15 casos presuntivos. Aún así el área se encuentra en Séptimo Lugar en lo que se refiere a la magnitud del problema en la Región III y además que estos 15 casos se refieren a la suma de casos presuntivos de las Areas 8.1 + 8.2. De todos modos no se puede descartar que exista un potencial epidémico debido a las condiciones higiénico-sanitarias y físicos-geográficas lo que indica la necesidad de un trabajo preventivo

-Con respecto al SIDA y al Cólera, éstos aunque signifiquen problemas actuales pueden considerarse potenciales por las mismas razones indicadas en el Plan de Salud 1988-1990 del MINSA.

2.3.7. Incremento de la acumulación de daños en la salud de la población escolar:

-Aunque no haya datos específicos sobre los problemas nutricionales, parasitosis y bucales en la población escolar las condiciones socio-económicas e higiénico-sanitarias indican que este problema también es un problema de salud en el Area

-Considerando la carencia de datos más precisos sobre todo en lo que respecta la morbilidad vemos la importancia de resaltar la opinión del Director de Area, basada en la experiencia

de su personal que destaca como principales problemas de morbilidad en los niños las EDA, ERA y parasitosis y en los adultos las neurosis y/o problemas de Stress que son causas reales de consultas de gran parte de los adultos a pesar de que lleguen por otras síntomas.

3) PRODUCCION DE SERVICIOS Y FORMA DE ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL AREA.

3.1. Producción de Servicios

3.1.1. Consulta de Morbilidad

En el período analizado se brindaron 34,726 consultas que representan un 96.2% de la meta para el semestre y en comparación con el semestre anterior hay un ligero aumento de un 22%, ya que en los años anteriores 1985 y 1986, hubo un descenso en el número de consultas, situación que empieza a variar a partir de 1987. (Anexo Cuadro No.18 y 19)

El mayor número de consultas, 92.2% son subsecuentes (entendiendo por éstas las realizadas por el paciente después de la primera vez que asistió en su vida al Centro de Salud del Area); el 7.8% es de primera vez, y el 0.01% es consulta referida.

La demanda de la consulta atendida por grupo etéreo nos indica que se les brindó un 55.69% a los de 15 y más años, el 20.4% a los de 1 a 4 años, el 12.8% a los menores de un año, el 11.1% a los de 5 a 4 años. O sea que los más demandantes de manera proporcional a la población existente son los menores de 5 años.

El número de exámenes de laboratorio por consulta fue de 0.8 que muestra un ligero descenso en relación al año anterior que es de 1 por consulta lo cual es elevado, y siendo el laboratorio un recurso caro que hay que racionalizarlo.

La cobertura médica hacia la población, de forma indirecta, fue de 0.8 consulta por habitantes.

3.1.2. Atención a la Mujer

3.1.2.1. Control Prenatal

Se realizaron un total de 1136 C.P.N., siendo el 44.5% de Primera Vez y el 55.5% Sub-secuente. En relación a los embarazos esperados se tuvo una cober-

tura del 52% y el 77% en relación a la meta, lo cual es muy bajo por la prioridad de esta actividad y su significado alrededor de la mortalidad perinatal.

La captación según los primeros controles realizados por el Trimestre del Embarazo es un 26.7% en el I Trimestre, 42.3% en el II Trimestre y 30.9% en el III Trimestre.

No se registra ningún control de A.R.O, a pesar de que se tiene información de alta tasa de mortalidad perinatal y B.P.N.

El número de controles por embarazada captada es de 2.2 un poco menor que el año anterior, además que es baja la cifra, pues como mínimo se debe realizar cuatro controles.

Otro problema alrededor del C.P.N. señalados en informes del Centro es la baja calificación del personal que realiza los C.P.N., pero alrededor de esto se realiza labor con los médicos internos quienes dan cursillos sobre el tema en los programas de ECO. El Primer Control y los ARO son realizados por médicos.

3.1.2.2. Control Puerperal

Se realizaron 346 controles puerperales, representando el 68.2% de la meta lo cual es bajo tanto en el período estudiado como en relación a los años anteriores.

Según informes del Area las mujeres que llegan a control puerperal son las que llegan a C.P.N. pero no en su totalidad, no teniendo control sobre los casos atendidos por parteras, a pesar de las reuniones que se realizan con las parteras pero cuya afluencia es pobre.

En relación a los partos institucionales no hay buena coordinación con los hospitales para la contrareferencia. Por otra parte el poco trabajo de terreno no ha permitido una mayor captación de los casos. Además se considera la poca integración del equipo materno-

infantil, pues queda sola la enfermera en las actividades.

3.1.2.3. Control de CaCu y Ca de Mamas

Se realizaron 997 controles citológicos vaginales con un 11% de cobertura.

Para este año se han logrado obtener algunos espectáculos pero siempre son insuficientes para la realización de esta actividad, ya que en la mañana se utilizan en Atención G-0 y por la tarde para la toma de P.A.P.

De los P.A.P. tomados, 29 casos (3% de las muestras) son positivos teniendo 10 Atipias Celulares, 4 Displasias Leves, 13 Metaplasias y 2 Carcinomas. Se tiene buen control y seguimiento de los reportes de patología pero no así de los casos positivos, ya que éstos son referidos al especialista y las citas en el H.B.C., son de largo plazo lo cual no se ajusta a los objetivos del control y dificulta su seguimiento. Por otro lado no hay unificación en el manejo de los pacientes.

Se realizaron 418 controles de mama, pero el dato es frío y no nos da elemento de análisis.

3.1.2.4. Control de la Fertilidad Humana

Se realizaron 1156 controles de Fertilidad.

Del total de controles realizados el 70% corresponde al uso de gestágenos orales, el 25% al DIU, y el 4% a Otros Métodos.

Tanto en Gestágenos Orales y el DIU la mitad de los controles es de primera vez y el resto es control.

Se ha hecho además Educación Popular en las Salas de Esperas y Centros Escolares alrededor de este tema.

3.1.3. Atención Integral al Niño

3.1.3.1. Control de Crecimiento y Desarrollo

Se realizaron un total de 2551 controles de crecimiento y desarrollo (CCD), lo que representa un 83.2% de la meta.

El número de CCD ha mostrado un descenso a partir de 1986, a pesar de que en este año hay un ligero aumento, éste no representa más de la mitad e lo que se hacía antes del 86. Según entrevista con el Director del Area esto puede ser atribuido a que ya no se oferta alimentación complementaria, lo cual era atrayente para las madres.

El 19.4% de los controles son de Primera vez, lo cual es muy bajo. Por otro lado los controles a los B.P.N. anda por un 56% de cumplimiento de la meta lo cual representa una situación muy crítica alrededor de la morbi-mortalidad infantil. Esto se atribuye a falta de referencia de los Centros Hospitalarios; además consideramos falta de trabajo de terreno, ya que debe hacerse una búsqueda activa de estos casos que son de mayor riesgo.

Los controles a desnutridos también son muy bajos ya que apenas se cumplió el 52.6% de la meta (551 controles de 1047), además que el 34% de los controles son de primera vez, lo que significa una captación baja de acuerdo a estimados de desnutridos; esto puede ser debido a poca promoción del programa, poca educación a la población, baja calificación del personal que brinda la atención, aunque este año se introduce al médico interno y a la nutricionista que llega una vez por semana. No se oferta alimentación complementaria.

3.1.3.2. Atención de casos de EDA.

La atención brindada en la URO en el período tuvo un buen cumplimiento de la meta (88.9%), y de los 1367 niños atendidos, sólo un 6% (22) fueron referidos a rehidratación I.V. Si analizamos el número de muertos por EDA que fue de 8 en el período, todos menores de un año, nos indica problemas aunque haya tenido un buen cumplimiento de la meta, ya que algunos de estos niños no llegaron a la URO volviendo a caer en falta de trabajo de terreno o captación activa de casos.

Cabe aquí agregar el dato de que en el P/S Salomón Moreno no hay URO, lo que dificulta más la captación.

3.1.3.3. Inmunizaciones y/o Vacunaciones

El cumplimiento de las metas en general es bajo (del 70% o menos), excepto para la B.C.G. donde se logró el 100% de la meta. Pero a pesar de esto no hubieron reportes de casos de enfermedades inmunoprevenibles, sólo 2 casos de sarampión que se presentaron en menores de 9 meses, y no están en el período de vacunarse; y el otro caso fue de Tétano Neonatal de un niño cuya madre no tuvo C.P.N.

Otra cosa es que el cumplimiento se debió en un 60% a las J.P.S. (con referencia a la antipolio, sarampión y D.P.T.)

En el caso de la D.T. y el T.T. tienen el cumplimiento más bajo del 22% y el 31% respectivamente, ya que ambos no están relacionados a las J.P.S. y si está relacionado a captación activa, además refieren en el Area falta de jeringas.

3.1.4. Programa de Tuberculosis

La captación de SR + 21 según la meta es baja, del 69%, y según los informes del Area la búsqueda de este grupo de riesgo es pasiva, ya que está limitada a la consulta. Por lo que se captaron a Nivel Nuevos Ingresos el 30% de los casos esperados, disminuyendo la captación con relación al Primer Semestre 1987.

De los casos detectados se encuentra sobre todo población de 25 a 30 años.

A pesar de la baja captación se han logrado algunos avances en la organización del programa como son: a) Mayor estabilidad de la enfermera que asiste directamente a los pacientes; b) no rechazo de los pacientes por el personal médico, c) mejor coordinación para las referencias, d) existencia de fármacos necesarios.

3.1.5. Zoonosis

Del total de casos de lesiones por animal transmisor de la rabia se observaron un 91% de los animales, lo que significó un avance con relación a 1987, a pesar de no haber contado específicamente con un técnico en Zoonosis. Esto permitió también disminuir el número de vacunaciones con tratamiento completo, en relación al 87. El número de eliminaciones disminuyó por falta de técnico en Zoonosis y de vehículo para

realizar el trabajo.

Con relación a la vacunación canina se logró un 78% de la meta.

3.1.6. Principales Problemas de Producción de Servicios

- 3.1.6.1. Bajo cumplimiento de las metas en general.
- 3.1.6.2. No hay captación activa de los C.P.N., CCD, EDA, T.B., B.P.N., y Desnutridos.
- 3.1.6.3. Baja calificación del personal que atiende los problemas priorizados.
- 3.1.6.4. Falta de relación con los Centros Hospitalarios para asegurar la referencia y contrareferencia.
- 3.1.6.5. El trabajo realizado demuestra un concepto de hacia dentro del Centro y los trabajos a lo externo son jornaleros y no permanentes.

3.2. Organización de los Servicios

3.2.1. Infraestructura, Recursos Materiales y Financieros.

El Area de Salud cuenta con un Centro de Salud "Carlos Rugama" sin cama y el Puesto de Salud "Salomón Moreno" dependiente del Ministerio de Salud. La población objetivo para cada una de estas Unidades es aproximadamente la mitad de la población del Area, habiendo unos programas que se desarrollan específicamente en una de ellas, para lo cual existe una estrecha relación de referencia y contrarreferencia. El C/S brinda atención las 24 horas del día y el Puesto de Salud de 7:00 AM. a 3:00 PM.

En el Sector 7 (Barrio Enrique Lorente), hay un dispensario médico conocido como Enrique de Ossó, que es administrado por un grupo de religiosas, que brinda atención una vez por semana por dos médicos (1 médico especialista en Dermatología y 1 médico General). El resto de la semana brindan atención de enfermería a través de las religiosas. No tienen buena relación con la Dirección del Area de Salud, a pesar de haber sido buscadas por la misma.

En el Sector Rural "Las Jagüitas" hay un Puesto de Salud, adjudicado al MINSA, funcionó en el Primer Semestre de 1987 pero actualmente no es-

tá funcionando por hacerle falta algunas obras y además falta de personal.

Se intentó promover casas bases con médicos de barrio, pero no funcionó por la proximidad de éstas al Centro y Puesto de Salud.

Las condiciones de trabajo en el Centro de Salud son inadecuadas, existiendo hacinamiento y mala distribución del espacio sobre todo en el "Carlos Rugama". Según el Director del Area hay más espacio con Oficinas Administrativas que con la atención a la población.

El mantenimiento de las Unidades de Salud del MINSA, es deficiente, lo mismo que las condiciones higiénicas.

En relación al abastecimiento técnico material, el Area fue abastecida en un 81.7% de lo programado. Los principales rubros donde el abastecimiento fue insuficiente fue: papelería, útiles de oficina, productos sanitarios y esparadrapos.

Existen en el Area 1 vehículo en regular estado, 50 termos portátiles y una refrigeradora.

Con relación a mantenimiento, hubieron problemas con el aparato odontológico que estuvo en mal estado durante el Primer trimestre de 1988 y con los microscopios de Laboratorio que son obsoletos.

Se considera que las bodegas de farmacia son inadecuadas por falta de espacio y ventilación.

El presupuesto del Area es de C\$4,674,452.17 que cubre todos los rubros y en el Primer Semestre se han ejecutado C\$1,749,178.94. El presupuesto no es realizado por programa si no por renglón. A pesar de no haber ejecutado todo el monto disponible para el semestre, hubieron rubros donde se ejecutó más del doble de lo previsto (Cuadro No. 21) lo que demuestra un problema en la distribución presupuestaria por rubro.

3.2.2.- Recursos Humanos

El personal que labora en el Area es el siguiente: Dos médicos especialistas (Pediatras), 8 médicos Generales, 1 médico en Servicio Social I, y 3 médicos en Servicio Social II. La Dirección y la Sub-Dirección están a cargo de dos médicos de SS.II. Hay también un odontólogo que comenzó en el mes de junio.

El número total de horas médicas contratadas es de 9,300 y el No. de horas trabajadas es de 7,930

(descontando los subsidios de este personal), lo que significa que se trabajaron el 85.3% de las horas contratadas. Si analizamos la productividad del recurso médico, el número de consultas por horas trabajadas es de 4.34; lo que se encuentra abajo de la norma nacional.

El personal de apoyo está distribuido en 6 enfermeras, 14 auxiliares, 1 técnico de laboratorio, 1 farmacéutico, 1 auxiliar de laboratorio, 2 trabajadores sanitarios, 1 educador popular y 1 auxiliar de trabajo social.

El personal administrativo es el siguiente: 1 administrador, 1 contador que está recién nombrado y resto de personal en número de 26 (afanadoras, CPF, conductor, etc.).

La disponibilidad de recursos del Primer Semestre 1988 en el Area y su relación con la población es la siguiente: Se cuenta con 311 horas médicas por 1000 habitantes, distribuidos en 37 horas médicas de especialistas, 175 Hrs/Hab. de médicos generales, 25 Hrs/por 1000 Hab. de médico en SS.I y 74 Hrs/1000 Hab. de médico en SS.II. Las horas de enfermería por 100 habitantes son 481 entre auxiliares y enfermeras.

Con relación al personal médico, le corresponde 2,790 habitantes por cada médico y por cada personal de enfermería le corresponde 2,600 habitantes.

Al terminar el semestre el Area contaba con 5 plazas vacantes que no habían sido llenadas por falta de recursos calificados o por bajos salarios.

Existe un desequilibrio con relación a los salarios del personal, lo que influye en su desestímulo. Esto ocurre sobre todo con las admisionistas, las secretarias y los médicos en SS.

Entre el personal médico y los auxiliares de enfermería se encuentran varios que por su edad avanzada o por otros motivos de salud, se encuentran de subsidio o no trabajan regularmente, lo que se acentúa más entre los auxiliares de enfermería y lo que lleva el Director del Area a afirmar que no tiene suficientes auxiliares de enfermería aunque del restante de personal considera contar con suficientes recursos.

3.2.3. Funcionamiento y Modalidades de Prestación de Servicios.

No hay congestión de los servicios a pe-

sar del número considerable de subsidios del personal de salud. Lo que se nota es una concentración de consultas en la mañana y una afluencia pequeña en la tarde.

El Centro de Salud que atiende las 24 horas, funciona en la mañana con todo su personal mientras que en la tarde, con relación al personal médico, atiende con 2 médicos generales y 4 médicos en Servicio Social. En la noche atiende con 1 médico en Servicio Social, 1 auxiliar de enfermería, 1 encargado de farmacia y 1 CPF, teniendo en media 20 consultas por noche, siendo que la minoría de estas son verdaderas emergencias.

El trabajo de terreno se reduce a control de foco y consultas a pacientes encamados realizados por el personal médico; vacunación universal realizado coyunturalmente por el personal de enfermería; visitas del inspector sanitario con relación a higiene; promoción y realización de Jornadas Populares de Salud; capacitación semestral a parteras empíricas realizadas por enfermeras docentes y educador popular, además de una reunión mensual con las parteras empíricas; visitas del Psicólogo a la familia del paciente.

Se observa un bajo cumplimiento en las actividades de educación popular, tales como charlas, entrevistas e incluso reunión con parteras empíricas. La excepción se refiere a mini-talleres a Brigadistas Populares de Salud, donde incluso hubo un sobrecumplimiento y se explica por ser ésta una actividad ya rutinaria de ECOPS. En la evaluación semestral se dice que la actividad con parteras no se cumplió por falla de estas mismas y las charlas y entrevistas no se cumplieron por depender del restante personal de salud que no lo tenía programado.

En la misma evaluación se dice que el mayor número de actividades educativas que no se cumplieron fueron aquellas que tienen que realizarse con la comunidad, o sea, aquellas que exigen un trabajo de terreno.

En cuanto a la disposición de las Unidades de Salud para situaciones de emergencia, existe un Plan de Aviso que fue actualizado en el mes de marzo de 1988, pero el Plan de Emergencia para situaciones de desastres naturales o provocados, no se había actualizado desde 1987. En marzo de 1988 fueron actualizados: La Plantilla Mínima de Estación de Heridos, Plan de Aviso, Brigada Higiénico-Epidemiológica, Organigrama del Estado Mayor de Emergencia, ubicación de nidos de heridos, Plan de Aseguramiento Médico.

No existen refugios, fortificaciones y otras instalaciones ingenieras de protección. No hay solución y definición de probables ubicaciones de reservas.

En relación a la preparación militar del personal, están susceptibles al SMR 10 compañeros. No hay ninguna preparación militar ni participación del Area de Salud en ejercicios y maniobras del EPS ni de Defensa Civil.

3.2.4. Interacción con otros niveles de prestación de servicios.

A inicios del año se estableció el Primer Encuentro Sub-Regional Oriental y desde entonces se hicieron algunas coordinaciones con el Hospital "Manuel de Jesús Rivera", como el entrenamiento de una auxiliar de enfermería del Area en el Hospital y la visita del Director y Sub-Director del Hospital al Area pero aún así, ha habido problemas de rechazo a pacientes referidos a este hospital. También ha habido rechazo a pacientes referidos al Hospital "Berta Calderón".

El Area ha asistido a 2 reuniones en el Hospital "Manolo Morales peralta", pero sin dar mayor consistencia al trabajo. De todos modos, no se ha tenido problema de referencia de pacientes a este hospital.

Los exámenes de Laboratorio son referidos al Complejo Concepción Palacios. El Area recoge la información estadística de los hospitales con sistematicidad. Como el Area no tiene responsable de Trabajo Social, esto dificulta el seguimiento a los pacientes que vienen de los hospitales. Por otro lado, no hay referencia del Hospital hacia el Area ni hay despachos programados con los Directores de hospitales.

3.2.5. Subsistema de Dirección

El Equipo de Dirección está compuesto por un Director del Area, un Sub-Director Administrativo, un Sub-Director de Docencia y Atención Médica, y una Jefe de Enfermería y el Director del Puesto de Salud.

El principal mecanismo de Dirección es el Consejo Técnico, que es quincenal y cuenta con la presencia de Jefes de Disciplinas (Laboratorio, Estadística, Zoonosis, Higiene del Medio y Otros) además del Equipo de Dirección. Se trata sobre todo de problemas internos del Servicio.

También hay despachos programados que no siempre se cumplen y por lo tanto los responsables tratan los problemas enfrentados abordando el Director de Area de manera informal e irregular. Las asambleas con todo el personal son ocasionales y la supervisión al Puesto de Salud es quincenal.

La reunión con el Consejo Popular de Salud, debería ser mensual pero no se ha cumplido, lo que se menciona en este trabajo en la parte que se refiere a los Organismos de Masas.

Las Asambleas con el personal, aunque no hayan sido programadas, se han realizado en un promedio de 1 por mes, donde se explica la situación de trabajo y se abordan problemas internos de funcionamiento.

La supervisión al Puesto de Salud "Salomón Moreno" es quincenal.

Las actividades de Educación Continua se siguen de acuerdo a la programación, habiendo incluso un sobrecumplimiento de lo programado.

Con relación a la gestión de FETSALUD, es notable la confianza de las bases en la honestidad de sus dirigentes locales que han actuado en función de aclarar cada una de las situaciones presentadas y en función de elevar el salario real de los trabajadores.

3.2.6. Relación con el Nivel Regional del MINSA.

La relación con el MINSA Regional es de forma general asistemática. Los Consejos Técnicos se realizan una vez al mes con todos los Directores de Area y Equipo de Dirección Regional, pero se plantean pocos problemas de las Areas. La supervisión de la Regional hacia el Area está programada una vez al año y por lo tanto, las recomendaciones emitidas no son evaluadas. No hay despachos programados y por lo tanto el Director de Area visita la Regional a nivel operativo para resolver problemas. Por lo general el Area busca como resolver sus problemas de forma independiente.

Sobre el proceso de descentralización, este se restringe prácticamente a lo que se refiere a la nómina. El presupuesto ha sido descentralizado pero el Director de Area no tiene libertad de mover el Monto destinado a cada renglón. Para contratar personal médico y paramédico hay que consultar a la Oficina Regional del MINSA pero por otro lado esta Oficina Regional decide

sobre movimiento de personal sin consultar a la Dirección del Area. Según el Director del Area, no hay descentralización en la toma de decisiones y la descentralización presupuestaria sólo ayudó para que el Area conociera sus gastos.

3.2.7. Principales problemas y posibles soluciones planteadas.

Con respecto a la Organización de los Servicios se destacan los siguientes problemas a nivel interno:

- La gestión del Director se dirige sobre todo a problemas internos de las Unidades de Salud (problemas de personal, quejas, autorización de medicamentos, etc.) quedando insuficientemente atendidos los problemas en el territorio.
- Hay un predominio de la atención curativa, no siendo desarrollado mayormente el aspecto preventivo.
- La infraestructura de las dos Unidades de Salud es inadecuada, así como su mantenimiento.

Con respecto a la relación Nivel Regional y de Area, el principal problema es el distanciamiento entre estos dos niveles de gestión.

La Dirección del Area apunta como posible solución a los problemas internos, la descentralización de los servicios de salud hacia los barrios a través de la creación de Puestos Médicos. De esta forma se descongestionaría la infraestructura y servicios de las Unidades de Salud y el mantenimiento de los Puestos estarían a cargo de la comunidad. Se supone que el hecho de tener personal médico en los barrios facilitaría el trabajo de terreno en su aspecto preventivo ya que existiría un contacto más cercano con los problemas de salud del barrio.

Por otro lado, a nivel de gestión se pretende que el Subdirector Administrativo asuma la Dirección Administrativa del Centro de Salud, quedando el Director de Area mas libre para impulsar el trabajo preventivo y desarrollar la relación con los organismos de masas, la participación popular en general y la relación con otras instituciones.

D I S C U S I O N

De los resultados obtenidos, surgen problemas los cuales priorizaremos tomando como problemas terminales los de Morbi-Mortalidad ya que los demás se convierten en factores o condicionantes de éstos.

El hecho de priorizar no significa descuidar los demás problemas de salud, pero sí concentrar los esfuerzos para incidir en los principales problemas de la Morbi-Mortalidad del Area. Consideramos como problemas priorizados aquellos que por su puntaje fueron clasificados como prioridad "A", a lo que se puede observar en el Formato 1 que sigue a este análisis.

A continuación se analizan los problemas principales según los criterios de priorización mencionados en las técnicas y procedimientos.

A. Identificación, Selección y Priorización de problemas

Problema No. 1:

Persistencia de altas tasas de Morbi-Mortalidad por E.D.A.

La enfermedad diarréica aguda se presenta como un problema priorizado ya que es una de las primeras causas de la mortalidad general e infantil.

La enfermedad diarréica aguda representa una de las diez primeras causas de consultas (7.3%), afectando principalmente a los menores de 1 año, lo que representa el 55.5% del total de casos de EDA y los niños de 1-4 años que representa el 38.5%; o sea que esta enfermedad ataca en gran magnitud a la población infantil menor de 5 años siendo este un grupo priorizado en nuestro país.

Esta enfermedad se encuentra íntimamente relacionada a los hábitos higiénicos y a las condiciones higiénico-sanitarias del Area o Territorio, su abordaje mas mediato es la modificación de hábitos higiénicos lo cual puede cambiar de forma considerable el Perfil Actual, para esto no se requiere gran tecnología solamete es hacer trabajo de Educación Popular en Salud, alrededor de las condiciones higiénicos-sanitarias la mejoría es a largo plazo por su relación con la situación económica del país.

Por otro lado las muertes por diarrea, son evitables si los casos se detectan tempranamente y se administra rehidratación oportuna sin tener que llegar a casos graves de deshidratación o casos complicados con otra afectación producto de la misma como la IRA.

Lo antes mencionado se modifica sensiblemente realizando trabajo de educación proyectado más al territorio y estableciendo coordinación con los organismos de masas para la búsqueda activa y referencia al Centro de Salud de casos.

Problema No. 2:

Incremento de la Morbilidad por ERA.

Este problema fue uno de los que se priorizaron debido a que tiene un alto peso en la demanda de servicios, representando la primera causa de consulta en el Primer Semestre de 1988.

Aunque su peso en la mortalidad, no es tan alto (el 5.4% del total de muertos en el Primer Semestre de 1989) sí, es importante porque afecta más a los menores de un año.

El abordaje de las ERA, no requiere tecnología compleja ya que para su detección se necesitan medios diag-

nósticos básicos y su tratamiento igualmente está dado por fisioterapia aplicable en su casa y medicamentos de bajo costo, además que sus causas más frecuentes son virales. Por otro lado es necesario educar a la población en relación a las medidas para prevenir brotes y la asistencia temprana al Centro de Salud para evitar complicaciones. Estas acciones que modificarían el perfil actual son de bajo costo.

Problema No. 3:

Persistencia de altas tasas de Mortalidad Perinatal.

La mortalidad perinatal es la primera causa de mortalidad general e infantil teniendo un peso del 28.3% en la mortalidad general y el 65.6% de los menores de 1 año.

Estos datos sobre la magnitud del problema y la población que está sufriendo el problema (Neotatos) nos hacen priorizar el mismo.

Tomando en cuenta el Cuadro de Mortalidad en el Primer Semestre de 1988, donde la clasificación nos permite identificar las diferentes causas de muerte perinatal, se anotan como las más importantes el S.D.R. del RN. y la Sepsis tempranas. El S.D.R. del RN. está en relación a las condiciones socio-económicas y el nivel de vida de la población pero puede ser abordado a través de captación temprana del embarazo, de educación en salud con enfoque a factores de riesgo y mejor capacitación de los Recursos Humanos que atienden a la embarazada para detectar tempranamente el riesgo; todos estos factores no representan mucho costo.

La Sepsis temprana del Neonato está íntimamente relacionada con la calidad del servicio ya que representa una complicación infecciosa sobre la que se puede incidir mejorando las condiciones higiénicas de las Unidades de Salud, especialmente las Salas de Parto lo cual es de bajo costo y no requiere mayor tecnología. Otros

factores que inciden son la capacitación de los Recursos Humanos y el completamiento de la tecnología existente, ya que para la detección temprana de los factores de riesgo es importante tener recursos calificados y cierta tecnología.

Por otro lado existen factores de riesgo o datos de inmadurés fetal que para su identificación requieren de tecnología no existente en el país o poco disponible y de costos altos.

Problema No. 4:

Alta incidencia de lesiones y/o muertes violentas

Las muertes violentas representan el 2º lugar de la mortalidad general con un 20.3% en el Primer Semestre de 1988, siendo el grupo más afectado los mayores de 15 años, que forman parte de la población económicamente activa, convirtiéndose en un grupo priorizado.

Sus causas principales son las HP. AF. con 4 casos, 3 de ellos caídos en combate y los ahogamientos por sumersión con 4 casos también en el Primer Semestre de 1988.

En los casos de muertes violentas el abordaje comprende principalmente, contar con servicios de emergencia y UCI. bien equipados; y por otro lado un factor determinante cuyo abordaje está fuera de nuestro alcance, tanto como institución y como nación, es la agresión imperialista.

La educación en salud en este problema tiene poca incidencia y es la de menor costo, pero el equipamiento de las Unidades de Salud para atender estos casos nos representa un costo altísimo y actualmente la tecnología disponible es moderada.

Problema No. 5:

Incremento de morbilidad por enfermedad de transmisión digestiva: Hepatitis.

Aunque la morbilidad por Hepatitis ha mostrado tendencia al incremento en los últimos 4 años y haya representado el 6.6% de las ETNO. en el Primer Semestre/88, esta enfermedad no se encuentra entre los problemas de salud priorizados en el Area.

El análisis hecho con relación a los criterios de selección fueron que es una enfermedad potencialmente epidémica en grado significativo por las condiciones higiénicas existentes en el Area.

Con relación al impacto sobre grupos priorizados este es alto ya que ocurrió sobre todo en niños entre 0 y 4 años.

El abordaje de la hepatitis en cuanto al tratamiento curativo es plenamente disponible y de bajo costo, pero para el control de foco y la prevención, la tecnología se vuelve significativamente disponible y de costos significativos por su relación a las condiciones socio-económicas e higiénico-sanitarias.

Problema No. 6:

Potencial epidemia de Dengue por altos índices de infectación por A. Aegyti.

Su potencial epidémico está dado por las mismas condiciones higiénico-sanitarias existente en el Area y se comprueba por el índice de infectación de Aedes Aegypti por vivienda que llegó a 4.8 en julio de 1988 aunque en el período estudiado (Primer Semestre/88) no haya ningún caso reportado de Dengue.

El Area 8.2 en conjunto con la 8.1, se encuentran en 7º lugar en términos de magnitud del problema en la Región III.

El impacto del Dengue es sobre la población en general y no sobre algún grupo priorizado.

La tecnología para el tratamiento curativo del caso es significativamente disponible y el costo es bajo pero para hacer trabajo preventivo y eliminar el vector es de costo significativo y tecnología significativamente disponible.

Después de analizar los principales problemas de salud del Area y categorizarlos nos encontramos con 3 problemas con prioridad A de acuerdo a las técnicas y procedimientos establecidos: (Anexo: Formato 1).

- 1) Persistencia de altas tasas de Morbi-Mortalidad por EDA.
- 2) Persistencia de altas de Mortalidad Perinatal
- 3) Incremento de la Morbilidad por ERA.

Al analizar, los factores condicionantes y/o determinantes de cada uno de estos problemas para identificar los nudos críticos sobre los cuales puede incidir a nivel del Area, se observa lo siguiente:

FORMATO 1

IDENTIFICACION, SELECCION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS

FECHA: Primer Semestre 1988

NIVEL: Local

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Area 8.2

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	TENDENCIA			C. SELECCION				PRIORIZACION		
		I	D	M	1	2	3	4	A	B	C
1) Persistencia de altas tasas de Morbi Mortalidad por EDA.	<p>La EDA se mantiene como una de las primeras causas de la mortalidad general (9.4%) e infantil presentando tendencia a mantenerse sin mayor variación durante 1987-1988, con tasas de 1.26 x 1000 Hab. y de 1.12 respectivamente, considerando la población menor de 5 años con relación a la morbilidad los barrios que presentan mayor número de casos son el Germán Pomares, René Polanco, Enrique Gutiérrez y Eduardo Contreras. Estos barrios se encuentran en las cercanías del Centro de Salud, pudiendo indicar un problema de captación en los demás barrios.</p> <p>Esta enfermedad afectó en gran magnitud a los menores de 1 año, en un 55.5% de la morbilidad por esta causa; siguiéndole el grupo etáreo de 1-4 años con 38.5%.</p>			X	3	3	3	3	12		

FORMATO 1

IDENTIFICACION, SELECCION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS

FECHA: Primer Semestre 1988

NIVEL: Local

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Area 8.2

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	TENDENCIA			C. SELECCION				PRIORIZACION		
		I	D	M	1	2	3	4	A	B	C
	<p><u>TENENCIA:</u> No podemos señalar la tendencia, ya que la clasificación a través de los años 1986 y 1987, no es homogéneo y no permite comparar.</p>										
2)	<p>Incremento de la Morbilidad por ERA.</p> <p>Representa la primera causa de consulta en el Primer Semestre de 1988 y a través de los años es una de las dos primeras causas de consulta.</p> <p>El peso en la mortalidad general no es tan alto pero representa el 15.7% del motivo de consulta en el Primer Semestre de 1988.</p>				3	3	3	3	12		
3)	<p>Persistencia de altas tasas de Mortalidad Perinatal.</p> <p>La mortalidad perinatal es la primera causa de la mortalidad general e infantil; representando el 28.3% de la mortalidad general y el 65.6% de la infantil, considerando a menores de 1 año,</p>			X	3	3	2	2	10		

FORMATO 1

IDENTIFICACION, SELECCION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS

FECHA: Primer Semestre 1988

NIVEL: Local

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Area 8.2

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	TENDENCIA			C. SELECCION				PRIORIZACION		
		I	D	M	1	2	3	4	A	B	C
	<p>considerando las causas siguientes: Como las principales: SDR. del RN. y la Sepsis temprana con un peso del 33.3% cada una en la Mortalidad Neonatal.</p> <p>La tendencia que presenta es a mantenerse ya que en 1986, representó el 10% del total de muertes, en Primer Semestre de 1987. representa el 11% y en el Primer Semestre de 1988 representa el 9%, siendo que para esta valoración solo se toma en cuenta el SDR del RN.</p>										
4) Incidencia alta de lesiones y/o muertes violentas.	Las muertes violentas ocupan el 2º lugar de la mortalidad general del Area representando el 20.3% de ésta. En primer lugar se encuentran los ahogamientos por sumersión con 4 casos y las heridas por armas de fuego con 4 casos de los cuales 3 son caídos en combate.				3	3	1	1			8

IDENTIFICACION, SELECCION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS

FECHA: Primer Semestre 1988

NIVEL: Local

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Area 8.2

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	TENDENCIA			C. SELECCION				PRIORIZACION		
		I	D	M	1	2	3	4	A	B	C
5) Incremento de la Morbi-Mortalidad por enfermedades de transmisión digestiva: Hepatitis.	La Hepatitis ha mostrado tendencia al incremento en los últimos 4 años, teniendo 22 casos en el Primer Semestre de 1988, siendo el 6.6% de las E.N.O.	X			2	2	2	1		7	
6) Potencial Epidemia de Dengue por altos índices de infección por A. Aegyptis.	En el Primer Semestre de 1988 no hay caso de Dengue reportado, pero el índice de infección por vivienda por Aedes Aegyptis, llegó a 4.8 en julio de 1988.	X			3	0	2	1			6

B. Explicación de Problemas Priorizados

1.- Persistencia de altas tasas de Morbi-Mortalidad por EDA.

La Morbi-Mortalidad por EDA., tiene como factores condicionantes y determinantes los siguientes:

1.1. Deterioro de las condiciones socio-económicas a nivel nacional, que nos genera la siguiente problemática:

- a) Mala infraestructura DE LOS drenajes pluviales la cual incide directamente en las condiciones higiénicas ambientales.
- b) Poca cobertura del sistema de alcantarillado y letrificación insuficiente, lo que se relaciona con las malas condiciones higiénicas ambientales y escolares del Area, lo mismo que con la existencia de fecalismo al aire libre, convirtiéndose ésto en foco de contaminación.
- c) Baja cobertura del servicio de agua potable. Si a esto le sumamos el problema de la capacidad deficiente de abastecimiento que se almacena agua o que el servicio no llegue por la gran demanda del mismo, la problemática es mayor.

El agua potable es un elemento esencial en las condiciones higiénicas ambientales y escolares y al estar en déficit las condiciones se vuelven más deficientes, además que facilita el acondicionamiento a malos hábitos higiénicos.

- d) Poca capacidad adquisitiva. La situación económica actual tiene un reflejo en el salario del cual depende la adquisición de los productos de consumo, por tanto si el salario es deficiente, la capacidad de adquirir productos es deficiente y esto viene a repercutir en la nutrición de la población principalmente la infantil.
- e) Recursos Humanos con baja calificación técnica para atender el problema. Las limitaciones económicas no nos permiten ampliar nuestra capacidad de formación de Recursos Humanos, lo mismo que tener los

materiales necesarios; además que por la situación actual los docentes con que se cuenta no tienen mucha experiencia. Esto nos genera una baja calidad de la atención al niño con diarrea, poca confianza en los Servicios de Salud, baja captación y cobertura del niño con EDA.

1.2. Formación de recursos con mayor enfoque asistencialista. Esto nos genera:

- a) Poco desarrollo de la educación popular de forma continua por el personal de salud, la cual es una actividad de prevención que podría incidir en la insuficiente práctica de la lactancia, persistencia de malos hábitos higiénicos, baja captación y cobertura de niños con EDA, elevada proliferación de vectores (moscas) existencia de fecalismo al aire libre, baja calidad del agua de consumo (se puede incidir en el almacenamiento inadecuado y en medidas como hervir el agua); malas condiciones higiénicas y ambientales.
- b) Predominio de resolución de problemas intramuro del servicio sin proyección extramuro.

1.3. Incremento de la densidad poblacional, esto se ve reflejada en el número creciente de asentamiento (tenemos 2 asentamientos en el Area), lo que incide en:

- a) Baja cobertura del sistema de alcantarillado y letrificación insuficiente; dado que estos asentamientos no son planificados y además que la situación económica no permite ampliar el servicio de alcantarillado por lo que hay que letrificar pero ésta siempre es insuficiente causándonos malas condiciones ambientales y fecalismo al aire libre.
- b) Baja cobertura del servicio de agua potable, el planteamiento alrededor de esto es igual al anterior y se suma a esto la baja capacidad de la fuente de agua actual y no existencia de otras fuentes en la Región III en este momento, por tanto tenemos malas condiciones higiénicas ambientales y escolares por no contar adecuadamente con este elemento vital para la higiene.

1.4. Poca conciencia sanitaria. Esto permite la poca incidencia en el cumplimiento del saneamiento básico del territorio teniendo presencia de basureros clandestinos y acumulaciones de basuras, esto se relaciona también a la situación económica por tener un servicio deficiente para la recolección de basuras, pero se pueden realizar otras medidas con la comunidad, la cual trabaja de forma jornalera sin conciencia del problema y al no haber educación popular en forma mayor presión para incidir en esto, la comunidad de forma reincidente cae en este hecho.

Otra acumulación que se puede señalar es que falta tratamiento al agua, según los datos de examen de calidad del agua de consumo (con cierto grado de contaminación) que incide en la producción de cuadros de EDA.

1.5. Falta de abordaje interinstitucional. Tenemos las siguientes acumulaciones alrededor de esto:

- a) Baja capacidad de potenciar los recursos comunales que por su vez incide en la baja captación de niños con EDA y en la falta de coordinación e incidencia sobre el Puesto de Salud de las monjas.
- b) Presencia de basureros clandestinos y acumulación de basuras, esto está directamente relacionado con la proliferación de vectores, siendo la mosca la mas importante para este problema.
- c) Falta de tratamiento del agua, el cual aunado al déficit del servicio, nos da una baja calidad del agua del consumo. En el Area no existe delegado de INAA y los contactos son realizados a través del MINSA Regional.

1.6. Insuficiente abordaje integral (Epidemiológico-Asistencial). Esto incide en el poco desarrollo de la educación popular de forma continua por el personal de salud, la que incide

en los hechos anteriormente analizados.

- 1.7. Falta de correspondencia entre políticas y prioridades de salud y disposición actual del sistema.

Esto contribuye al poco desarrollo de la educación popular de forma continua por el personal de salud, al predominio de resolución de problemas intramuros del servicio sin proyección extramuro y en la insuficiente priorización del problema de la EDA. Estas acumulaciones por su vez inciden en los hechos ya mencionados, pero al tratarse de un problema interno del MINSA, éste pasa a ser un Nudo Crítico priorizado.

Tomando en cuenta los factores causales mencionados y valorando sobre que se puede incidir a través de los recursos disponibles son:

- a) Poco desarrollo de la educación popular de forma continua por el personal de salud con esto se incide sobre los principales hechos que inciden en la EDA.
- b) Predominio de resolución de problemas intramuro del servicio sin proyección extramuro.
- c) Falta de abordaje interinstitucional del problema
- d) Insuficiente abordaje integral (epidemiológico asistencial).
- e) Falta de correspondencia entre políticas y prioridades de salud y disposición actual del sistema.

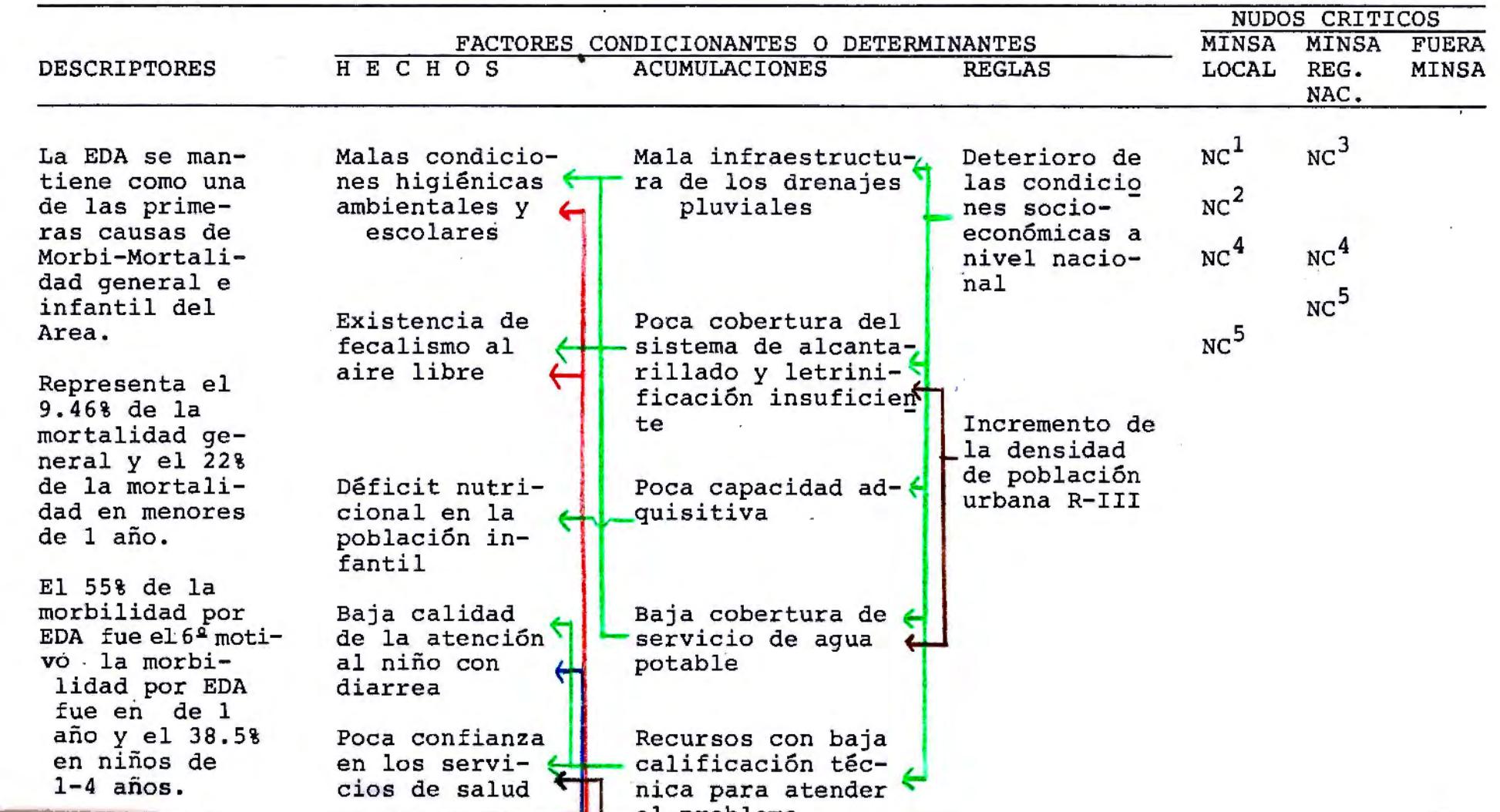
A través de estos cinco Nudos Críticos, se puede incidir sensiblemente en el problema a pesar de que las condiciones socio-económicas determinan la mayoría de los hechos, pero se modifican casi todos con abordajes de trabajo de terreno y mejor organización del servicio.

EXPLICACION DE PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS

NIVEL : Local

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Ara de Salud 8.2

PROBLEMA : Persistencia de Altas Tasas de Morbi-Mortalidad por EDA



Es el 6º motivo

Falta de corres

casos.

La tendencia de la mortalidad por diarrea es mantenerse sin mayor variación durante los primeros semestres 1987-88 con Tasas de 1.26 x 1000 de 1 año en de 5 años.

insuficiente para la atención a través de la URO

Baja captación y cobertura a los niños con EDA

Insuficiente práctica de lactancia materna

Poca incidencia en malos hábitos higiénicos

Falta de coordinación e incidencia sobre el servicio prestado por el P/S de las monjas

Elevada proliferación de vectores (moscas)

Baja calidad del agua de consumo

problema de la EDA

Predominio de resolución de problemas intramuro del servicio sin proyección NC2 extramuro

Poco desarrollo de la educación popular de forma continua por el personal de salud NC1

Baja capacidad de potenciar los recursos comunales

Presencia de basureros clandestinos y acumulación de basuras

Falta de tratamiento del agua

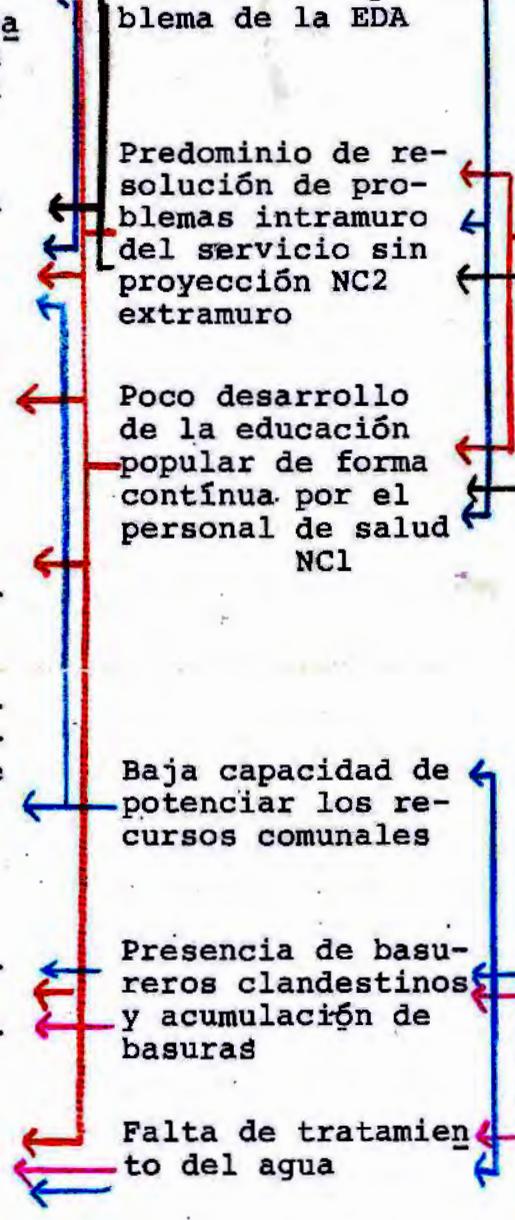
salud y disposición actual del sistema NC5

Formación de recursos con mayor enfoque asistencialista

Insuficiente abordaje integral (epidemiológico-asistencial) NC4

Falta de abordaje Interinstitucional del problema NC3

Poca conciencia Sanitaria



2. INCREMENTO DE MORBILIDAD POR ERA

Con relación a las enfermedades respiratorias agudas, consideramos que una de las características esenciales que determinan en última instancia a este problema es la formación asistencialista del personal médico que influye directamente en el poco desarrollo del trabajo de educación popular de forma continua y que por su vez es factor coadyuvante en la búsqueda tardía de los servicios de salud y en la automedicación que como se dijo anteriormente facilita las complicaciones en las ERAS, y que también incide directamente en la insuficiente práctica de la lactancia materna.

Otra característica esencial que las determinan en última instancia es también el deterioro de las condiciones socio-económicas a nivel nacional puesto que esta es la causa fundamental del déficit de viviendas, del déficit nutricional y la poca accesibilidad de los servicios por la deficiencia de transporte de la Zona Rural hacia las Unidades de Salud.

Por su vez, estas tres acumulaciones son factores condicionantes o determinantes de hechos encontrados en el área como el hacinamiento de pobladores por vivienda; la baja susceptibilidad inmunológica de la población infantil que facilitan el contagio; la búsqueda tardía de los servicios de salud, y la automedicación que facilitan las complicaciones en las ERAS.

Otras características esenciales que determinan el problema es el insuficiente abordaje integral que ocasiona la no existencia de su caracterización epidemiológica y por lo tanto el desconocimiento de sus agentes etiológicos, su magnitud real y distribución de la población de riesgo y vinculado a ésto, la no existencia de un programa de atención a las ERAS y la falta de implantación de normas diagnósticas y terapéuticas. Estas dos características influyen en la falta de capacitación de los Recursos Humanos en las normas técnicas y procedimientos que por su vez ocasionan el abuso en el uso

de antibióticos, el aumento en la susceptibilidad inmunológica de la población infantil y el aumento de secuelas causadas por las ERAS en la población.

La falta de correspondencia entre políticas y prioridades de salud y disposición actual del sistema es también una característica esencial que determina el problema teniendo como acumulación el poco desarrollo del trabajo de educación popular y la falta de capacitación de los recursos humanos en las normas técnicas y procedimientos que a su vez repercuten en los hechos ya mencionados a nivel del Area.

Teniendo en cuenta los factores causales mencionados consideramos que aquellos que pueden significar el mayor cambio en el descriptor y que son posibles de modificación desde nuestro nivel de análisis y con los recursos disponibles, serán:

- a) El poco desarrollo del trabajo de educación popular de forma continua por el personal de salud
- b) La no existencia de caracterización epidemiológica del problema, lo que puede realizarse a través de investigaciones a nivel de área con apoyo de recursos regionales y/o nacionales
- c) Falta de correspondencia entre políticas y prioridades de salud y disposición actual del sistema.

A través de la modificación de estos nudos críticos, se estaría incidiendo en la búsqueda tardía de los servicios de salud, en la insuficiente práctica de la lactancia materna, en la automedicación, en el abuso en el uso de antibióticos, en el aumento de secuelas causadas por las ERAS, en la población y en la alta susceptibilidad inmunológica.

EXPLICACION DE PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS

FECHA: PRIMER SEMESTRE 1988

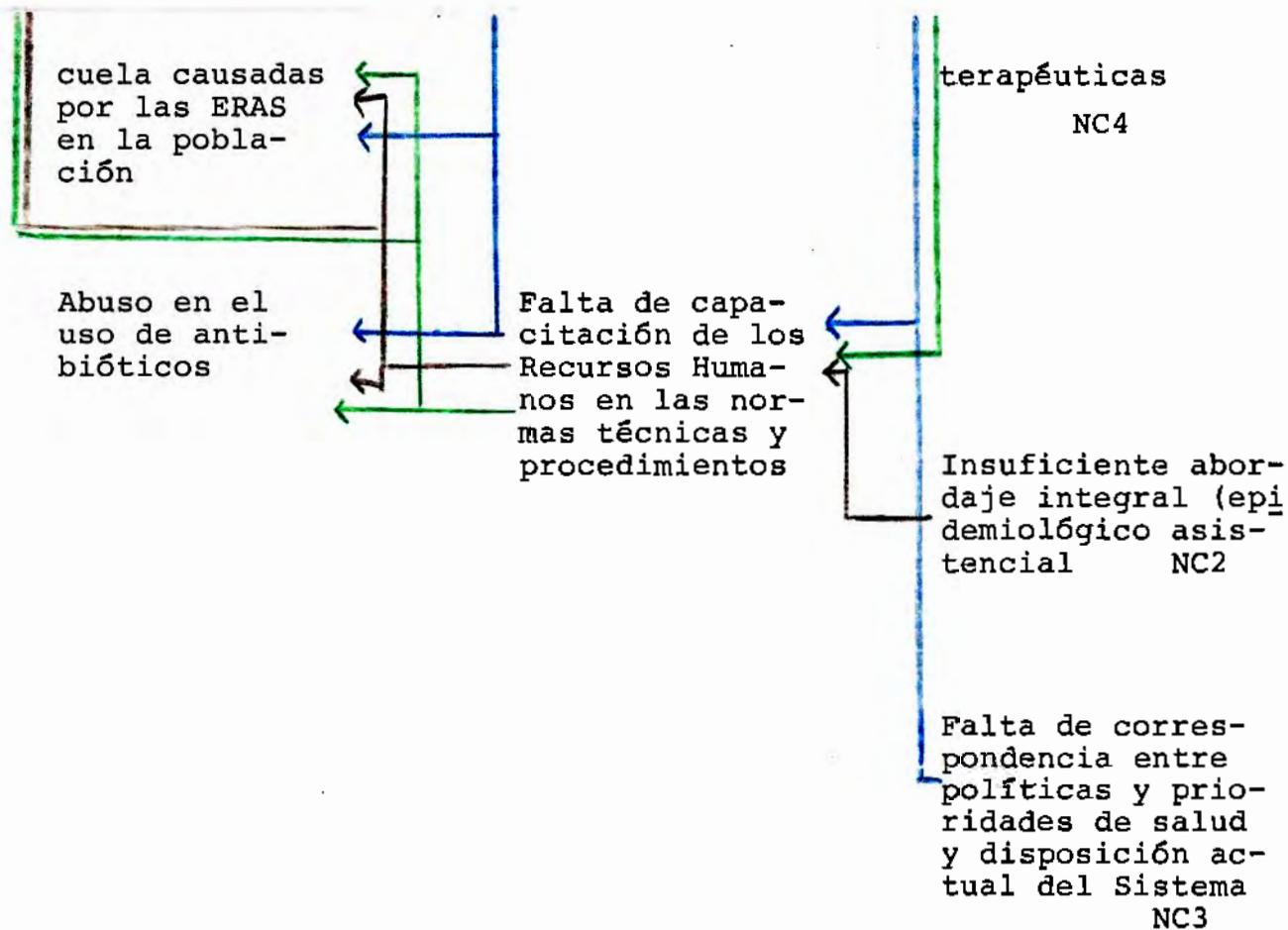
NIVEL: Local

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Area de Salud 8.2

PROBLEMA: INCREMENTO DE MORBILIDAD POR ERA

DESCRPTORES	FACTORES CAUSALES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES			NUDOS CRITICOS		
	HECHOS	ACUMULACIONES	REGLAS	MINSA AREA	MINSA REG. NAC.	FUERA MINSA
Las ERA representan la primera causa de consulta en el Primer Semestre de 1988 y a través de los años es una de las primeras causas de consulta. En 1988 durante el I Semestre representó el 15.7% de los motivos de consultas.	Hacinamiento de pobladores por casa	Déficit de viviendas	Deterioro de las condiciones socio-económicas a nivel nacional	NC1	NC2	
	Población infantil susceptible inmunológicamente	Déficit Nutricional		NC2		
	Búsqueda tardía de los servicios de salud	Poco desarrollo del trabajo de educación popular de forma continua	Formación de recursos con mayor enfoque existencial <i>CMS</i>	NC3	NC4	
	Insuficiente práctica de la lactancia materna					
	Automedicación difundida	Poca accesibilidad de los servicios por deficiencia en el transporte de la zona rural hacia las Unidades de	Falta de programa para control de las EPAS y falta de implantación			

El peso en la mortalidad general no es alto, representando el 5.4% en el Semestre y con relación a los menores de 14 años representa el 7.9% de las muertes del Semestre.



3. PERSISTENCIA DE ALTAS TASAS DE MORTALIDAD PERINATAL:

3.1. La mortalidad perinatal tiene como una de las características esenciales que determinan en última instancia el problema, la formación de recursos humanos con mayor enfoque asistencialista que genera el poco desarrollo de la educación popular de forma continua e incide también en el predominio de resoluciones de problemas intramuros del servicio sin proyección extramuro. Estos dos factores inciden directamente en los siguientes hechos presentes en el área: baja captación de cobertura a la mujer embarazada, baja concentración de CPN; poco control sobre la atención de las PEAS a la mujer embarazada, al parto y al puerperio; poco control del B.P.N. baja captación del puerperio y neonatos en el área y la detección tardía del grupo de riesgo.

3.2. La falta de correspondencia entre políticas y prioridades de salud y disposición actual del sistema incide en la mayoría de las acumulaciones y hechos constatados tales como: en la baja calificación de los recursos humanos para la atención al CPN, en la limitación de los medios diagnósticos y terapéuticos, en el deficiente desarrollo de las acciones preventivas para reducir factores de riesgo, en el poco desarrollo de la educación popular y en el predominio de resolución de problemas intramuros sin proyección extramuros.

3.3. Otra de las características esenciales que determinan en última instancia el problema es, el deterioro de las condiciones socio-económicas a nivel nacional.

Este factor se convierte en el sustrato básico de los problemas de salud causándonos otros factores como:

-La baja calificación de recursos humanos para la atención del C.P.N., las limitaciones económicas no nos permiten ampliar nuestra capacidad de formación de recursos humanos, lo mismo que tener los materiales necesarios; además que por la situación salarial los docentes con que se cuenta no tienen mucha experiencia.

Este problema trae como consecuencia la detección tardía del grupo de riesgo, la baja captación y cobertura de la mujer embarazada y la baja concentración de control pre-natal.

-Red hospitalaria insuficiente e inadecuada, en los últimos años la red hospitalaria ha permanecido igual en la Región III, solamente se tiene la construcción del Hospital "Carlos Marx" y si se suma a esto el aumento de concentración poblacional en esta región se vuelve más insuficiente, además que la infraestructura existente es inadecuada.

-Esto trae como consecuencia la baja accesibilidad de la cama obstétrica hospitalaria, lo mismo que una tensión en la demanda hospitalaria, y condiciones higiénico-sanitarias deficientes por el hacinamiento hospitalario.

-No existencia de transporte nocturno en el área y deficiente transporte de la Zona Rural hacia las Unidades de Salud, esto hace menos accesible la cama obstétrica hospitalaria por la noche lo mismo que baja captación y cobertura de la mujer embarazada, de la Zona Rural.

-Limitación de los medios diagnósticos y terapéuticos que a su vez inciden en la detección tardía del grupo de riesgo.

- 3.4. Otra característica esencial que determina en última instancia el problema es el incremento de la densidad poblacional.

Los asentamientos son reflejo de la migración poblacional que ocasiona la sobrecarga de la Red Hospitalaria, que además de inadecuada se hace insuficiente este factor provoca una demanda tensionada en los servicios hospitalarios, además que también incide en las condiciones higiénico-sanitarias del Centro Hospitalario por hacinamiento y limitaciones de recursos y en la baja accesibilidad a la cama obstétrica hospitalaria.

- 3.5. Los problemas de coordinación intrainstitucional son también una característica esencial y se refleja fundamentalmente en la falta de contra referencia hospitalaria lo que genera a su vez baja captación del puerperio y neonatos lo mismo que poco control del B.P.N.

3.6. Las normas de embarazo, parto y puerperio incompletas o sin implantarlas, nos generan problemas en la contrarreferencia de pacientes y en el desarrollo de acciones preventivas lo que a su vez se refleja en baja captación de puerperio y neonato y bajo control del B.P.N. baja captación cobertura de la embarazada y de detección tardía del grupo de riesgo.

Teniendo en cuenta los factores causales mencionados consideramos que aquellas que pueden significar el mayor cambio en el descriptor y que son posibles de modificación desde nuestro nivel de análisis y con los recursos disponibles son:

- a.- Poco desarrollo de la educación popular de forma continua por el personal de salud.
- b.- Falta de correspondencia entre políticas y prioridades de salud y disposición actual del Sistema.
- c.- Predominio de resolución de problemas intramuros y atención insuficiente a problemas extramuros.
- d.- problemas de coordinación intrainstitucional.
- e.- Deficiente desarrollo de las acciones preventivas para reducir factores de riesgo.

Sobre esto podemos incidir reorganizando el servicio con los recursos actuales.

EXPLICACION DE PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS

NIVEL: Local

FECHA: Primer Semestre de 1988.

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Area de Salud 8.2

PROBLEMA: PERSISTENCIA DE ALTAS DE MORTALIDAD PERINATAL

DESCRPTORES	FACTORES CAUSALES Y DETERMINANTES			NUDOS CRITICOS		
	HECHOS	ACUMULACIONES	REGLAS	MINSÁ AREA	MINSÁ REG.	FUERA MINSÁ NAC.
<p>La mortalidad neonatal ocupa el primer lugar de la mortalidad general (28.3%) en I Semestre de 1988.</p> <p>Representa el 65.6% de las muertes en menores de un año en el I Semestre de 1988.</p>	Baja accesibilidad a la cama obstétrica hospitalaria	Baja calificación de los RR.HH. para la atención CPN	Deterioro de las condiciones socio-económicas a Nivel Nacional	NC1		
	Deficientes condiciones higiénico-sanitarias en Centros Hospitalarios	Red hospitalaria insuficiente e inadecuada			NC2	
<p>La tendencia es de mantenimiento, ya que en 1986 representó el 10% del total de muertes en el I Semestre.</p> <p>1987 representa el 11% y en el I Semestre 1988 representa el 9%, siendo que para esta valoración sólo se toma en cuenta el S.D.R. del RN.</p>	Detección tardía del grupo de riesgo	No existencia de transporte nocturno en todo el Area y deficiencia de transporte diurno de la Zona Rural hacia las Unidades de Salud	Incremento de la densidad de la población urbana en la Región III	NC4		NC5
	Demanda tensionada en Servicios Hospitalarios	Limitación de los medios diagnósticos y terapéuticos			NC5	
	Baja captación del puerperio y neonatos en el Area	Fallas en el Sistema de contrareferencia hospitalaria	Problemas de coordinación intrainstitucional			NC3
	Poco control del B.P.N.	Deficiente desarrollo de las acciones preventivas	Normas de embarazo, parto y puerperio in-			

Baja captación y cobertura a la mujer embarazada

Baja concentración de C.P.N.

Bajo control sobre la atención de las PEAS a la mujer embarazada al parto y al puerperio

vas para reducir factores de riesgo NC4

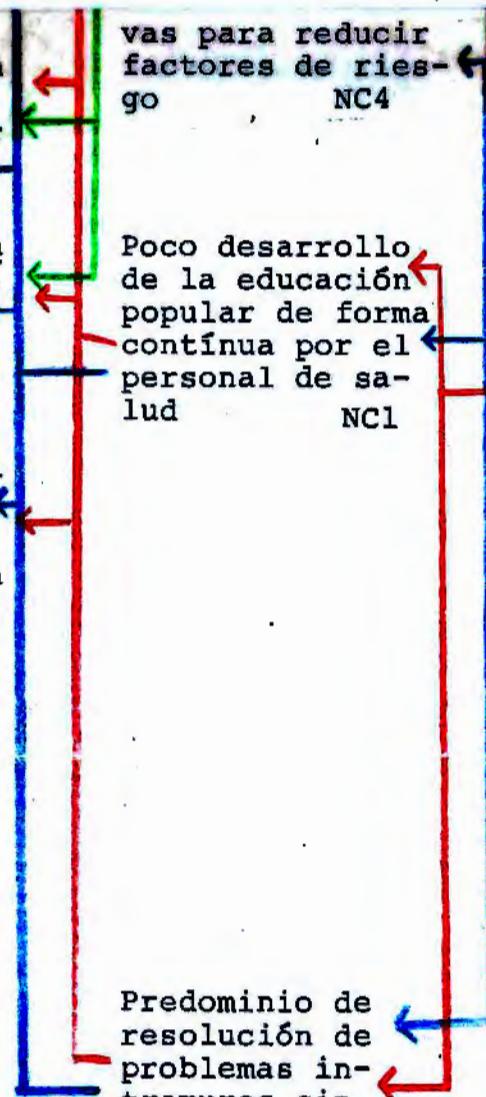
Poco desarrollo de la educación popular de forma continua por el personal de salud NC1

Predominio de resolución de problemas intramuros sin proyección extramuros NC2

completas o sin implantarlas

Formación de recursos con mayor enfoque asistencialista

Falta de correspondencia entre políticas y prioridades de salud y disposición actual del sistema NC5



NUDOS CRITICOS DE MAYOR RELEVANCIA Y ALCANCE
EN RELACION A PROBLEMAS PRIORIZADOS

FECHA: Primer Semestre 1988

NIVEL: Local

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Area de Salud 8.2

<u>PROBLEMAS PRIORIZADOS</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
1. Persistencia de Altas Tasas de Morbi Mortalidad por EDA	X	X	X	X	
2. Persistencia de Altas Tasas de Morta lidad Perinatal	X	X		X	X
3. Incremento de morbilidad por ERA.	X	X	X		

NUDOS CRITICOS

1. Falta de correspondencia entre políticas y prioridades de salud y disposición actual del sistema
2. Poco desarrollo del trabajo de Educación Popular de forma continua por el personal de salud
3. Insuficiente abordaje integral (epidemiológico-asistencial)
4. Predominio de resolución de problemas intramuros y atención insuficiente en problemas extramuros
5. Deficiente desarrollo de acciones preventivas para reducir factores de riesgo.

C O N C L U S I O N E S

1.
 - La persistencia de Altas Tasas de Morbi-Mortalidad por EDA
 - La persistencia de Altas Tasas de Mortalidad Perinatal y
 - El incremento de Morbilidad por ERA, constituye los problemas priorizados los cuales, están de cara al grupo de riesgo infantil y son abordables con los recursos y Tecnología disponible.
2. Entre los factores que inciden en la presencia de éstos problemas hay varios fuera del alcance de la intervención local, sin embargo se identifican nudos críticos abordables a nivel de la organización de los servicios, que son:
 - Falta de correspondencia entre políticas y prioridades de salud y disposición actual del sistema
 - Poco desarrollo del trabajo de Educación Popular de forma continua por el personal de salud
 - Predominio de resolución de problemas a nivel intramuros en detrimento de la atención de los del nivel extramuros
 - Insuficiente abordaje integral (epidemiológico-asistencial de los problemas)
 - Deficiente desarrollo de acciones preventivas para reducir factores de riesgo.
3. La estructura y forma que adopta la organización de los servicios de salud en el Area limitan la optimización y racionalización de los mismos para mejorar los problemas priorizados.

RECOMENDACIONES

- 1.- Reorientar la organización de los servicios hacia el grupo de Riesgo Infantil
- 2.- Incrementar las acciones de Educación Popular orientada directamente a la población en coordinación con las organizaciones de masas, involucrando a todo el personal de los servicios
- 3.- Impulsar la ubicación de personal en la comunidad por sectores priorizados
- 4.- Orientar el Sistema de Información hacia un abordaje Epidemiológico de los problemas
- 5.- Elaborar plan de acción específico por cada problema priorizado, que promueva la optimización de los recursos en relación a los mismos.

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

- 1) MATUS, CARLOS. Políticas, Planificación y Gobierno
Septiembre 1987.
- 2) CASTELLANOS, PEDRO LUIS, Taller Latinoamericano de Medicina
Social, Medellín - Colombia, Julio 1987. Folleto.
- 3) QUEVEDO, BENITEZ.
Revista Cubana de Administración; Vol. 13, No. 2. 1984.
- 4) SERENKO, A.F., ERMAKOV, V.V. Higiene Social y Organiza-
ción de la Salud Pública, Editorial Mir Moscú, URSS
1986.
- 5) PLAN DE SALUD 1988-1990. MINSA, Nicaragua.
- 6) TEORIA DE LA ADMINISTRACION DE SALUD. Colección del estu-
diante de Medicina. Texto Básico, MINSAP, Cuba, 1982.
- 7) OBREGON, SONIA, MONTILVA, EDUARDO. La Planificación Situa-
cional en los Silos, 2a. Versión.
- 8) EVOLUCION DE LA ESTRATEGIA DE APS, MINSA, Nicaragua.
Agosto de 1988.

A N E X O S

CUADRO No. 1

PRINCIPALES GRUPOS POBLACIONALES

Y EVENTOS DEMOGRAFICOS DEL AREA 8.2 R-III

AÑO 1988

Población Total: 39,062

GRUPO POBLACIONAL	INDICADOR	UNIVERSO
Menores de 1 año	3.94%	1,539
Niños de 1-4 años	14.32%	5,593
De 4-5 años	6.64%	2,593
Niños Menores de 5 años	18.26%	7,132
Niños Menores de 6 años	21.52%	8,304
Niños de 0-5 años	21.58%	8,429
De 0-6 años	24.665%	9,632
De 0-14 años	46.419%	18,132
Niños 6-9 años	11.98%	4,679
Niños de 5-14 años	28.15%	10,995
Población femenina de 10-12 años	3.96%	1,546
Mayores de 15 años	53.590%	20,993
Mujeres en Edad Fértil 15-44 años	22.589%	8,823
Mujeres mayores de 15 años	27.10%	10,585
Nacidos vivos esperados (NVE)	$\frac{MEF \times 198.1}{1000}$	1,744
Partos esperados	NVE x 1.01	1,761
Embarazos esperados	PE x 1.11	1,955
Embarazos de alto riesgo	EE x 0.5	977
Nacidos con bajo peso y Preter- minos	NVE x 0.15	264
Niños desnutridos	67.8%	5,715
I	46.7% - 6 años	3,936
II	18.2%	1,534
III	2.9%	244
Niños Eutróficos	32.2% niños de 0-5 años población de CCD	2,714
Niños Control U.R.O.	25% (0-5 años)	21,072

CUADRO No. 2

POBLACION URBANA Y RURAL DEL AREA 8.2
REGION III 1988

UBICACION	No.	%
Urbana	33,962	86.9
Rural	5,100	13.1
TOTAL	39,062	100.0

FUENTE: Area de Salud 8.2

CUADRO No. 3

POBLACION POR GRUPO ETAREO Y SEXO DE LOS AÑOS
DE 1984 A 1988 SEMESTRE DEL AREA 8.2 REGION III

GRUPOS ETAREOS	1984	1985	1986	1987	1988
- 1 año	1561	1567	1540	1552	1539
1- 4 años	5632	5630	5550	5592	6863
5-14 años	10962	11028	9660	9734	9723
15 y + años	19645	20775	21950	22122	20937
TOTAL	37800	39000	38700	39000	39062

FUENTE: Regional de Salud
INEC
Area de Salud 8.2

CUADRO No. 4

MATRICULA INICIAL POR SEXO, MATRICULA ACTUAL, CONDICIONES Y
 NUMERAL DE LETRINAS EN LAS ESCUELAS DEL AREA 8.2 R-III.
 1988

	MATRICULA INICIAL 1988									TOTAL	MATRICULA ACTUAL	No. LETRINAS O INODOROS	
	PRE-ESCOLAR			PRIMARIA			SECUNDARIA					B	M
	M	F	PRE.T.	M	F	PRIM.T.	M	F	SEC.T.				
Héroes y Mártires Macaraly	-	-	-	745	862	1,607	-	-	-	1,607	1,472	-	11
Ronald Ocampo	181	230	411	-	-	-	-	-	-	411	sdd	-	2
Roberto Rugama	67	59	126	493	488	981	-	-	-	1,107	1,010	6	-
José Santos Mayorga	38	50	88	504	517	1,021	219	406	625	1,734	-	-	10
*Bautista Social	-	-	-	118	120	238	-	-	-	238	225	5	-
*Enrique de Ossó	-	-	147**	507	544	904**	-	-	-	1,051	1,051	8	-
*Reino de Dios	40	40	80	69	83	152	-	-	-	232	164	1	-
Filemón Rivera	-	-	-	309	311	620	-	-	-	620	586	4	1
Las Jagüitas	17	13	30	70	135	205	-	-	-	235	198	-	3
Georgino Andrade	26	28	54	335	319	654	-	-	-	708	509	-	3
Carlos fonseca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	-	-
Adventista del 7 ^{mo} día	-	-	-	82	113	195	-	-	-	195	199	3	-
	369	420	936	3,232	3,492	6,637	219	406	625	1,278			

FUENTE: ESCUELAS DEL AREA.

*Escuelas Privadas.

**En la Escuela Enrique de Ossó, los 147 alumnos de Pre-Escolar fueron incluidos en la información, por Sexo de la Primaria, por no disponer de información en separado.

CUADRO No. 5

CENTROS DE TRABAJO Y No. DE TRABAJADORES POR SEXO
SECTOR SECUNDARIO DE PRODUCCION
AREA 8.2 REGION III 1988

NOMBRE	TIPO		No. TRABAJADORES		
	PIRV.	EST.	M	F	TOTAL
Ladrillería José Angel Artola	X		-	-	-
Taller de Camas Ricardo Gómez	X		5		5
Taller de Muebles Santos Carballo	X		3		3
Panadería Martín Gurdián	X		3	1	4
Panadería Rafaela Mendoza	X		-	-	3
Panadería Elís Jacob Caldera	X		3		3
Panadería Elsa Mendoza	X				
Panadería Samuel Alvarez	X		3		3
Panadería Juan Canales	X		1		3
Panadería Lázaro Pinarte	X		1		1
Panadería Félix R. Madrigal	X		2		2
Panadería Julio Pérez	X		2		2
Panadería Froylan Ruíz	X		2		2
Panadería Luis Pacheco	X				Cerrada
Panadería Lilliam Zúñiga	X		3	1	4
Panadería Héctor Gómez	X		2	1	3
Pan. Luis Francisco Espinoza	X		1		1
Panadería Alberto Idíquez	X				Cerrada
Panadería Marlene Rojas	X		3	1	4
Panadería Leonardo Morales	X				Cerrada
Panadería Milagro Velásquez	X		5		5
Panadería Cándida Velásquez	X		4	1	5
Panadería Clementina Díaz	X		2		2
Panadería Nila Velásquez	X				Cerrada
Incurtidora Guillermo Narváez	X				Cerrada
Chichería El Buen Sabor	X				2
Chichería La Granadina	X		2		2
T O T A L			47	5	59

FUENTE: Higiene del Area 8.2

CUADRO No. 6

CENTROS DE TRABAJO Y No. DE TRABAJADORES POR SEXO
SECTOR TERCIARIO DE PRODUCCION
AREA 8.2 REGION III - 1988

NOMBRE	TIPO		No. DE TRABAJADORES		
	PRIV.	EST.	M	F	TOTAL
Taller de Fundación de Aluminio	X		7	-	7
Carpintería Luis Enriquez	X		4		4
Rest. y Bar El Principal	X			1	1
Salón Cervecerero Rincón Feliz	X				
Salón Cervecerero La Cabaña	X		1	1	2
Salón Cervecerero Las Colinas	X				
Salón Cervecerero El Africa	X				
Comidería Terminal de Buses	X			1	1
Bar Anastasio Zamora	X				
Bar Edgardo Benavides	X		1	1	2
TOTAL			12	3	17

CUADRO No. 7

ABASTECIMIENTO Y CONTROL DE AGUA POTABLE

AREA: 8.2

REGION: III

<u>FUENTE DE ABASTECIMIENTO</u>	<u>RED DE ABASTECIMIENTO</u>	<u>NUMERO DE MUESTRAS</u>	<u>EXAMEN BACTERIOLOGICO</u> <u>No. MUESTRAS POSITIVAS</u>	<u>No. MUESTRAS NEGATIVAS</u>
Superficial	Acueducto Municipal	28	23	5

FUENTE: AREA DE SALUD 8.2

CUADRO No. 8

CASOS DE MALARIA E INDICES PARASITARIOS

1984 PRIMER SEMESTRE 1988

AREA 8.2

INDICE DE LAMINAS POSITIVAS

AÑOS	MUESTRAS EXAMINADAS	POSITIVOS			ILP	IPS INC: PARA- CITARIA
		VIVAX	FALCI- PARIA	TOTAL		
1984	1532	5	-	5	0.33	0.13
1985	1274	14	-	14	1.09	0.35
1986	2611	20	1	21	0.80	0.54
1987	3612	18	1	19	0.53	0.51
1988 1er. Sem.	1734	13	-	13	0.75	0.33

Fuente: Oficina Zonal de C.E.M.

CUADRO No. 9
 MORBILIDAD ATENDIDA POR CAUSA
 AREA 8.2 REGION III
 PRIMER SEMESTRE DE 1988

ENFERMEDADES	No. CONSULTAS	%
ERA	5,414	15.72
Otras	5,029	14.59
Aparato Genito-Urinario	4,972	14.43
Otras Aparato Digestivo	4,243	12.32
Otras Aparato Respiratorio	4,144	12.03
EDA	2,532	7.35
Piel y Tejido Celular Subcutáneo	2,366	6.87
Sistema Nervioso y Organos Sensitivos	1,576	4.57
Embarazos y Puerperio	1,840	5.34
Sistema Oseo Muscular	1,330	3.86
Aparato Circulatorio	543	1.58
Sistema Glandular	295	0.86
Lesión Traumática y Envenenamiento	167	0.48
T O T A L	34,451	100.00

fuentes: Area 8.2

CUADRO No. 10
 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
 AREA 8.2
 1983 I SEMESTRE 1987

C A U S A	1983	1984	1985	1986	I SEMES- TRE 1987
1. Enf. Resp. Aguda	14,222	5,718	6,320	7,565	3,379
2. Otras del Apto. Respiratorio	8,141	4,975	9,306	8,245	4,304
3. Otras del Apto. Digestivo	7,822	3,915	5,501	5,547	3,733
4. Apto. Urinario	7,392	3,323	5,442	7,599	4,205
5. Piel y Tejido	7,479	2,821	4,150	3,095	1,947
6. OTROS	6,289	1,187	2,953	4,369	5,957
7. Sistema Nervioso	6,289	1,846	2,102	2,624	968
8. Sist. Osteo-Muscu lar	3,906	2,261	2,999	2,109	1,098
9. E.D.A.	4,887	1,362	2,111	2,466	1,762
10. Embarazo y Puerperio	3,070	1,517	573	1,425	1,276

FUENTE: Plan Trienal 1988-1990 del Area 8.2

CUADRO No. 11
MORBILIDAD POR CAUSA DE E.T.N.O. POR GRUPO ETEREO Y SEXO
AREA 8.2
I SEMESTRE 1988

C A U S A	-1a		1-4 a		5-14a		15-49 ^a		50 ±		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Sarampiòn	2										2
Tètano Neonatal		1									1
Meningitis Bacteriana	11	5	5	11	14	12	7	7	1	-	73
Malaria											0
Hepatitis		1	5	6	5	3	-	1	-	1	22
Parotiditis	2		4	16	8	16	6	1	-	-	53
Rubeola			1				1				2
Varicela	2	1	5	6	16	14	5	6	-	-	55
Lesionados por animal Transmisible Rabia											83
T.B.							1	5	-	1	7
Sìfilis Adquirida							1	4	-	-	5
Condiloma Acuminado							8				8
Infecciòn Gonocòccica	1						1	1			3
Escabiasis	1	1	2		1		1	1	-	-	7
Intox. Organo Fosforado							-	6	-	1	7
Intox. Medicamentosa							1				1
T O T A L											330

FUENTE: Area 8.2

CUADRO No. 12
 MORBILIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
 EN MENORES DE 5 AÑOS, POR GRUPO DE EDAD
 AREA 8.2 REGION III
 I SEMESTRE 1988

GRUPO DE EDAD	TOTAL DE CASOS	%
-1 Año	1,731	55.5
1-4 Años	1,201	38.5
+ de 5 Años	184	5.9
T O T A L	3,116	100.0

FUENTE: Area de Salud 8.2

CUADRO No. 13

CASOS DE DIARREA ATENDIDOS EN U.R.O. DE
ENERO A JUNIO DE 1987-1988

AREA: 8.2

REGION: III

MESES	1987	1988
Enero	165	239
Febrero	258	179
Marzo	288	120
Abril	176	168
Mayo	314	244
Junio	302	417
TOTAL	1,503	1,367

FUENTE: Area 8.2

CUADRO No. 14

CASOS DE DIARREA ATENDIDOS EN U.R.O.
POR SECTOR DE PROCEDENCIA 1987

AREA 8.2

I SEMESTRE DE 1988

SECTOR	CASOS EN 1987	I SEMESTRE 1988
1	288	143
2	376	186
3	380	201
4	428	256
5	474	306
6	210	65
7	254	55
8	209	56
9	230	53
10	207	26
TOTAL	3,056	1,347

FUENTE: Area de Salud 8.2

CUADRO No. 15.

CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO Y GRUPO ETAREO
I SEMESTRE 1988

AREA 8.2 III REGION

CAUSAS	M	F	-1 a	1-4 a	5-14 a.	15 y MAS.	TOTAL
I. MUERTES PERINATALES	13	8	21				21
a.- Sínd. Distres Respiratorio RN.	5	2	7				7
b.- Sepsis Temprana	4	3	7				7
c.- Inmadurez Orgánica	2	-	2				2
d.- Asfixia Neonatal Severa	1	1	2				2
e.- Aspiración Masiva Meconial	-	2	2				2
f.- Muy bajo peso al nacer	1	-	1				1
II. MUERTES VIOLENTAS	12	3			3	12	15
a.- Politraumatismo	1					1	1
b.- Heridas por Arma de Fuego	4					4	4
c.- Ahogamiento por Sumersión	2	2			3	1	4
d.- Accidentes Automovilístico	2					2	2
e.- Viscera Hueca Perforada	1					1	1
f.- Trauma Craneo-Encefálico	2	1				3	3
III. SINDROME DIARREICO AGUDO	2	5	7				7
IV. MUERTE SUBITA	4	5				9	9

... sigue ...

Viene de Cuadro No. 15

C A U S A S	M	F	-1 a.	1-4 a.	5-14 a.	15 Y MAS.	TOTAL
V. TUMORES MALIGNOS	5			1		4	5
a.- Leucemia	1			1			1
b.- Pròstata	1					1	1
c.- No definido	1					1	1
d.- Gàstrico	1					1	1
e.- Rabdomios-Arcoma	1					1	1
f.- Cerebro							
g.- Hepàtico							
h.- Utero							
VI. E.R.A.	4		2		1	1	4
a.- Bronconeumonìa	3		2		1		3
b.- Neumonìa Lobal	1					1	1
VII. SHOCK SEPTICO	1		1				1
VIII ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR		2				2	2
IX. T.B. PULMONAR	1	1				2	2
X. OTRAS CAUSAS	4	4	1	1		6	8
TOTAL AREA	20	9	3	1	3	22	
TOTAL HOSPITALES	26	19	29	1	1	14	45
GRAN TOTAL	46	28	32	2	4	36	74

FUENTE: Area de Salud 8.2

CUADRO No. 16
CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL POR SEXO Y GRUPO ETAREO
AREA 8.2 1986

C A U S A	1 AÑO		1-4 AÑOS		5-14 AÑOS		15 y MAS		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	
H.P.A.F.							20		20
E.D.A.	11	6		2					19
Infarto de Mio- cardio							9	6	15
S.D.R. del RN.	4	6							10
Diabetes							5	3	8
B.N.M.	4	1	2						7
I.C.C.	2						3	1	6
Trauma Craneo- Encefálico					2		3	1	6
Ahogamiento por Sumersión					1		3		4
A.C.V.							1	3	4
TOTAL	21	13	2	2	3		44	14	99

FUENTE: Plan Trienal del Area.

CUADRO No. 17
CAUSA DE MORTALIDAD GENERAL POR SEXO Y GRUPO ETAREO
I SEMESTRE 1987
AREA 8.2

C A U S A	M	F	MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-y MAS	TOTAL
Infarto Agudo Miocardio	3	6				9	9
E.D.A.	4	5	7			2	9
Sînd. Membrana Hialina	6	2	8				8
Paro Cardio-Respiratorio	3	4				7	7
A. C. V.	3	4				7	7
Shock Hipovolêmico	4					4	4
Ca. Cêrvico-Uterino		4				4	4
Septicemia	3	1	4				4
Insuficiencia Cardîaca	3	1				4	4
Trauma Craneo-Encefàlica	2	1				3	3
Bronconeumonia	3		2			1	3
Bronco-Aspiraciòn	1	1	2				2
Ahogamiento	1	1				2	2
Melanoma	1					1	1
Gangrena Gaseosa		1				1	1
Leucemia	1					1	1
T O T A L	38	31	23	0	0	46	69

FUENTE: Plan Trienal del Area.

CUADRO No. 18
 PRODUCCION DE SERVICIOS I SEMESTRE 1988
 AREA 8.2

VARIABLES	META	REALIZADO		% CUMPLIMIENTO	% VARIACION
	SEMESTRAL	1987	1988	META	AÑO ANTERIOR
Consulta Médica Total	36,097	28,479	34,726	96.2	22
Consulta Sub-secuente	-	-	32,020	-	-
Consulta de 1ª Vez			2,706		
Consulta a menores de 1 año			4,443		
Consulta 1-4 Años			7,093		
Consulta 5-14 Años			3,850		
Consulta de 15 y más años			19,340		
Examen de Laboratorio			31,114		
Examen Lab. Cons. MX			0.8		
C.P.N. Total			1,136		
Primer Control			505		
Control Sub-Secuente			631		
I Trimestre			135		
II Trimestre			214		
III Trimestre			156		
Control de A.R.O.			NHD		
Control de Puerperio	507	396	346	68.2	-12.6
Control de CA Total			1,415		
Controles de Mama			418		
Controles de Citología	967	995	997	103.1	0.2
Controles de Fertilidad			1,005		
G.O.	1,660	594	818	49.2	37.7
D.I.U.			287		
O. Métodos			51		
Total de C.C.D.	3,064	6,415	2,551	83.2	60.2
Control de 1ª vez a Pre-Término			-		
Control Sub-Secuente a Pre-Término			-		

...+++

Viene de Cuadro No. 18

V A R I A B L E S	META	REALIZADO		% CUMPLIMIENTO	% VARIACION
	SEMESTRAL	1987	1988	META	AÑO ANTERIOR
Control a RN.	367	556	472	128.6	-15.1
Control de 1 a 11 meses	1,886	1,397	19	1.0	-98.6
Control de 1 a 5 años	811	1,574	5	0.6	-99.6
Consulta a Desnutridos	1,047	977	551	52.6	-43.6
I Grado			146		
II Grado			33		
III Grado			9		
Atención a URO	1,545	1,503	1,367	88.4	- 9.0
Rehidratación Domiciliar			-		
Rehidratación URO			1,345		
Rehidratación I.V.			-		
Dosis de B.C.G.			508		
Dosis de D.P.T.			4,815		
Dosis de Sarampión	1,979	1,474	1,525	77.0	3.4
Dosis de Polio			16,184		
Dosis T.T.			461		
Inmunizados T.T.	3,697	1,907	1,174	31.7	-38.4
Inmunizados Polio	3,264	5,419	2,550	78.1	-52.9
Inmunizados D.T.	548	739	112	20.4	-84.8
Inmunizados D.P.T.			1,403		
Casos Nuevos de T.B.	19	17	7	36.8	-58.8
Incidencia T.B.			94		
Abandonos T.B.		22.2	12		
Captación de SR. más 21	329	236	229	69.6	- 2.0
Perros Vacunados	2,275	61	1,118	49.1	1,732
Perro Eliminados	975	611	432	44.3	-29.2

CUADRO No. 19

PRODUCCION DE SERVICIOS 1984-1985-1986-1987

AREA 8.2

V A R I A B L E S	1984	1985	1986	1987
Consulta Médica Total	62,838	46,940	46,047	62,781
Consulta Sub-Seciente	-	-	-	58,507
Consulta de 1ª vez	-	-	-	4,265
Consulta a -1 Año	7,984	5,153	5,027	8,276
Consulta 1-4 Años	12,972	9,099	8,947	12,928
Consulta 5-14 Años	6,227	4,859	4,718	7,550
Consulta de 15 y más	35,155	27,829	27,355	34,027
Examen de Laboratorio	37,934	40,418	61,793	63,776
Examen Lab. Cons. MX.	0.6	0.8	1.3	1
C.P.N. Total	3,499	3,079	3,175	2,386
Primer Control	341	408	334	886
Control Sub-Seciente	-	-	-	1,500
I Trimestre	341	408	558	232
II Trimestre	636	408	625	470
III Trimestre	454	280	137	184
Control de A.R.O.	-	-	-	-
Control de Puerperio	778	956	976	767
Control de CA. Total	1,563	2,395	3,475	2,495
Controles de Mama	432	1,107	1,245	814
Controles de Citología	1,131	1,288	2,230	1,681
Controles de Fertilidad	543	1,003	1,767	1,687
G.O.	195	710	1,104	1,176
D.I.U.	235	168	519	369
O. Métodos	113	125	144	142
Total de C.C.D.	7,895	8,038	7,425	4,191
Control de 1ª vez a Pre-Término	178	170	1,536	1,303
Control Sub-Seciente a Pre-Término	-	-	5,889	4,619
Control a R.N.	-	-	1,207	1,065
Control de 1 a 11 meses	269	3,017	2,980	1,514
Control de 1 a 5 Años	266	2,942	3,238	1,612
Consulta a Desnutridos	2,514	2,039	2,223	1,598
I Grado	-	-	813	647
II Grado	-	-	167	114
III Grado	-	-	40	31
Atención a URO.	1,814	2,458	2,040	3,036
Rehidratación Domiciliar	388	484	34	5
Rehidratación URO	-	-	-	3,031
Rehidratación I.V.	-	-	-	-

...+++

Viene de Cuadro No. 19

V A R I A B L E S	1984	1985	1986	1987
Dosis de B.C.G.	2,593	2,358	2,001	1,401
Dosis D.P.T.	4,344	4,997	8,975	9,227
Dosis Sarampión	665	1,103	2,640	1,963
Dosis de Polio	5,108	8,357	10,177	24,899
Dosis de T.T.	7,521	9,584	13,586	11,085
Inmunizados T.T.	21	3,469	4,537	3,699
Inmunizados Polio	910	1,381	7,059	2,132
Dosis DT.	2,335	3,868	3,844	4,556
Inmunizados D.T.	585	1,972	1,195	1,762
Inmunizados D.P.T.	1,185	15,023	2,563	3,089
Incidencia de T.B.		59	36	43
Casos más Nuevos de T.B.	18	30	17	30
Abandonos T.B.	-	15	21	4
Perros Vacunados	1,213	35	1,700	1,503
Perros Eliminados	1,150	1,400	850	1,244
Captación de SR Más 21	-	-	-	-

CUADRO No. 20

CAPACIDAD FISICA INSTALADA Y SUS CONDICIONES
 1987 - I SEMESTRE 1988
 AREA 8.2 REGION III

NOMBRE DE LA UNIDAD	C/S S.C.	P/S	P/M	INADE- CUADA	ADE- CUADA	SUB-UTILIZADA			MANTENINIEMTO			
						TIEMPO	ESPACIO	CAPACIDAD	B	R	M	
C/S Carlos Rugama	X			X			X					X
P/S Salomón Moreno		X		X		X		X				X
ESC. Enrique de Ossó			X									

FUENTE: Area de Salud 8.2

CUADRO No. 21

EJECUCION PRESUPUESTARIA EN LOS PRINCIPALES RUBROS
I SEMESTRE 1988

DESCRIPCION DEL RUBRO	PRESUPUESTO ANUAL	EJECUTADO
DIVERSOS SERVICIOS	C\$22,800.02	C\$30,031.25
PAPELES, CARTONES Y OTROS	13,984.26	40,976.75
PRODUCTOS ELABORADOS DE PAPEL Y OTROS	11,570.57	28,467.90
PROD. ARTES GRAFICAS	46,593.66	101,919.30
UTILES DE OFICINA	61,801.67	63,815.00
OTROS PRODUCTOS VARIOS	3,773.94	18,143.33

FUENTE: Evaluación del Primer Semestre 1988.

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS

TABLA 22 A

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS
(Médicos por C/S, P/S, etc y por tiempo).

PERFIL	MEDICO ESPECIALISTA	MEDICO GENERAL	MEDICO SS I.	MEDICO SS II
No. Horas Contratadas	2 1440	8 6840	1 960	3 2880
Población Objetivo	39062	39062	39062	39062
No. Hrs/Cnt. Por 1000 Hab.	37	175H/100	25	74 H/1000 Hab.

TABLA 23 B

OTROS PERFILES DE SALUD

	ODONT.	Q.F.	ENF.	AUX. ENF.	TEC. LAB.	AYUDANTE DE LAB.
No. Horas Contratadas	Junio 960	1 960	6 5760	14 13440	3 2880	1 960
Población Objetivo	39062					
No. Hrs. Contra- tadas por 1000 Hab.	25	25	147	334	74	25

CUADRO No. 24

OTROS PERFILES DE SALUD
AREA 8.2

	INSPECTOR SANITARIO	EDUC. POP.	ADMIN.	RESTO PERS.	BRIG. SALUD	P E A
No. de Recursos	2	1	1	26	47	14
No. Horas Contratadas	1760	960	960	25280		
Población Objetivo.	39062	39062	39062	39062		
No. horas Contratadas por 100 Hab.	45	25	25	647		

CUADRO No. 25

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES
AREA 8.2

	EQUIPO RX	EQUIPO DE VAC. PORTATIL	REFRI.	TRANSPORTE
Número	No	50	1	1
Población Objetivo		39062		
No. Población Objetivo				

CUADRO No.

DISPONIBILIDAD RECURSOS FINANCIEROS: 1988

<u>AREA 8.2</u>	
Presupuesto	C\$4,674,452.17
Ejecutado	1,749,178.94
<u>No se Cord.</u> Por Habit.	