

**PLAN INTEGRAL DE ACTIVIDADES DE  
AREAS DE SALUD (PIAAS), EFECTO DE  
SU IMPLANTACION EN EL PROCESO  
ADMINISTRATIVO Y EN LA PRESTACION  
DE SERVICIOS EN DOS AREAS DE  
SALUD DE REGION III.**

T  
15  
M843  
1985  
Ej. 1

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL  
TITULO DE MAESTRIA EN  
ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE  
SALUD EN EL CENTRO DE  
INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE  
LA SALUD.**

**PRESENTADO POR: FRANCISCO MORENO OLEAS**

**MINISTERIO DE SALUD,  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**

**Managua, Nicaragua, Mayo de 1985.**

PROMOCION

HEROES Y MARTIRES DE LA SALUD

DEDICADA AL PUEBLO NICARAGUENSE QUE DEFIENDE LA REVOLUCION  
Y CONSTRUYE SU FUTURO

TUTOR

DR. CARLOS JARQUIN GONZALEZ

POR LA PAZ TODOS CONTRA LA AGRESION

Mi agradecimiento a:

Janet, Claudia y Carolina

Compañeros y maestros del CIES

Trabajadores del MINSA

Todos los que colaboraron en la  
presente investigación

## I N D I C E

	Página
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA	3
3. OBJETIVOS	5
4. MARCO TEORICO	
4.1. El Estado Nicaragüense	6
4.2. La Administración	9
4.3. El Estado Nicaragüense y El Nuevo Modelo Administrativo.	11
4.4. Proceso Administrativo	15
4.5. La Regionalización como Política del Estado Revolucionario.	18
4.6. Principios y Políticas de Salud	22
4.7. El Sistema Nacional Unico de Salud	28
4.8. La Atención Primaria de Salud en Nicaragua.	34
4.9. Plan Integral de Actividades de Areas de Salud.	43
5. VARIABLES	54
6. METODOS Y TECNICAS	56
7. RESULTADOS Y ANALISIS	92
8. CONCLUSIONES	136
9. RECOMENDACIONES	138
RESUMEN	139

CITAS BIBLIOGRAFICAS

143

BIBLIOGRAFIA

146

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A partir del 19 de julio de 1979, fecha en que triunfa la Revolución Popular Sandinista, se producen cambios en la formación económico-social nicaraguense en general y en el sector salud en particular tendientes a mejorar las condiciones de vida del pueblo y satisfacer sus necesidades básicas de salud. Tarea difícil, puesto que por un lado el somocismo había mantenido durante años a las masas explotadas y en condiciones de vida casi infra-humanas, una estructura de salud atomizada y la corrupción e ineficacia reinaban en todas las instituciones del Estado. Por otro lado, la gestión del nuevo Estado se ha topado con limitaciones y dificultades intrínsecas a su surgimiento y desarrollo y debidas también a la agresión militar, económica y política del imperialismo y sus aliados.

Se definen políticas de salud con carácter eminentemente social, se crea el Sistema Nacional Unico de Salud, organizándose una red de servicios encargados de dar atención a la población; y, se instaura un modelo de gestión que permite dar respuesta a la demanda de salud del pueblo.

Además de los problemas ocasionados por la agresión imperialista, las Areas de Salud afrontan una inadecuada gestión debido a una escasa o nula formación administrativa de su personal, lo que ocasiona la falta de conti-

nuidad en el trabajo de dirección y mala utilización de los ya limitados recursos materiales y humanos.

En 1982 el Ministerio de Salud elabora el Plan Integral de Actividades de Areas de Salud (libro Rojo y Negro) como una respuesta político-social tendiente a superar las deficiencias administrativas que afectaban la eficaz prestación de servicios de salud. El PIAAS (Plan Integral de Actividades de Areas de Salud) se concibe como el instrumento para la Planificación, Organización, Dirección y Control del primer nivel de atención que busca optimizar los recursos existentes, ampliar la cobertura e incorporar aún más a las masas organizadas a la gestión en salud.

El PIAAS fue implantado en las Areas 2, 3 y 4 de la Región I en marzo de 1982 a manera de prueba; y luego de hacerle ajustes, a fines de ese año se implantó en cuatro Areas de la Región II y en cinco Areas de la Región III.

La presente Investigación tiene como objetivo conocer, en una primera aproximación, qué modificaciones en el proceso administrativo y en la prestación de servicios ha provocado la implantación del PIAAS en el Area antes 7, hoy Zona 6, y el Area 1, hoy Zona 9 de la Región III (Managua) en los años 83 y 84.

## 2. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.

El analizar el impacto que ha producido en las áreas de salud la implantación del PIAAS es una acción compleja por cuanto implica realizar un estudio de efectividad, eficacia y eficiencia en ellas<sup>1,2</sup> contando con información suficiente, de tal forma de conocer las variaciones del perfil higiénico-epidemiológico, cómo se las ha conseguido y a qué costo. Debería realizarse también estudios respecto a la integralidad de la atención, para lo cual habría que hacer un estudio a profundidad sobre la organización del trabajo en las áreas de salud.

Hasta el día de hoy se han dado informes en los que se evidencia el aumento en la producción de servicios y en la cobertura a la población en las áreas en las que se ha implantado el PIAAS, y se han hecho dos estudios comparativos sobre la producción en las áreas de salud antes y después de la implantación del PIAAS. Uno es el elaborado en 1983 por atención primaria del nivel central "Plan Integral de Actividades del Area de Salud (PIAAS), Por Ciento de Implantación, Funcionamiento, e Impacto".

La presente investigación intenta dar un pequeño paso adelante al estudiar el impacto de la implantación del PIAAS primero en el proceso administrativo, por cuanto uno de sus objetivos es servir de guía para la gestión,



y segundo en la prestación de servicios de salud.

Es importante realizar estudios sobre el impacto de la implantación del PIAAS por cuanto en este momento se está generalizando su implantación en todas las áreas de salud de la Región III y del resto del país. Y porque el Ministerio de Salud ha definido la necesidad de realizar investigaciones operativas en las unidades de salud, de tal forma de tener elementos que aporten al desarrollo del SNUS.

### 3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS.

#### 3.1. GENERAL.

Identificar los cambios ocurridos en el proceso administrativo y en los servicios básicos de salud prestados a la población determinando los efectos en producción y cobertura obtenidos con la implantación del PIAAS.

#### 3.2. ESPECIFICOS.

3.2.1. Identificar el proceso administrativo en las áreas de salud antes y después de la implantación del PIAAS.

3.2.2. Distinguir los cambios ocurridos en la producción de servicios básicos al implantarse el PIAAS.

3.2.3. Distinguir los cambios ocurridos en la cobertura con los servicios básicos de salud al implantarse el PIAAS.

3.2.4. Establecer la relación existente entre proceso administrativo y prestación de servicios antes y después de la implantación del PIAAS.

#### 4. MARCO TEORICO.

##### 4.1 EL ESTADO NICARAGUENSE.

El 19 de julio de 1979 al tomar el pueblo el Poder no sólo derrota a la dictadura somocista sino que destruye un Estado oligárquico, represivo que representaba los intereses del imperialismo y se inicia una etapa revolucionaria, popular, democrática y anti-imperialista; que se expresa en lo político por la toma del poder del pueblo y de una amplia alianza de fuerzas políticas heterogéneas, en donde ejerce hegemonía, el pueblo representado por su vanguardia, el Frente Sandinista de Liberación Nacional.

Consecuentemente se inicia un proceso de cambio en la base económica -relaciones de producción y fuerzas productivas- con el objetivo de alcanzar la independencia económica del imperialismo y sentar las bases para el tránsito al socialismo. "Nosotros, dice el Comandante Jaime Wheelock, siguiendo estrictamente intereses nacionales, hemos comenzado a desarrollar un proyecto que trata de construir - verdaderamente un país; primero, garantizando su soberanía: que el país sea soberano, que exista como tal; segundo, explotando sus recursos en función de los intereses nacionales y no de los

foráneos" y continúa, "queremos ser un país industrial que vende manufacturas: procesando nuestros productos agrícolas, vendiendo nuestros alimentos envasados, haciendo muebles con la madera..." (1)

En cuanto a la superestructura: se re-organiza el aparato administrativo-ejecutivo, legislativo, judicial y demás instancias administrativas del Estado-, se establece la participación popular en la Gestión Estatal a través de los organismos de masas para el ejercicio del Poder y la satisfacción de sus necesidades; se conforma el Ejército Popular Sandinista, la Policía Sandinista, las Milicias Populares Sandinistas y demás formas; y se operan cambios ideológicos en la educación, en la cultura, etc.

En lo económico se inicia un proceso de cambio, el nuevo Estado asume el control de comercio exterior, de la banca, de los recursos naturales, se produce la confiscación de los bienes de Somoza y los somocistas, y con ellos se conforma el sector Estatal de producción -Area Propiedad del Pueblo-; se entrega la tierra al campesino organizado en cooperativas, se organiza la economía mixta; y, a la burguesía se le dá oportunidad para que continúe produciendo "que la burguesía sólo produzca, que se limite como clase a su papel productivo" (2) y

se subordine al proyecto de desarrollo nacional fijado por el Estado. Para lo cual se establece una política de incentivos a la producción, de precios, salarios, de distribución de productos básicos.

En lo social se adoptan una serie de políticas tendientes a garantizar que se dé satisfacción a las necesidades básicas del pueblo, que es la nueva clase en el Poder, tales como Reforma Agraria, subsidios a los productos básicos, y determinados servicios sociales tales como educación y salud. Se reconoce la salud como un derecho de todo el pueblo y una obligación del Estado; se forma el Sistema Nacional Unico de Salud e inmediatamente se realizan acciones tendientes a modificar el perfil higiénico-epidemiológico de la población, tales como jornadas populares de vacunación, de limpieza, campañas nacionales contra la malaria y el dengue.

En cuanto a la política internacional el Estado Revolucionario asume la defensa de la autodeterminación de los pueblos, la lucha por la paz, y la no ingerencia en los asuntos internos de los Estados y una política de no alineamiento y de solidaridad con los pueblos que luchan por su soberanía.

#### 4.2. LA ADMINISTRACION.

Muchas son las definiciones que se han hecho hasta este momento sobre Administración y éstas han estado acordes al desarrollo histórico de la sociedad puesto que el desarrollo de la administración está en función del desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción.

Se adoptarán las definiciones propuestas por Araya y Carnota que en sí expresan un mismo contenido y que se complementan. Administrar para el primero es "establecer y realizar propósitos mediante la cooperación de personas y la aplicación de recursos materiales, para beneficio del hombre" (3); y para Carnota es "una forma de actuar concientemente sobre la sociedad y sobre sus subsistemas con la finalidad de alcanzar determinados resultados" (4).

Debe tomarse en cuenta que la Administración es un fenómeno social, que por tanto tiene un carácter histórico concreto que "depende de la esencia de la sociedad" -de la forma particular que adopta el proceso de producción y sus objetivos-, "de las relaciones sociales de producción que en ella co-existan, del grado de desarrollo de las fuerzas productivas, de las condiciones políticas concretas" (5).

"Aunque la Gestión -léase Administración- forme una esfera específica de la actividad humana, no existe de por sí como proceso absolutamente independiente, sino que es siempre parte integrante de un sistema más vasto, el cual determina, valga la expresión, las peculiaridades específicas de la Administración. Dicho en otros términos, es preciso tener siempre en cuenta que las peculiaridades específicas de la forma de Gestión y sus medios técnicos dependen de cual será el objeto de la Gestión, en qué sistema se efectúa esta última" (6).

#### 4.2.1. Carácter Clasista de la Administración.

La clase dominante para ejercer efectivamente su poder de clase necesita dotar de una determinada organización al Estado y administrar , realizar una serie de acciones tendientes a dar respuesta a las necesidades de su clase, mejorar sus condiciones de existencia y a controlar o superar las contradicciones de clase existentes de tal forma de asegurar su Poder. De ahí, que la Administración Pública como esfuerzo colectivo tenga un doble carácter: "Uno esencialmente político y otro técnico que le es propio en cuanto a actividad que tiene que mantener integradas todas las

acciones de la sociedad, todo el proceso de trabajo que en ella se realice, a fin de potenciar la acción de los hombres sobre la naturaleza" (7). Pedro Muñoz asevera que la Administración Pública "es el Gobierno, es decir todo el conjunto de conducta humana que determina cómo se distribuye y ejerce la autoridad política" (8).

#### 4.3. EL ESTADO NICARAGUENSE Y EL NUEVO MODELO ADMINISTRATIVO. -

Los objetivos del Estado Revolucionario pueden ser sistematizados en los siguientes principios: La democracia, el desarrollo y la transformación económica, el bienestar social la soberanía y la autodeterminación que expresan la razón de ser del mismo. Estos son reflejados en el modelo social existente caracterizado por el pluralismo político, la economía mixta, la participación y movilización popular, la defensa nacional y el no alineamiento, y el desarrollo económico-social, como fruto del compromiso histórico con el pueblo, hecho por la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional y el Frente Sandinista de Liberación Nacional.

Los cambios ocurridos en la sociedad nicaraguense requieren para su ejecución, de una transforma-



ción dirigida que se exprese en un nuevo modelo administrativo, flexible, acorde al desarrollo de la Revolución Popular Sandinista. "La Revolución requiere de un aparato dinámico y acorde con los imperativos de salvaguardar las conquistas obtenidas por el pueblo nicaragüense en su larga y heroica gesta liberadora, de una dinámica estatal que, en primer lugar, sea capaz de ejecutar coordinadamente los programas sectoriales propuestos, y en segundo lugar -como instancia ejecutora de las decisiones políticas de la economía nacional-, asuma un carácter global, planificado, democrático, popular y revolucionario" (9). Sin descuidar los nexos que le unen en el concierto de naciones.

El carácter democrático y popular del nuevo modelo administrativo adquiere concreción cuando se establece la participación popular en todos los organismos del Estado, en todos los sectores, en todos los niveles y en todo el proceso de gestión. Su presencia a través de los organismos de masas y de los dirigentes revolucionarios del gobierno revolucionario, se hace sentir en el Consejo de Estado, en las Juntas de Gobierno Local, en los Consejos Consultivos de los Ministerios, en los Consejos de Reforma Agraria, en las Fuerzas Armadas, en los ba-

rrios, etc.

En el Sector Salud la participación popular ha sufrido también un proceso creciente y se manifiesta en el Consejo Nacional Popular de Salud, en los

Consejos Populares de Salud de las Areas, en los Cara al Pueblo y con los brigadistas de salud; en el diseño de las políticas, en la definición de las metas, en la formulación de planes, en la organización, dirección, ejecución de actividades y en el control de las mismas.

"La construcción del nuevo Estado implica un intenso proceso de democratización del actual aparato estatal a través de la integración y participación consciente de las organizaciones populares en el diseño, implementación y control de las metas propuestas en el programa para que sea el mismo pueblo responsable de la nueva economía nicaragüense" (10). Constituyéndose así el pueblo organizado en la base social de apoyo de la Administración del Gobierno y en el garante del cumplimiento de las transformaciones sociales emprendidas.

El nuevo modelo descansa en una política de regionalización administrativa y funcional, garantía del desarrollo democrático y global de todo el país, tanto de los niveles centralizados como de los descentralizados.

Se establece también un modelo que permite la Planificación global de todos los sectores tanto pro-

ductivos como sociales; estableciéndose mecanismos que posibilitan la expresión democrática y popular del modelo que terminan en la elaboración del Plan Económico Nacional por parte del Ministerio de Planificación.

"La Planificación es el eslabón central en la Dirección -léase Administración- de la economía nacional. Debe reflejar objetivamente los procesos que tienen lugar en la vida económico-social del país, y ejercen una influencia activa sobre ellos, mediante la constante elevación de su nivel científico que elimina todo razgo de voluntarismo y subjetivismo" (11).

En el sector salud se adopta un modelo de gestión en donde se expresan las características generales de la Administración del Estado, modelo a través del cual el Estado garantiza la salud al pueblo, tomando en cuenta las condiciones socio-económicas existentes y las perspectivas de desarrollo del país.

#### 4.4. PROCESO ADMINISTRATIVO.

La Administración es, como lo anota Fernández Cballero, la acción consciente y dirigida del Sujeto de dirección (económico, político o social) so-

bre el Objeto de ésta (subordinado) con el propósito de obtener la acción deseada en función de la finalidad del sistema dado, y esto se establece a través de un conjunto de funciones de la administración que al actuar interrelacionadas nos encaminan al cumplimiento del objetivo de la institución, de la unidad o del sistema. En el proceso administrativo como en cada una de las funciones de la administración tienen que expresarse las características del Modelo Administrativo -del Gobierno-.

La esencia del Proceso Administrativo es "obtener el máximo rendimiento y aprovechamiento de los recursos de que se dispone así como la coordinación de los esfuerzos humanos para alcanzar los objetivos o fines comunes que se han establecido previamente; y permitiendo en consecuencia a la satisfacción de la necesidad sentida por la comunidad" (12).

Las funciones que integran el Proceso Administrativo son: Planificación, Organización, Dirección, Control y Formación de Cuadros.

"La Planificación comprende la selección de los objetivos tendientes a satisfacer las necesidades planteadas y las tareas o trabajos en función de

aquellas que será necesario llevar a cabo, incluyendo el señalamiento de la forma y de los medios que resulten más convenientes" (13).

"La Organización: a través de esta función deben procurarse los medios necesarios para ejecutar los trabajos planificados, armonizar dichos medios con el esfuerzo humano y combinar ambos, en forma tal de lograr una ejecución eficiente de la taréa" (14).

"La Dirección comprende la ejecución de la taréa ya sea desde el punto de vista de la realización personal directa, como de la realización personal indirecta a través de grupos o personas encargadas de la ejecución. La Dirección incluye el motivar a los miembros del grupo, el cooperar a su desarrollo y el supervizar su trabajo" (15).

El Control: "Se puede definir como el proceso encaminado a determinar lo que se realiza mediante la valorización y comoporación con lo previsto, de las medidas correctas de forma que los objetivos se alcancen de acuerdo con lo planteado" (16).

El Control incluye la vigilancia activa de una operación para mantenerla dentro de los límites prefijados.

La Formación de Cuadros: "En esta función se agrupan las actividades concernientes a la selección,

entrenamiento, capacitación, evaluación, movimiento de los cuadros técnicos y de dirección que deben ejecutar las tareas previstas en la Planificación" (17).

Todo el Proceso Administrativo requiere de una adecuada, oportuna y objetiva información.

#### 4.5 LA REGIONALIZACION COMO POLITICA DEL ESTADO REVOLUCIONARIO.

La ejecución de las acciones planificadas por el Estado Revolucionario se topaban en un principio con obstáculos que dificultaban su realización debidos a la excesiva centralización del Gobierno, a la falta de un control adecuado cercano a donde se ejecutaban las acciones, y a la falta de información suficiente. "La concentración en Managua del nivel de decisión (en el Gobierno Central) hacía que se dependiera demasiado de la capital para la gran mayoría de gestiones. Pequeños y grandes problemas sin diferencia recargaba las labores de la Junta de Reconstrucción Nacional y de la Dirección Superior de cada Ministerio" (18).

La respuesta que dió el Estado Revolucionario fue adoptar una política de regionalización que tuvo como punto de partida una nueva división política-territorial del país formándose seis regiones y

tres zonas especiales; y un reordenamiento de las estructuras administrativas de tal forma de lograr una efectiva acción gubernamental que dé respuesta a los desafíos que la Revolución ponía delante a cada región. "Con una Gestión Gubernamental mejorada mediante la regionalización, la ejecución de los programas y planes se realizará con mucha más agilidad en la región misma, porque habría allí un nivel capaz de tomar decisiones sin necesidad de estar recurriendo a Managua para todo" (19).

4.5.1. Objetivos de la Regionalización:

- a. "Asegurar una dirección gubernamental efectiva sobre cada región, que alrededor del eje productivo económico conduzca armoní- camente las tareas que orienta la Revolu- ción, y permita hacer frente con mayor efectividad a cualquier agresión enemiga garantizando la defensa del poder revolu- cionario" (20).
- b. "Superar la burocracia y excesiva centra- lización en Managua de la gestión guberna- mental" (21).
- c. "Enfrentar las decisiones de manera más ejecutiva con más conocimiento directo de la realidad acerca de la cual se está de-



ciendo" (22).

- d. Obtener mayor información que permita planificar el desarrollo económico y social del país.
- e. Aprovechar mejor y más racionalmente los recursos con que cuenta cada Región para lograr un desarrollo armónico de todo el territorio.
- f. "Fortalecer la gestión de la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional, que se verá enriquecida al contar no sólo con la visión nacional de la realidad, sino en la óptica regional de los problemas, los avances y los logros de cada área del país" (23).

El impulso de la Regionalización ha traído consigo la implementación de un Modelo Administrativo Regionalizado, ha significado no sólo la descentralización de recursos humanos, materiales y financieros sino de Poder, que descansa en el principio del centralismo democrático.

- 4.5.2. La Regionalización del Sector Salud. El Ministerio de Salud es una de las institu-

ciones que primero implementó la Regionalización para el racional uso de sus escasos recursos y así cumplir con las políticas que para el Sector el Estado Revolucionario se había fijado.

Este proceso de regionalización en salud pasa por la creación de las regionales de salud, de las áreas y posteriormente por la sectorización de las mismas; y la organización de la red de servicios de salud por nivel de complejidad de la atención.

"El área de salud se define como la unidad ejecutora con un límite geográfico y poblacional definido donde se realizan integralmente los diferentes programas de Atención Primaria en coordinación con el pueblo organizado para la planificación, organización, dirección y control de los programas, para lo cual el área estará dividida en sectores" (24).

"El sector es la unidad territorial en que ha sido dividida el área con características poblacional y socioeconómicas definidas que permite planificar, ejecutar y controlar en forma integral las actividades del área" (25).

#### 4.6. PRINCIPIOS Y POLITICAS DE SALUD.

Una política es "la proposición de realizar algo con la intención de que el poder, en el sector en cuestión, permanezca en el mismo grupo social que ya lo tiene, o tienda a desplazarse hacia otro grupo social" (26). Por lo que la proposición de acción para que tenga carácter político debe señalar explícita o implícitamente el grupo social al que se quiere desplazar el poder.

Las políticas del Estado Revolucionario Nicaraguense en el Sector Social son manifestaciones de la esencia del Programa Histórico del Frente Sandinista de Liberación Nacional y por lo tanto de la Revolución Popular Sandinista, ahí se expresan el carácter democrático popular de la misma; a través de ellas el pueblo ejerce el Poder y por lo tanto realiza acciones tendientes a satisfacer las necesidades del pueblo, eso sí tomando en cuenta las condiciones socio-económicas de la formación económico-social nicaraguense.

"Es así como nuestro Gobierno adopta una política social teniendo en cuenta: el realismo consecuente por parte del Estado y del propio pueblo.

- Que los programas sociales sean resueltos con la creatividad y participación orgánica del pue-

blo.

- Que el aparato institucional se descentralice para cumplir una función coordinadora que asegure la unidad de acción entre las instituciones del área social, las organizaciones populares y los gobiernos locales.
- Responder a las necesidades de transformación del aparato productivo y autolimitarse por los recursos reales producidos por el mismo" (27).

Los siguientes son entre otros los principios que inspiran las políticas del nuevo Estado en el Sector Salud:

- a. La salud es un derecho del pueblo y una obligación del Estado y del pueblo.

El Estado nicaraguense define la estructura administrativa responsable de efectivizarlo, el Ministerio de Salud, y a veinte días del triunfo revolucionario emite el decreto de conformación del Sistema Nacional Unico de Salud, como instrumento del cual se valdrá el Estado para conseguir la salud del pueblo.

- b. Los servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Por eso se adopta como eje fundamental del Sistema Nacional Unico de Salud

la extensión de cobertura con el objetivo de llegar a aquellos sectores que tradicionalmente fueron marginados y que ahora son parte de la clase en el poder. Se define además que los servicios de salud que presta el Estado son totalmente gratuitos.

- c. Los servicios de salud tienen un carácter integral. Es decir que se atienden a las personas y al medio.

Se asume como estrategia fundamental del Sistema Nacional Unico de Salud la Atención Primaria de Salud y se establece la necesidad de realizar un trabajo entre las distintas instituciones del Sector Social. "Una estrategia nacional, que deberá basarse en la política sanitaria nacional, comprende las líneas generales de acción necesarias en todos los sectores que han de contribuir a la aplicación de aquella política" (28).

El carácter integral de los servicios de salud está inspirado en la apreciación del fenómeno salud-enfermedad que tiene el Estado nicaraguense. "La salud y la enfermedad está determinada por el modo de reproducirse la sociedad; la salud es parte de las condiciones de la sociedad, las clases y los individuos. Los problemas de

salud son parte de las condiciones de vida" (29). "La Salud Pública es un conjunto de actividades socio-económicas y médicas que debe realizar el Estado para proteger, promover y recuperar la salud del pueblo que garanticen la reproducción adecuada y efectiva de la población y la sociedad" (30).

- d. Las actividades de salud deben ser planificadas. Esto es que deben enmarcarse dentro del Plan Global de desarrollo económico nacional. "La política sanitaria nacional tiene mayores probabilidades de ser eficaz si forma parte de la política general de desarrollo del país y refleja en consecuencia, los objetivos sociales y económicos del Gobierno" (31).

El carácter planificado de todas las actividades de salud debe expresarse en todos los niveles del SNUS y concretarse en sus planes anuales y en el Plan Nacional de Salud que es parte del Plan Económico Nacional. El "mejor" Plan de Salud es el Plan Económico Nacional.

- e. Garantizar la participación popular en todos los niveles y actividades del Sector salud.

El pueblo organizado no sólo que participa en la ejecución de actividades de salud sino que

actúa y se expresa en todas las estructuras del Estado, participando ya sea a través de sus representantes gremiales o sus representantes políticos en todo el proceso de gestión. En Salud se conforma el Consejo Nacional Popular de Salud y los Consejos Populares de Salud Regionales y de Area.

- f. La Regionalización del Aparato Administrativo. Se produce una regionalización administrativa y funcional del Ministerio de Salud tendiente a promover un desarrollo autónomo y armónico de las distintas Regiones guiados en el principio general del Centralismo Democrático, produciéndose un proceso de centralización normativa y de descentralización ejecutiva. La Regionalización se convierte en la base estructural del SNUS.

Las Políticas de Salud del Estado "son el resultado de un conjunto de respuestas que éste da, jerarquizando ciertos programas en función de asegurar el control (o prevención) de conflictos ideológico-políticos y para contribuir a una adecuada dinámica económica. Estas prioridades traducen los intereses de los grupos dirigentes, pero también la correlación de fuerzas sociales" (32).

Políticas:

1. Priorizar la atención a los grupos sociales básicos de nuestra Revolución: Los trabajadores, obreros y campesinos, la base de nuestra reactivación económica y de la construcción de nuestra sociedad.

El Binomio madre-niño. El futuro de la Revolución y grupo de mayor riesgo para la incidencia de enfermedades.

2. Priorizar en la atención primaria las acciones dirigidas a la prevención de las enfermedades.
3. Organizar los servicios de salud acorde con los principios del SNUS.
4. Desarrollar la planificación como instrumento científico del desarrollo del SNUS.
5. Consolidar la participación popular a través de los organismos de masas en la gestión de los servicios de salud.
6. Formar los recursos humanos necesarios para el desarrollo de los servicios de salud y capacitar a los trabajadores e incrementar la conciencia sanitaria de nuestro pueblo.
7. Utilizar al máximo la capacidad instalada y



los recursos disponibles a través del aumento creciente de la productividad y de la eficiencia, aumentando la extensión de la cobertura de los servicios básicos de salud de nuestro pueblo. (33).

#### 4.7. EL SISTEMA NACIONAL UNICO DE SALUD.

El 8 de agosto de 1979 la Junta de Gobierno de Reconstrucción nacional crea el Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS), instrumento con el cual el Ministerio de Salud (MINSA) como aparato administrativo del Estado va a trabajar para ir superando las graves condiciones de salud heredadas del somocismo.

Con el Decreto No. 35 se dá respuesta al desorden administrativo existente y se produce la conformación de una red de servicios de atención organizados por niveles de complejidad.

Las consideraciones en las que se basa la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional para emitir el decreto nos muestra la esencia del SNUS y expresan la definición ideológico-política de la Revolución Popular Sandinista, y son los siguientes:

- "Que es prioridad esencial del programa revolucionario elevar en forma sustancial el nivel de

salud y bienestar del pueblo de Nicaragua, el que sistemáticamente fue descuidado y agredido durante casi medio siglo de tiranía somocista.

- Que para tal propósito es menester proceder a la racional integración de los servicios de salud y bienestar social eliminando todas las estructuras anacrónicas que obstaculizan el desarrollo del progreso revolucionario en las áreas salud y bienestar; y,
- Que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han reconocido desde hace muchos años que es indispensable integrar los servicios de salud en un Sistema Nacional Único; para que se constituya en un instrumento eficiente en la elevación del nivel de salud de los pueblos y que la experiencia de países progresistas ha demostrado el éxito de ese criterio" (34).

A partir de ese momento el Ministerio de Salud se constituye en el organismo rector del SNUS, y éste en conjunto con el pueblo organizado y otras instituciones estatales deben desarrollar el modelo de atención de los servicios de salud, acorde a los principios de la Revolución Popular Sandinista. "El SNUS es el conjunto de elementos que in-

teractuando con una finalidad definida garantiza la salud para todos los nicaraguenses" (35).

El SNUS adopta como eje estructural la regionalización con el fin de asegurar el acceso de toda la población a los servicios, permite ampliar la cobertura, de lograr una mejor utilización de los recursos de salud existentes y para conseguir un desarrollo armónico y proporcional del sector salud y la sociedad. "La estructura del SNUS se sustenta en un esquema de regionalización que facilita la descentralización ejecutiva y la centralización normativa, dentro de un criterio de racionalizar la organización y prestación de los servicios, el estricto control presupuestario y financiero y la extensión de cobertura a todas las zonas del país" (36).

El MINSA define: a) Una estructura administrativa inspirada en la política de regionalización del aparato administrativo del Estado Sandinista, creándose tres niveles de Gestión, en los que se realiza todo el Proceso Administrativo. Un Nivel Central con carácter más bien normativo, responsable de la definición de las políticas, de la elaboración del Plan Nacional de Salud, de la organización de la Red de Servicios, de la Dirección y Control de todo el sistema, y del cumplimiento de las

políticas.

Un Nivel Regional: Se estructuran seis regiones y tres zonas especiales, que se encargan de readecuar las políticas de elaborar el Plan Regional, de realizar la Programación, de organizar, dirigir y controlar todas las actividades de salud que se ejecutan en la Región, de acuerdo a las características particulares de cada una.

Y un Tercer Nivel: El de Área, encargado de ejecutar los Programas de Salud de acuerdo a las necesidades de salud de la población y a los recursos con que cuenta. En este nivel debe realizarse una planificación local que adquiere concreción en los planes tanto anual como mensuales; se debe organizar el trabajo del equipo de salud; se dirigen las acciones y al personal del área; y completando el Proceso Administrativo se debe controlar las acciones y evaluar los resultados fruto de la prestación de servicios de salud que se dan en el área. Posteriormente se conforma una instancia administrativa intermedia entre las Áreas de Salud y las Regiones, que son las ZONAS que surgen en Salud como una necesidad para ejecutar la coordinación y el Control de las actividades de las Áreas de Salud, pensando solucionar así la distancia administrativa existente entre estos dos niveles.

El Proceso Administrativo que se ejecuta en cada uno de los niveles debe estar sellado por las características generales del Modelo Administrativo del Estado; esto es por su carácter global, planificado, democrático-popular y revolucionario. Debe expresarse la participación popular en cada uno de los niveles y por lo tanto deben crearse instancias que permitan la participación del pueblo organizado que garanticen el ejercicio del Poder del pueblo en cada instancia administrativa y en todas las actividades del Proceso Administrativo.

b) Se desarrolla una estructura orgánica encaminada a optimizar los recursos humanos, materiales y financieros y dar respuesta a las demandas de salud, por lo que se conforma una red de unidades de atención organizadas por nivel de complejidad, de tal forma que la población tenga acceso a los servicios de salud de acuerdo a la gravedad o complejidad del caso.

Se establece: Un Primer Nivel de atención que corresponde al proporcionado por el equipo de salud del área; en la actualidad existen 97 áreas de salud con Centros y Puestos de Salud, las mismas que son sectorizadas al producirse la profundización del Proceso de Regionalización, planteándose la necesidad de realización de un trabajo integral a nivel del sector jerarquizado por el Centro de

Salud cabecera del área. Y un segundo nivel de atención que corresponde al ofrecido en los hospitales, de acuerdo a una gradación de los mismos.

Se implementa paralelamente un Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes que tiende a irse perfeccionando.

La Atención Primaria de Salud es asumida como la estrategia del Sistema Nacional Unico de Salud y del Estado Revolucionario para brindar servicios básicos de salud a toda la población.

"La estrategia de Atención Primaria de Salud como parte integrante del SNUS constituye la función central y eslabón principal para hacer llegar a toda la población los servicios y dar respuesta a las necesidades siempre crecientes de salud de nuestro pueblo mediante una distribución justa de la infraestructura y capacidad instalada para elevar el nivel de salud que influirá en el crecimiento de la producción de bienes y en el desarrollo socio-económico del país" (37).

Es pues, el SNUS "el seguro de salud integral a todos los nicaraguenses, sin distinción de credos, de razas, ni privilegios. Su objetivo es contribuir al desarrollo integral del individuo y la sociedad" (38).

#### 4.8. LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN NICARAGUA.

En la Declaración de Alma Ata se expresa que la Atención Primaria "representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (39).

Antecedentes: "Antes del 19 de julio la atención primaria de salud en Nicaragua realmente estaba a nivel de un compromiso ubicado en Alma Ata sin ninguna posibilidad de alcanzar las metas señaladas en la Declaración" (40). El desinterés del régimen somocista, la desarticulación del sector salud y la estructura socio-económica deformada demuestran la incapacidad del Estado para dar respuesta a los grandes problemas de salud de la población, condenando al fracaso todos los programas de atención primaria implementados.

Con el triunfo revolucionario y por las consecuentes transformaciones que se operan en el Estado, el compromiso firmado en Alma Ata adquiere posibilidad real de ser cumplido y la Salud para todos en el año 2,000 deja de ser un espejismo para el

pueblo nicaraguense y se convierte en una meta que el pueblo en el poder está luchando para conseguirla.

Características de la Atención Primaria de Salud en Nicaragua: En Nicaragua se implementa la Atención Primaria de Salud como estrategia fundamental del SNUS y del Sector Social del Gobierno Revolucionario convirtiéndose ésta en el eje impulsor del sistema para hacer llegar a toda la población los servicios básicos de salud.

La atención primaria de salud representa para Nicaragua primero "una oportunidad para hacer converger a nivel de las comunidades y las familias los servicios básicos, extenderlos, mejorarlos y responder así a las necesidades de salud del pueblo" (41). Segundo "una base importante para consolidar y sistematizar la participación organizada del pueblo en la producción de salud" (42). Y, tercero "constituye el elemento central para generar un proceso de planificación que responda a las necesidades de las propias comunidades y dinamice los esfuerzos de la población y del Gobierno Revolucionario en la búsqueda de soluciones viables y realistas" (43).

Esta estrategia está concebida dentro de una estructura organizada por niveles de atención dentro



de la red de servicios ya enunciados.

La Atención Primaria de Salud es para Nicaragua "el Conjunto de acciones sanitarias encaminadas a satisfacer las necesidades de salud del pueblo dentro del marco de un primer nivel de atención cuya complejidad se incrementa en relación directa con el desarrollo socio-económica del país y que implica la voluntad política del Estado y del pueblo organizado para su continuo perfeccionamiento sobre la base de una amplia y efectiva participación de las masas en la planificación, ejecución y control de todas y cada una de las actividades dirigidas a la atención integral del hombre como unidad bio-social, y a la obtención de un medio ambiente adecuado para la reproducción de la existencia" (44).

Objetivos de la Atención Primaria: Se fundamentan en los siguientes postulados:

- a. Brindar una solución pronta y acorde con los recursos disponibles a los agudos problemas de salud del pueblo nicaraguense.
- b. Extender los servicios básicos de salud de tal forma que los recursos se pongan al alcance de las comunidades.
- c. Articular y hacer consistentes los distintos servicios de salud que lleguen a la comunidad.

- d. Fortalecer y consolidar donde sea necesario los mecanismos de participación organizada y educación sanitaria-popular para la producción de su propia salud.
- e. Impulsar y consolidar los mecanismos de acción intersectorial que permitan dar un enfoque multi-causal al problema de la salud incorporando y conjugando esfuerzos que contribuyan a mejorar el nivel de salud.
- f. Generar un proceso de interconsulta pueblo-gobierno que permita planificar acciones a partir de una base comunitaria que responda a sus propios intereses y necesidades.
- g. Reducir los costos de atención médica hospitalaria a través de mecanismos que mejoren el uso de los escasos recursos enfatizando en la atención preventiva (45).

Componentes estratégicos y programáticos de Atención Primaria de Salud:

Nicaragua hace suyos los componentes estratégicos definidos para APS por la OMS-OPS y le imprime su propio carácter. Se hará énfasis en los que se considera relacionados al objeto del presente estudio.

- Extensión de cobertura con servicios de salud y mejoramiento del medio ambiente.

Este componente es priorizado en Nicaragua, la Revolución Popular Sandinista establece el marco jurídico, ideológico, económico y geográfico que permiten el cumplimiento de este componente. En la Carta Fundamental del Estado se define que la salud es un derecho de todo el pueblo y un deber del Estado; que las acciones de salud deben prestarse independientemente de la cultura, clase social, creencia religiosa o militancia política del demandante; que los servicios de salud son totalmente gratuitos. Y que deben ser además, accesibles desde el punto de vista geográfico. Todo esto lo concretiza vía la regionalización técnico-administrativa del SNUS-MINSA y principalmente con la sectorización de las áreas de salud (Profundización de la regionalización). Vía la implantación del Plan Integral de Actividades de Areas de Salud, instrumento con el cual se persigue el mejoramiento de la capacidad operativa de los servicios y esto a través de mejorar la organización de los servicios de salud del primer nivel de atención.

El aumento de capacidad instalada: Vía la construcción planificada de nuevas unidades donde

realmente sea necesario y tomando en cuenta el plan perspectivo del sector salud y el plan económico nacional.

- Organización y participación de la comunidad para el bienestar:

Se promueve la organización y participación popular no sólo en el sector salud, sino en todos los aparatos del Estado Revolucionario y en todas las instancias y niveles administrativos. En salud se conforman el Consejo Popular Nacional de Salud, los Consejos Populares de Salud regionales y de área, se promueven jornadas nacionales de vacunación, se captan de la comunidad brigadistas para atención primaria y se adiestra a parteras empíricas, se establece mecanismos para la efectiva participación de las masas en los procesos de gestión.

"La estrategia de atención primaria deberá contribuir a integrar las comunidades organizadas en un esfuerzo por incorporarlas en forma sistemática y planificada a las tareas de salud y al mismo tiempo a fortalecer el proceso organizativo de las mismas" (46).

- Desarrollo de la articulación inter-sectorial:  
Se han implementado mecanismos de relación inter-

sectorial que se concretizan en programas conjuntos ejecutados por las distintas instituciones del Sector Social. Se plantean la coordinación inter-sectorial en todos los niveles administrativos de tal forma de abordar los problemas de salud de una manera integral. "La acción comprendida fuera del sector de la salud puede tener efectos sanitarios mucho mayores que los obtenidos en dicho sector" (47).

Se han establecido instancias en las que debe haber estrecha interrelación entre las instituciones que tienen que ver con la salud.

Los componentes programáticos de atención primaria de salud en Nicaragua:

Estos constituyen una respuesta concreta a los problemas de salud del pueblo. Se ha definido distintos Programas que agrupan una serie de acciones con carácter preventivo y de acuerdo a riesgo que se ejecutan para dar cumplimiento de las políticas de salud del Estado.

Organizados vertical y horizontalmente son los siguientes: Materno Infantil, Inmunizaciones, Higiene del Medio, Nutrición, Epidemiología, Salud Mental, Salud Dental, Salud Ocupacional, Educación Popular, Control de Tuberculosis, Control de Malaria y Zoonosis, los cuales se desa-

desarrollan en las áreas de acuerdo al nivel de desarrollo de éstas.

Estructura ejecutora de la estrategia de Atención Primaria:

Los componentes programáticos de la estrategia de Atención Primaria de Salud se ejecutan principalmente a nivel de áreas de salud que son las unidades operativas del Sistema; constituyen el Primer Nivel de atención, en ellas debe realizarse la atención integral a la población.

El SNUS "contempla en su organización el funcionamiento de centros de salud y sus dependencias, en forma de unidades polivalentes capaces de otorgar esta atención integral y que actúan para los habitantes y su medio en territorios bien definidos" (48).

El área cuenta con su centro de salud cabecera de área, con puestos de salud subordinados a éste y a partir de la implantación del PIAAS con puestos de salud o casa base por sector.

Se podría decir que el área de salud es la célula del Sistema Nacional Unico de Salud ya que es la instancia mínima administrativa y ejecutiva del sistema, en ella se realizan acciones tendientes a satisfacer las necesidades básicas de salud de la población.

En el área se concretizan las políticas de salud del Estado a través de las medidas administrativas que se toman y de la ejecución de los Programas de Salud por parte del equipo de salud, de los Brigadistas de Atención Primaria, de las Parteras Empíricas Adiestradas y de las coordinaciones establecidas con los distintos organismos administrativos.

El modelo de gestión del área de salud debe conservar las características del Modelo Administrativo general del Estado y éstas deben expresarse en el Proceso Administrativo llevado adelante. Por lo tanto el pueblo organizado debe participar en todas las funciones del proceso de gestión a través de las instancias creadas para ello - los comités populares de salud, los Cara al Pueblo, las Jornadas de Análisis y Balance - de tal forma que se materialice el ejercicio del poder por parte del pueblo.

En el área de salud se contempla la existencia de la relación médico-auxiliar de enfermería-brigadista de salud como base fundamental para la prestación de servicios (ejecución de los programas).

"La estrategia de APS como parte integrante del sistema social pone de manifiesto que la salud

y el desarrollo socio-económico interactúan dialécticamente, por ende la organización y desarrollo de las áreas de salud depende de la existencia de determinados bienes materiales y dependen del momento histórico de nuestras fuerzas productivas" (49).

4.9. EL PLAN INTEGRAL DE ACTIVIDADES DE AREAS DE SALUD (PIAAS):

La creación del SNUS, la Regionalización en salud, la Organización de los niveles de atención no fueron medidas suficientes para llevar adelante la extensión de cobertura a la población con servicios de salud, y satisfacer las necesidades básicas de salud de la población.

El Sector Salud a pesar de que es priorizado por el Estado Revolucionario tiene limitados recursos materiales y principalmente humanos, no cuenta con el personal especializado para la administración de las Unidades, lo que ocasiona desorganización en el trabajo y discontinuidad en la Dirección.

Para superar esto desde 1,982 el MINSA entra en un proceso de elaboración de un instrumento que sirva de guía para la gestión, que permita elevar la capacidad operativa de las Areas de Salud; elaborándose con este fin el Plan Integral de Actividades de Areas de Salud (Libro Rojo y Negro) y el docu-



mento "Desarrollo de la Organización del Trabajo en Areas de Salud". Implantación del Plan Integral de actividades del area de salud, posteriormente se elaboró la Libreta del Sector. El PIAAS es una respuesta administrativa que se dá para impulsar el desarrollo de las Areas de Salud y del SNUS.

Para aumentar la eficacia y eficiencia de las Areas de Salud-Centros, Puestos de Salud, Casas base - hace falta además mantener un equilibrio entre el contenido de los Programas y la forma como éstos están organizados. Por ésto el PIAAS tiene como objeto principal armonizar todos los Programas de Salud del MINSA rompiendo la estructura vertical de los mismos y estableciendo una estructura horizontal de tal forma que se realice un trabajo integral en los sectores, ya sea en los puestos, en las casas base o en el terreno, en donde se incorpore a los Brigadistas de Atención Primaria a las Parteras Empíricas Adiestradas que se constituyen en el vínculo entre el equipo de salud del área y el pueblo. Y para que la atención ofrecida en el Centro de Salud tenga también un carácter integral.

El objetivo específico del PIAAS es ser una guía para el Proceso Administrativo que realiza el Director y el Equipo de Dirección del Area.

Los principios que se toman en cuenta para elaborar el PIAAS son: Trabajo en equipo, no rechazo

a la demanda, participación popular en todo el proceso de gestión, trabajo de terreno, y utilización en el nivel más adecuado las diferentes disciplinas del personal existente, al igual que los recursos de la comunidad.

- Trabajo en equipo: Antes el funcionamiento vertical de los Programas producía un trabajo individualista que ocasionaba una deficiente utilización del personal, y en consecuencia limitada producción de servicios; y problemas al Director del Area "ya que las funciones de sus subalternos lo alejaban del control integral". Con la implantación del PIAAS lo que se busca es la mejor utilización del personal, que éste conozca y ejecute las actividades de todos los Programas, que a su perfil ocupacional o función corresponde y en equipo prestar una atención integral a la población o al medio. "El trabajo colectivo permitirá a partir de ese momento establecer ordenamiento del contenido de trabajo de cada miembro del equipo de salud y sus relaciones con los demás" (50).

- No rechazo a la demanda: Con el fin de lograr una cobertura creciente a la población de tal forma que se pueda satisfacer las necesidades básicas de salud de la población; no se trata de crear demanda ya que esto provocaría el es-

tallido del sistema.

No rechazo a la demanda es una respuesta político-social que significa que todos pueden recibir atención, que de acuerdo a la posibilidad del sistema todos deberán recibir atención, que toda persona que golpee las puertas del Sistema recibirá atención con el personal adecuado que el sistema disponga.

En los Centros de Salud el no rechazo a la demanda se logra con la creación de la Enfermera Clasificadora que se convierte en el eje de la organización del trabajo, al derivar los pacientes al personal que corresponde y al atender determinadas patologías a las que está autorizada y capacitada; es una respuesta acorde al momento actual que busca que los Médicos con que se dispone lleguen a atender a toda la población que en realidad los necesita.

- Trabajo de terreno: Los Programas de salud van encaminados a modificar el Perfil higiénico-epidemiológico de la población; con la atención ofrecida a la demanda espontánea en las unidades de salud se consigue principalmente la cura, rehabilitación y en menor grado la prevención al individuo. Con la prestación de servicios en el terreno (Centros de Trabajo, de Estudios, Barrio-Casa base y los hogares), lo que se busca

es la prevención al resto de los miembros de la comunidad, y la ubicación de problemas de salud que no demandan atención, con lo que se logrará a mediano plazo la solución de las principales patologías que afectan al pueblo, ejemplo de esto tenemos la notoria disminución de la incidencia de enfermedades transmisibles prevenibles por vacuna fruto de las Jornadas Nacionales de Vacunación.

Para llevar adelante de mejor manera el trabajo de terreno es necesario sectorizar el área y designar personal de salud responsable del Sector, y captar y formar Brigadistas de Atención Primaria y Parteras Empíricas.

- Participación popular en todo el Proceso de Gestión: La participación popular en salud ha tenido en su desarrollo los siguientes momentos: Primero las Jornadas de Vacunación Antipolio a través de la coordinación SNUS-organizaciones de masas. Segundo, la conformación del Consejo Nacional de Popular de Salud en el segundo semestre de 1980. Y tercero, que corresponde a la implantación del PIAAS momento en el que el pueblo organizado ya no sólo participa en la planificación y ejecución de ta-

rías, sino también en la Dirección y principalmente en el Control de las actividades de salud que se ejecutan en las Areas.

El Consejo Popular de Salud del área junto con el equipo de dirección deben planificar las actividades de salud del área, fijar las prioridades y adecuar los programas a las características locales. En los Cara al Pueblo en salud, las masas toman cuentas al equipo de dirección del área y analizan los problemas de salud.

- 4.9.1. PIAAS y Proceso Administrativo. La implantación del PIAAS debe significar un salto de calidad en la gestión del área; debe permitir la realización de un Proceso Administrativo más técnico y garantizar la participación popular en toda la gestión.

La Planificación: Se debe realizar en base a un conocimiento bastante real de la situación de salud de la población y de los factores que inciden en el estado de salud-enfermedad de la población. Se parte de un diagnóstico que permite el conocimiento de las necesidades de la población, del conocimiento del número y capacidad de

los recursos con que se cuenta; esto permite que se fijen claramente las prioridades del área, las metas de producción, el personal responsable de su ejecución.

Hay que tomar en cuenta que el plan anual de actividades de trabajo del área se lo realiza no en base a las necesidades sino en base a los recursos con que se cuenta.

La Organización del trabajo del área se establece tomando en cuenta el principio de no rechazo a la demanda y extensión de cobertura. A través de esta función se establece una adecuada división y cooperación del trabajo; para lo cual es necesario la utilización racional de los recursos con que se dispone. Se organiza el trabajo en el Centro de Salud, en el Puesto de Salud, Casa Base; se persigue la mejor utilización del tiempo disponible, trabajo en equipo y atención integral. Se establece personal responsable para llevar adelante las acciones de salud en el Sector, se incorpora bajo una relación técnica a los Brigadistas de Atención Primaria y Parteras Empíricas adiestradas al Equipo de salud. Se crea la Enfermera Clasificadora. Se

reorganiza el Sistema de Información. Se establecen los mecanismos para ejecutar las relaciones intra y extrasectoriales.

Dirección: El Director del Centro de Salud es la máxima autoridad de salud del Area y él responde por la morbi-mortalidad de la población de su Area.

Se han establecido los mecanismos tales como despachos, reuniones que posibilitan continuidad en la dirección a través de un flujo de información adecuada y necesaria que fundamente las decisiones tomadas. Se ha impulsado una dirección colectiva a través de los Consejos Técnicos de Dirección que tienen carácter asesor, y de toma de decisión colectiva en los que participa un delegado del Consejo Popular de Salud del Area, el representante sindical de los trabajadores a más de los jefes de servicio.

Control: Se plantean mecanismos que posibilitan el conocimiento oportuno de los problemas de tal forma que se tomen a tiempo medidas correctivas que garanticen la adecuada marcha de los programas de

salud que se ejecutan en el área. Se establece la realización de los Cara al Pueblo en Salud a través de los cuales el pueblo participa en el control de las acciones de salud y se los concibe como la expresión "máxima" de la democracia de la Revolución Popular Sandinista materializada en el Sector de Salud.

4.9.2. PIAAS v Servicios Básicos de Salud. Los servicios básicos de salud son aquellas acciones preventivo-curativas que el personal de salud y/o los brigadistas y partes empíricas adiestradas prestan a la población o al medio y que se encuentran agrupados en los programas de atención primaria de salud que son ejecutados en las áreas.

En el libro Rojo y Negro se han agrupado los distintos servicios básicos de salud en los siguientes programas: Atención Integral a la Mujer, Atención Integral al Niño, Atención Integral al Adulto, Higiene del medio, Salud Bucal, Administrativo, Epidemiología, ACEM, la ejecución sistemática de los mismos permitirá la modifica-



ción del cuadro higiénico epidemiológico del área. En estos programas se concretizan las políticas de salud del Estado.

Al equipo de salud del área, a los brigadistas y parteras empíricas adiestradas se les han asignado funciones que permiten la ejecución de actividades de los distintos programas ya sea en el Centro de Salud o en el terreno, de tal forma que se logra horizontalizar los programas y brindar una atención integral a la población.

Al implantarse el PIAAS se deben producir modificaciones en el proceso administrativo tendientes a producir una adecuada utilización de los recursos disponibles que permiten aumentar la capacidad operativa del área de salud que debería reflejarse en el incremento del número de acciones preventivo-curativas -aumento de producción de servicios básicos de salud, y un aumento de cobertura a la población.

- 4.9.3. PIAAS y Area de Salud. En el libro Rojo y Negro se define el área de salud como "la unidad ejecutora con un límite geográfico y poblacional definido, en donde se reali-

zan integralmente los diferentes programas de Atención Primaria en coordinación con el pueblo organizado para la Planificación, Organización, Dirección y Control de los Programas para lo cual el área estará dividida en sectores" (51).

El Centro de Salud cabecera del Area, "es la unidad presupuestaria del área que tiene a su cargo la atención médica integral de carácter primario que se realiza en las personas y sobre el medio ambiente comprendido en el área territorial asignada dentro de la estructura regionalizada de servicios. A ella están subordinados todo el resto de infraestructura del Area" (52).

"El Sector es la unidad territorial en que ha sido dividida el Area con características poblacionales y socio-económicas definidas que permiten planificar, ejecutar y controlar en forma integral las actividades del Area" (53).

## 5. VARIABLES.

### 5.1. PLAN INTEGRAL DE ACTIVIDADES DE AREAS DE SALUD (PIAAS).

Definición Conceptual: Referirse al Marco Teórico.

Definición Operacional: Instrumento administrativo guía para el proceso de gestión de las Areas de Salud que busca mejorar la prestación de servicios aumentando la producción y cobertura.

### 5.2. PROCESO ADMINISTRATIVO.

Conjunto de funciones de la administración que al interactuar relacionadas nos encaminan al cumplimiento de la finalidad de la institución, la unidad o el sistema. Las funciones que integran el proceso de gestión son: Planificación, Organización, Dirección, Control y Formación de Cuadros.

### 5.2'. PRESTACION DE SERVICIOS. (SERVICIOS BASICOS DE SALUD PRESTADOS).

Acciones preventivo-curativas prestadas a la población y/o al medio ambiente, agrupadas en programas de salud que se ejecutan en las áreas.

### 5.3'. PRODUCCION.

Número de acciones terminales realizadas en las áreas.

5.4'.1. Cobertura Programada. Es la proporción existente entre actividades de primera vez que se programaron realizar y la población que se estimó necesitaba el servicio.

5.4'.2. Cobertura Efectiva o Real. Es la proporción existente entre actividades de primera vez que se realizaron y la población estimada que debe recibir o que necesita el servicio.

6. MÉTODOS Y TÉCNICAS.

6.a. Se desarrollarán los métodos y técnicas para lograr el primer objetivo:

"Identificar el proceso administrativo en las áreas de salud antes y después de la implantación del PIAAS".

6.a.1. Universo. Serán los directores de las áreas de salud urbana en las que se implantó primero el PIAAS en la Región III.

6.a.2. Marco Muestral. Se considerará todo el universo.

6.a.3. Unidad de Análisis. El Director.

6.a.4. Unidad de Observación. Proceso Administrativo.

6.a.5. Delimitación en Tiempo y Espacio. Se analizará este aspecto en las áreas de salud número 1, hoy zona 9, y la 7, hoy zona 6, de la Región III durante los años 1982, 1983, y 1984.

6.a.6. Operacionalización de Variables. Desarro-

llada en las siguientes páginas.

- 6.a.7. Fuente de Información. Secundaria, mediante la revisión de documentos del área de salud (Archivo de la Dirección).
- 6.a.8. Definición de Instrumentos. Técnica de recolección: Revisión documental de fuentes de información secundaria establecidas.
- Instrumentos de recolección: Para la recolección de información se ha elaborado una guía de recolección por función de administración en donde se recoge la información de los años en estudio, (revisar anexos).
- 6.a.9. Plan de Análisis. Al proceso Administrativo se le ha dado un valor máximo de 100, y cada una de las funciones de la Administración se le ha otorgado un puntaje de 20 puntos, los mismos que fueron distribuidos por igual para cada componente estudiado. Posteriormente se procedió a distribuir los puntos, según el número de indicadores que cada uno tiene, y se otorgó un puntaje a las variaciones expresadas en la

OPERACIONALIZACION VARIABLES

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
a. Proceso Ad- ministrati- vo	Administra- tivo	Adecuado Inadecuado MALO	Referirse a Marco Teórico	Cualitativa	Planificación Organización Dirección Control Formación de cua- dros	
a.1. Planifica- ción	Administra- tivo	Mayor Menor	Se refiere a la de- terminación previa de líneas a seguir expresadas en un Plan	Cualitativa Técnica	Plan de Trabajo anual del Area Planes Mensuales  Plan de Emergencia	si - no 12 9 - 11 - de 8 si - no
a.1.1. Plan Anual					Objetivos Actividades Metas Responsable Fechas de cumpli- miento	si - no si - no si - no si - no si - no
a.1.2. Componente popular				Cualitativa Popular	Participación de C.P.S.	si - no

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
a.2 Organiza- ción	Administra- tivo	Adecuada Inadecuada	Es la forma como se divide el trabajo y la manera como se interrelacionan las distintas unidades organizativas	Cualitativa	Organigrama Distribución de re- cursos humanos: Centro de salud % de Sectores con personal MINSA  Distribución de re- cursos físicos: Centro de salud % de sectores equipados  % de Programas con responsable  Archivo del Area por sectores  Coordinaciones Ex- ternas: F.S.L.N. (Zonal) Organismos de masas Representantes lo- cales JGRN Delegados Zonales Educación Otros delegados zonales	si - no  si - no 75 - 100 50 - 74 - de 50  si - no 75 - 100 50 - 74 - de 50  100 75 - 99 - de 75  si - no  si - no si - no si - no si - no si - no



ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
1.3. Dirección	Administrativo	Mayor Menor	Función por la cual se asegura y se exige el cumplimiento de los objetivos del sistema, buscando para ello la acción coordinada de los integrantes del mismo	Cualitativa Técnica	Consejo Técnico de Dirección Despachos Estímulos	si - no si - no si - no
1.3.1. Consejo de Dirección					Número de reuniones del C.T.D. Agenda de reunión Acta de reunión	12 9 - 11 6 - 8 - de 6 si - no si - no
1.3.1.1. Agenda de reunión					Número de agendas Presentación de agenda en horas previa a reunión Elementos fundamen. Acta anterior, control de acuerdos, otros	12 9 - 11 6 - 8 - de 6 72 48 24 0 si - no

ENUNCIADO.	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
a.3.1.2. Actas					Número de actas	12 9 - 11 6 - 8 - de 6
a.3.2. Despachos					Elementos fundamen- tales: Aprobación acta anterior Control de acuer- dos Acuerdos tomados Otros	si - no si - no si - no si - no
a.3.2.1. Agenda					Número de despachos  Agenda  Puntos a tratar Control del Plan de trabajo mensual Problemas funda- mentales de los servicios Cumplimiento de metas de los Pro- gramas Orientaciones ba- jadas del nivel	73 - 96 48 - 72 - de 48 si - no si - no si - no si - no si - no

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
a.3.3. Dirección Popular (participación)				Cualitativa Popular	superior. Acuerdos (decisiones tomadas)  C.P.S. Participa en C.T.D.  Representante Sindical  Representante del C.P.S.	si - no   si - no  si - no  si - no

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
1.4. Control	Administra- tivo	Mayor Menor	Proceso por el cual se establece vigi- lancia activa del sistema para mante- nerlo dentro de los límites prefijados	Cualitativa Técnica	Inspección Supervisión Evaluación Despachos  Programas: A.I.M.  A.I.N.  A.I.A.  Epidemiología  ACEM  Higiene del medio	si - no si - no si - no si - no  9 - 12 6 - 8 - de 6  9 - 12 6 - 8 - de 6  9 - 12 6 - 8 - de 6  9 - 12 6 - 8 - de 6  9 - 12
1.4.1. Supervisión						

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
					Administrativo	6 - 8 - de 6 9 - 12 6 - 8 - de 6

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
a.4.1. Supervisión					Salud bucal	9 - 12 6 - 8 - de 6
a.4.2. Evaluación					Sectores	9 - 12 6 - 8 - de 6
					Programas:	
					A.I.M.	12 9 - 11 6 - 8 - de 6
					A.I.N.	12 9 - 11 6 - 8 - de 6
					A.I.A.	12 9 - 11 6 - 8 - de 6
					Epidemiología	12 9 - 11 6 - 8 - de 6

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
					ACEM  Higiene del medio	12 9 - 11 6 - 8 - de 6  12 9 - 11 6 - 8 - de 6

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
4.2. Evaluación					Administrativo  Salud bucal  Sectores	12 9 - 11 6 - 8 - de 6  12 9 - 11 6 - 8 - de 6  12 9 - 11 6 - 8 - de 6
4.3. Control popular				Popular	C.P.S. (reuniones)  Cara al pueblo (realizados) :	12 9 - 11 6 - 8 - de 6  4 - 6 2 - 3 0 - 1



ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
1.5. Formación de cuadros	Administra- tivo	Mayor Menor	Proceso de selec- ción, desarrollo, y evaluación del per- sonal	Cualitativa	Plan de educación continua Personal en capaci- tación Evaluación del per- sonal Reunión científico administrativa	si - no si - no si - no 12 9 - 11 6 - 8 - de 6
1.5.1. Educación continua					Cursos realizados a: Médicos Enfermeras y Aux. Brigadistas y Par- teras Otros	si - no si - no si - no si - no

escala.

Se ha establecido que el Proceso Administrativo puede ser ADECUADO si de la suma total de cada función se obtiene de 75 a 100 puntos; INADECUADO si de la suma se llega a obtener de 50 a 74 puntos; y, MALO si se logran 49 o menos puntos.

Se compararán los resultados obtenidos en cada año para establecer las variaciones ocurridas en el Proceso Administrativo, para lo cual se han elaborado tablas de salida (ver anexos).

6.b. Se desarrollarán métodos y técnicas para lograr los objetivos 2, 3 y 4:

- (2) "Distinguir los cambios ocurridos en la producción de los servicios básicos al implantarse el PIAAS."
- (3) "Distinguir los cambios ocurridos en la cobertura de los servicios básicos de salud al implantarse el PIAAS."
- (4) "Establecer la relación existente entre proceso administrativo y prestación de servicios."

6.b.1. Universo. Serán los componentes de los

Programas de Salud que el MINSA ha señalado como indicadores de evaluación de la cobertura de cada Programa y son:

- Atención Integral a la mujer:
  - Control Prenatal
  - Control de Puerperio
  - Control de Fertilidad
  - Control de Cáncer Ginecológico
  
- Atención Integral al Niño:
  - Control de Crecimiento y Desarrollo
  - Control a Niños Desnutridos
  - Control de Niños Pretérmino
  - Control en URO
  - Morbilidad Pediátrica
  
- Atención Integral del Adulto:
  - Morbilidad Adulto
  
- Epidemiología:
  - Control de Tuberculosis
  - Control de Enfermedades Prevenibles por Vacuna (Inmunización)
  - Control de Zoonosis
  
- Higiene del Medio:
  - Higiene Comunal
  - Higiene de los Alimentos

Higiene Escolar

Higiene Ocupacional

- Salud Bucal

Atención a Pre-escolar

Atención a Escolar

Atención a Mujeres Gestantes

Atención a Trabajadores

Atención a Adultos

- ACEM:

Rociado a Localidades y Casas

Muestra Hemática

Tratamientos Radicales

6.b.2. Marco Muestral. La muestra será todo el universo.

6.b.3. Unidad de Análisis. El Area de Salud.

6.b.4. Unidad de Observación. Los servicios prestados a la población (producción y cobertura programada y cobertura real.

6.b.5. Delimitación en Tiempo y Espacio. El estudio se hará en las áreas No. 1, hoy Zona 9; y 7, hoy Zona 6, en los años 1982, 1983 y

1984.

- 6.b.6. Operacionalización de Variables. Desarrollada en las siguientes páginas.
- 6.b.7. Fuente de Información. Secundaria, Estadísticas del Area de la Oficina de Estadísticas de Producción de Servicios, DINEI-MINSA.
- 6.b.8. Definición de Instrumentos. Técnica de recolección de información: Los datos de producción y cobertura programada, cobertura real obtenidas de las fuentes de información secundarias indicadas.
- Instrumentos de Recolección: Se elaborará una guía de recolección de datos por cada Programa del Area de Salud, que contenga número de acciones realizadas, cobertura programada y cobertura real por cada componente para los años 1982, 1983 y 1984. (ANEXO).
- 6.b.9. Plan de Análisis. De Producción de Servicios: Se sumó el número de acciones rea-

lizadas en cada componente ya señalado de los distintos programas, de forma que de obtener un "total" de acciones de salud realizadas en cada año, y así poder establecer cual fue el comportamiento -tendencia- de la producción de servicios básicos de salud prestados a la población en el Area estudiada (cuantitativamente qué cambios ocurrieron en la producción). Los datos obtenidos se presentarán en un cuadro y en gráfico (polígono de frecuencia).

De Cobertura: Para poder cuantificar la cobertura de cada Programa y observar su comportamiento a través de los años se ha procedido a otorgar un puntaje máximo de 12 y un mínimo de 4 que debe alcanzar un Programa; este puntaje se dividió para el número de componentes estudiados en cada Programa, y a cada variación de su escala se otorgó un puntaje dentro de los valores establecidos (ver anexo).

Al sumar el puntaje alcanzado en cada programa y compararlo con los distintos años podríamos establecer cual es el comportamiento en cuanto a cobertura de cada Programa ejecutado en el Area. Los datos

obtenidos se los presentará en un cuadro o tabla de salida (ver anexo).

Proceso Administrativo y Prestación de Servicios: Se relacionará el puntaje obtenido de la evaluación del proceso administrativo en cada año y los datos de producción de servicios totales del área, así mismo de cada año.

Se planteó recoger datos de Cobertura Programada y Real para establecer de una forma indirecta si se producía una óptima utilización de los recursos humanos disponibles.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
b. Servicios Básicos de salud prestados (prestación de servicios)	Atención de salud	Más acciones Menos acciones Mayor % Menor %	Acciones de salud preventivo curativas que se ejecutan en el área de salud , atendiendo al individuo y/o su medio	Cualitativa Cuantitativa	Producción (acciones realizadas) Cobertura Programada y Cobertura Real de los siguientes programas: A.I.M. A.I.N. A.I.A. Epidemiología Higiene del medio Salud Bucal ACEM	
b.1. A.I.M.			Acciones preventivo curativas que se ofrecen a la mujer		Producción y Cobertura Programada y Cobertura Real	
b.1.1. Control Prenatal					Controles realizad. Cobertura Programada	No. de cont. 80 - 100 60 - 79 - de 60
					Cobertura Real	80 - 100 60 - 79 - de 60



ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
D.1.2. Control de Puerperio					Controles realizad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. de cont. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
D.1.3. Control de Fertilidad					Controles realizad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. de cont. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
D.1.4. Control de Gineco- lógico					Controles realizad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. de cont. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
b.2. A.I.N. b.2.1. Control de Crecimien- to y Desa- rrollo b.2.2. Control a Desnutrido b.2.3. Control de Niño Pre- término			Acciones preventivo curativas que se ofrecen al niño		Acciones realizad. Cobertura Programa- da y Cobertura Real Controles realizad. Cobertura Programa- da Cobertura Real Controles realizad. Cobertura Programa- da Cobertura Real Controles realizad. Cobertura Programa- da	No. de cont. 80 - 100 60 - 79 - de 60 80 - 100 60 - 79 - de 60 No. de cont. 80 - 100 60 - 79 - de 60 No. de cont. 80 - 100 60 - 79 - de 60

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
					Cobertura Real	80 - 100 60 - 79 - de 60

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
b.2.4. Control URO					Controles realizad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. de cont. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
b.2.5. Morbilidad Pediátrica					Consultas realizad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. de cont. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
b.3. A.I.A.			Acciones preventivo curativas que se ofrecen al adulto		Acciones realizad. Cobertura Programa- da y Cobertura Real	
b.3.1. Morbilidad de Adulto					Consultas realizad. Cobertura Programa- da	No. de cont. 80 - 100 60 - 79 - de 60

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
					Cobertura Real	80 - 100 60 - 79 - de 60

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
b.4. Epidemiología			Acciones preventivo curativas tendientes a controlar las enfermedades transmisibles		Acciones realizad. Cobertura Programada y Cobertura Real	No. de acc.
b.4.1. Control de TB.			Acciones preventivo curativas tendientes a controlar la Tb.		Pacientes tratados Cobertura Programada  Cobertura Real	No. de ptes. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
b.4.2. Inmunizaci. Enfermedades prevenibles por vacunas			Acciones por las cuales se inmuniza a la población susceptible con esquemas completos		Dosis administrad. Cobertura Programada y Cobertura Real	
b.4.2.1. B.C.G. (RN)					Dosis administrad. Cobertura Programada	No. de dosis 80 - 100 60 - 79 - de 60

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
D.4.2.2. D.P.T.					Dosis administrad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. de dosis 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
D.4.2.3. D.T.					Dosis administrad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. de dosis 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
D.4.2.4. P.T.					Dosis administrad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. de dosis 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
D.4.2.5. Antipolio					Dosis administrad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. de dosis 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60



ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p>D.4.2.6. Antisaram- pionosa</p>					<p>Cobertura Real</p> <p>Dosis administrad. Cobertura Programa- da</p> <p>Cobertura Real</p>	<p>80 - 100 60 - 79 - de 60</p> <p>No. de dosis 80 - 100 60 - 79 - de 60</p> <p>80 - 100 60 - 79 - de 60</p>

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
D.4.3. Zoonosis			Acciones preventivas tendientes a controlar la rabia		Perros vacunados Cobertura Programada  Cobertura Real  Perros eliminados Cobertura Programada  Cobertura Real	No. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60  No. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
D.5. Higiene del medio  D.5.1. Higiene Comunal			Acciones higiénico-sanitarias que se realizan en las áreas		Acciones realizad. Cobertura Programada y Cobertura Real  Acciones realizad. Cobertura Programada	No.       No. 80 - 100 60 - 79 - de 60

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
b.5.2. H. Alimentos					Cobertura Real  Acciones realizad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	80 - 100 60 - 79 - de 60  No. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
b.5.3. Higiene Escolar					Acciones realizad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. de acc. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
b.5.4. Higiene Ocupacional					Acciones realizad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. de acc. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
b.6. Salud Bucal	Atención de salud		Acciones preventivo- curativas dirigidas contra las afeccio- nes bucodentales que más frecuentemente sufré la población		Acciones realizad. Cobertura Programa- da y Cobertura Real o efectiva	No.

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
D.6.1 Atención a pre-escolar					Atenciones a Pre- escolar Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No.  80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
b.6.2. Atención a Escolar					Atenciones a escol. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
b.6.3. Atención a Gestantes					Atenciones a mujer gestante Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
b.6.4. Atención al adulto					Atenciones al adul- to Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
b.6.5. Atención a Trabajador					Atenciones al tra- bajador Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
b.7. ACEM			Acciones preventivo- curativas dirigidas a controlar o erradi- car la malaria		Producción, Cober- tura Programada y Cobertura Real	

ENUNCIADO	PROCESO	VARIACION	DEFINICION CONCEPT.	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
b.7.1. Rociados a localidades					Rociados realizad. Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
b.7.2. Muestras temáticas					Gotas gruesas toma- das Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60
b.7.3. Tratamien- tos radica- les					Tratamientos reali- zados Cobertura Programa- da  Cobertura Real	No. 80 - 100 60 - 79 - de 60  80 - 100 60 - 79 - de 60



## 7. RESULTADOS Y ANALISIS.

De acuerdo a lo previsto los resultados serán presentados tomando en cuenta cada uno de los objetivos específicos y se los analizará considerando el problema de investigación.

Se expondrán primero las limitaciones o dificultades presentadas durante la implementación de la metodología propuesta y se harán precisiones en el caso que lo amerite.

### 7.1. Identificar el proceso administrativo en las Areas de salud antes y después del PIAAS.

#### 7.1.1. Consideraciones preliminares.

- En el año 1982 se tomaron en cuenta las acciones realizadas para la implementación del PIAAS como parte de las acciones de gestión del Area, lo que distorsionó el conocimiento de cómo estaba el proceso administrativo ese año antes de la implantación del PIAAS.
- La metodología aplicada permite evaluar la gestión más desde su forma (ejecución de actividades) que de su contenido (dinámica interna o procesos de las funciones).

7.1.2. Area 7 Hoy Zona 6 (Edgard Lang). En las Tablas 1, 2 y 3 observamos que: En el año 1982 "antes" de la implantación del PIAAS el proceso administrativo alcanzó un puntaje de 40.43 lo que significa una Gestión MALA; en donde la dimensión técnica obtuvo un puntaje de 39.93/87 equivalente al 46% y la dimensión de participación popular en la gestión de salud de 0.5/13 equivalente al 4%. Observamos que las funciones que no alcanzaron el 50% fueron Planificación 33% (6.67 puntos) y control 11% (2.1 puntos).

En 1983, el primer año de implantado el PIAAS los resultados respecto a proceso administrativo fueron los siguientes: puntaje de 52.57 que corresponden a una gestión INADECUADA, según el rango establecido de 50-74 para gestión inadecuada, este puntaje se encuentra en los límites inferiores. La dimensión técnica obtuvo un puntaje de 47/87 que corresponde al 54% y la participación popular en la gestión de salud 5.57/13 que equivale a un 42%. Las funciones que no alcanzaron el 50% fueron Planificación 5.84 puntos (29.2%) y Control 9.6 puntos (48%).

TABLA No. 1

PROCESO ADMINISTRATIVO (Dimensión Técnica)

Area 7 (6) Edgar Lang. Años 1982, 83 y 84

FUNCIONES		1,982	1,983	1,984
		PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE
PLANIFICACION	15	6.67	5.84	12.5
DIRECCION	16	10.08	7.75	4.6
ORGANIZACION	20	10.58	15.71	12.35
CONTROL	16	1.6	6.7	7.7
FORMACION DE CIADROS	20	11	11	12
TOTAL	87	39.93	47	49.15

Fuente secundaria

TABLA No. 2

PARTICIPACION POPULAR EN LA GESTION DE SALUD

Area 7 (6) Edgar Lang. Años 1982, 83 y 84

FUNCIONES		1,982	1,983	1,984
		PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE
PLANIFICACION	5	0	0	0
DIRECCION	4	0	2.67	2.67
CONTROL	4	0.5	2.9	1.5
TOTAL PP GESTION	13	0.5	5.57	4.17

Fuente secundaria

TABLA No. 3

PROCESO ADMINISTRATIVO

Area 7 (6) Edgar Lang. Años 1982, 83 y 84

FUNCIONES	1,982	1,983	1,984
	PUNTOS	PUNTOS	PUNTOS
PLANIFICACION	6.67	5.84	12.5
DIRECCION	10.08	10.42	7.27
ORGANIZACION	10.58	15.71	12.35
CONTROL	2.1	9.6	9.2
FORMACION DE CUADROS	11	11	12
TOTAL GESTION	40.43	52.57	53.32

Fuente secundaria

Proceso Administrativo Adecuado. 75 - 100  
 Proceso Administrativo Inadecuado 50 - 74  
 Proceso Administrativo Malo < 50

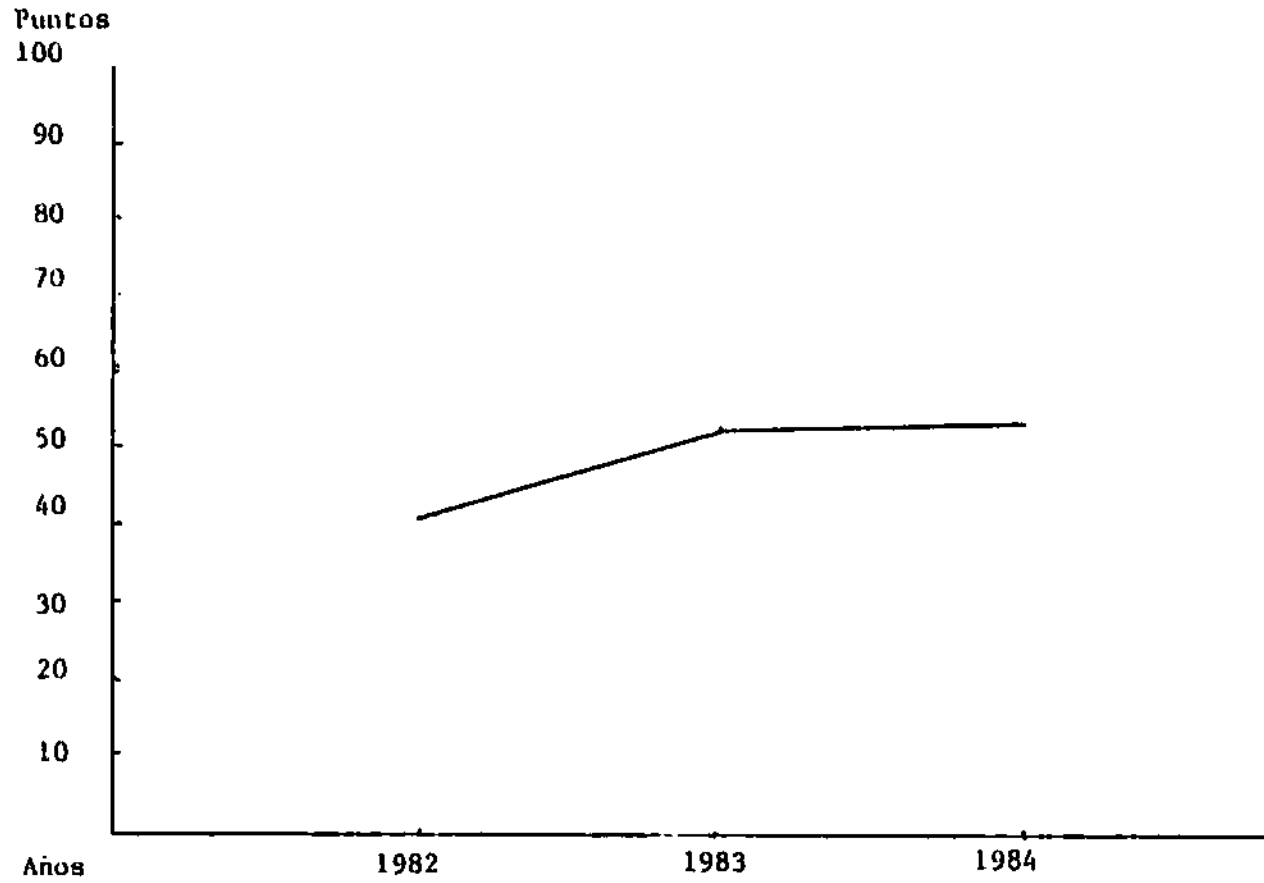
En 1984, a dos años de implantarse el PIAAS los resultados fueron los siguientes: Proceso administrativo INADECUADO 53.32 puntos, también cerca del límite inferior del rango de gestión inadecuada. La dimensión técnica obtuvo un puntaje de 49.15/87 que corresponde al 56% y la participación popular en la gestión del Área 4.17/13 que equivale al 32%. Las funciones que no alcanzaron el 50% fueron Dirección, 7.27 puntos (36.35%) y Control, 9.2 (46%).

La implantación del PIAAS en esta área produjo una modesta modificación, de gestión mala a inadecuada; de 12.14 puntos entre 1982-1983; de 12.89 puntos entre 1982-1984 y de 0.75 puntos entre 1983 y 1984 (gráfico 1).

Se observó que en esta Área de salud la función Control siempre ha sido insuficientemente ejecutada, aunque a partir de la implantación del PIAAS experimentó modificación.

Si bien la metodología implementada no es específica para medir la participación popular en la gestión de Salud, los datos obtenidos con la misma nos hacen ver que el

GRAFICO N° 1  
GESTION AREA 7 (6) EDGAR LANG  
AÑOS 1982-1983-1984



FUENTE: Tabla # 3

pueblo organizado participa insuficientemente en la gestión de Salud de esta área y que la implantación del PIAAS permitió incorporarlo aunque todavía de una manera insuficiente.

7.1.3. Area 1, Hoy Zona 9 (Silvia Ferrufino). En las tablas 4, 5 y 6 observamos que: En el año 1982 el proceso administrativo alcanzó un puntaje de 60.65, lo que corresponde según la clasificación propuesta a Gestión INADECUADA; la dimensión técnica obtuvo un puntaje de 56,48/87 equivalente al 65% y la participación popular en la gestión de salud del Area 4.17/13 equivalente al 32%. Todas las funciones sobrepasan el 50%, siendo la menor Formación de Cuadros con 11 puntos (55%).

En 1983 primer año de la implantación del PIAAS en esta área el proceso administrativo fue INADECUADO pues alcanzó 57.94 puntos. La dimensión técnica obtuvo un puntaje de 52.77/87 equivalente al 61% y el de participación popular en la gestión de salud 5.17/13 (40%). En este año la función Planificación no alcanzó el 50% obtuvo 8.35/20 equivalente al 41.75%.

TABLA No. 4

PROCESO DE GESTION (Dimensión Técnica)

Area 1 (9) Silvia Ferrufino. Años 1982, 83 y 84

FUNCIONES		1,982	1,983	1,984
		PUNTOS	PUNTOS	PUNTOS
PLANIFICACION	15	11.67	8.35	10
DIRECCION	16	13.13	8.14	13.2
ORGANIZACION	20	11.08	11.08	10.42
CONTROL	16	9.6	8.2	7.2
FORMACION DE CUADROS	20	11	17	15
TOTAL	87	56.45	52.77	55.82

Fuente secundaria

TABLA No. 5

PARTICIPACION POPULAR EN LA GESTION DE SALUD

Area 1 (9) Silvia Ferrufino. Años 1982, 83 y 84

FUNCIONES		1,982	1,983	1,984
		PUNTOS	PUNTOS	PUNTOS
PLANIFICACION	5	0	0	0
DIRECCION	4	2.67	2.67	2.67
CONTROL	4	1.5	2.5	2
TOTAL PP GESTION	13	4.17	5.17	4.67

Fuente secundaria



TABLA No. 6

PROCESO ADMINISTRATIVO

Area 1 (9) Silvia Ferrufino. Años 1982, 83 y 84

FUNCIONES	1,982	1,983	1,984
	PUNTOS	PUNTOS	PUNTOS
PLANIFICACION	11.67	8.35	10
DIRECCION.	15.80	10.81	15.87
ORGANIZACION	11.08	11.08	10.42
CONTROL	11.1	10.7	9.2
FORMACION DE CUADROS	11	17	15
TOTAL GESTION	60.65	57.94	60.49

Fuente secundaria

Proceso Administrativo Adecuado 75 - 100  
 Proceso Administrativo Inadecuado 50 - 74  
 Proceso Administrativo Malo 50

En 1984 el Proceso Administrativo fue también INADECUADO con 60.49 puntos; la dimensión técnica obtuvo un puntaje de 55.82/87 igual al 64% y la dimensión participación popular en la gestión fue de 4.67/13 equivalente al 36%. La función que no alcanzó el 50% fue la de Control que obtuvo 9.2/20 puntos equivalentes al 46%.

Antes y después de la implantación del PIAAS en esta Area el Proceso Administrativo fue inadecuado, lo que quiere decir que las actividades realizadas en las distintas funciones del proceso administrativo son insuficientes para un cabal cumplimiento de la finalidad del sistema.

Dentro del rango de gestión inadecuada se produjeron modificaciones tales como: entre 1982 y 1983 primer año de implantado el PIAAS la gestión disminuyó en 2.71; entre 1982 y 1984, segundo año de implantado el PIAAS se disminuyó en 0.16 y entre 1983 y 1984 se produjo un aumento de 2.55 puntos (Gráfico 2).

La función que ha estado fallando más en esta Area es la de Planificación.

GRAFICO N° 2  
GESTION AREA I (9) SILVIA FERRUFINO  
AÑOS 1982-1983-1984



FUENTE: Tabla # 6

Con la salvedad hecha a la metodología implementada para medir la participación popular en la gestión observamos que en esta área todavía es insuficiente, pues su promedio fue de 4.67/13 que corresponde al 36%.

7.2. Distinguir los cambios ocurridos en la producción de servicios en el Area al implantarse el PIAAS.

7.2.1. Consideraciones Preliminares.

- No se consideró la posibilidad de comparar lo ejecutado con la meta programada porque: Primero, en el mismo proceso de elaboración del Protocolo se encontró informes en los que se expresa sobrecumplimiento de la meta en la mayoría de casos, y no se encontró la metodología de programación; y segundo, en el proceso de elaboración del Protocolo se evidenció la dificultad de obtener esos datos, lo que no fue superado en el proceso de recolección de datos, pues ni las áreas de salud, ni departamento alguno de la Regional conservan información minuciosa respecto a lo programado en estas áreas en los tres años de estudio.
- En las áreas de salud estudiadas no se contaba con todos los consolidados anuales, ni series históricas de producción de servicios por pro-

grama ni por componentes de cada programa.

- Se solicitó la información necesaria a la Oficina de Estadísticas de Producción de Servicios del Nivel Central DINEI-MINSA, pero como ésta tardaba, se solicitó la misma información a la Oficina de Estadísticas de la Región III. Los datos proporcionados por estas dos fuentes secundarias no coincidieron en su mayoría.

Posteriormente se solicitó a la Oficina de Estadísticas de la Regional información para determinar la cobertura de los componentes de los distintos programas, y se proporcionaron algunos datos de producción de servicios que tampoco coincidieron con los datos anteriormente proporcionados.

- Como siempre, la información recibida fue incompleta; los instrumentos de recolección de datos, elaborados para conocer la producción de las áreas fueron llenados principalmente con los datos proporcionados la primera ocasión por la Oficina de Estadísticas de la Región III, y completados con la información de la Oficina de Producción de Servicios DINEI-MINSA y con la

proporcionada posteriormente por la regional.

- En el programa de Epidemiología no se obtuvo información respecto al compuesto Control de Tuberculosis; se pretendió modificar el indicador propuesto para contar con datos respecto a alguna acción terminal de este componente y no fue posible por la información que se dispuso. Por lo que en el total de acciones de salud realizadas en este Programa no se incluye el componente Control de Tuberculosis.
- Con el mismo propósito y en la medida en que no se obtuvieron datos sobre el número de perros vacunados en 1982 en el Area 1, y al no saber si se realizó o no vacunación canina, se suprimió este indicador.
- Para comparar la producción de servicios del Area y evitar sesgos se procedió a descartar los datos del Programa ACEM de 1983 y 1984 por cuanto no se pudo obtener datos de la ejecución de este Programa en 1982 en ninguna de las dos Areas estudiadas.
- En el programa Salud Bucal en las dos Areas no existen los años 1982 y 1983 de datos sobre Atención al Trabajador. No se procede a eliminar este componente por cuanto en los datos de

Atención al Adulto éstos estaban incluidos; en 1984 se procedió a desglorsar para obtener un registro que permita valorar el cumplimiento de la política del Gobierno Central de priorizar la atención a los trabajadores productivos.

7.2.2. Area 7 (6) Edgard Lang. En la Tabla número 7 observamos que en 1982 se ejecutaron 198,456 acciones de salud (producción de servicios), sin haberse implantado el PIAAS.

En 1983, luego de un año de trabajo con el PIAAS, se realizaron 199,835 acciones de salud, que corresponden a un incremento de 1,349, lo que equivale a decir que en 1983 se realizó un 0.7% más que el año anterior.

En 1984, a dos años de funcionamiento con el PIAAS se realizaron 178,834 acciones de salud que representan el 90% de lo ejecutado el año anterior (Gráfico No. 3).

7.2.3. Area 1 (9) Silvia Ferrufino (Tabla No. 8). En esta área de salud en el año 1982 se ejecutaron 233,459 acciones de salud antes de haber implantado el PIAAS.

Luego de un año de implantado el PIAAS se ejecutaron 262,100 acciones de salud, 28,641 más

TABLA No. 7

PRODUCCION POR PROGRAMA, TOTAL Y DIFERENCIA ABSOLUTA Y EN PORCENTAJE  
 Area 7 (6) Edgar Lang. Años 1982, 83 y 84

PROGRAMA	(1) 1,982	(2) 1,983	(3) 1,984	Dif. 1 y 2		Dif. 1 y 3		Dif. 2 y 3	
				Absol.	Por- ciento	Absol.	Por- ciento	Absol.	Por- ciento
A. I. M.	7,592	11,530	10,295	3,938	52%	2,703	36%	-1,235	-11%
A. I. N.	44,839	45,024	35,128	185	0.4%	-9,711	-22%	-9,896	-22%
A. I. A.	34,895	41,396	38,241	6,501	19%	3,346	10%	-3,155	-8%
EPIDEMIOLOGIA	94,306	88,205	82,038	-6,101	-6%	-12,268	-13%	-6,167	-7%
SALUD BUCAL	13,467	12,316	10,641	-1,151	-9%	-2,826	-21%	-1,675	-14%
HIGIENE DEL MEDIO	3,357	1,334	2,491	-2,023	-60%	-866	-26%	1,157	87%
TOTAL	198,456	199,805	178,834	1,349	0.7%	-19,622	-10%	-20,971	-10%

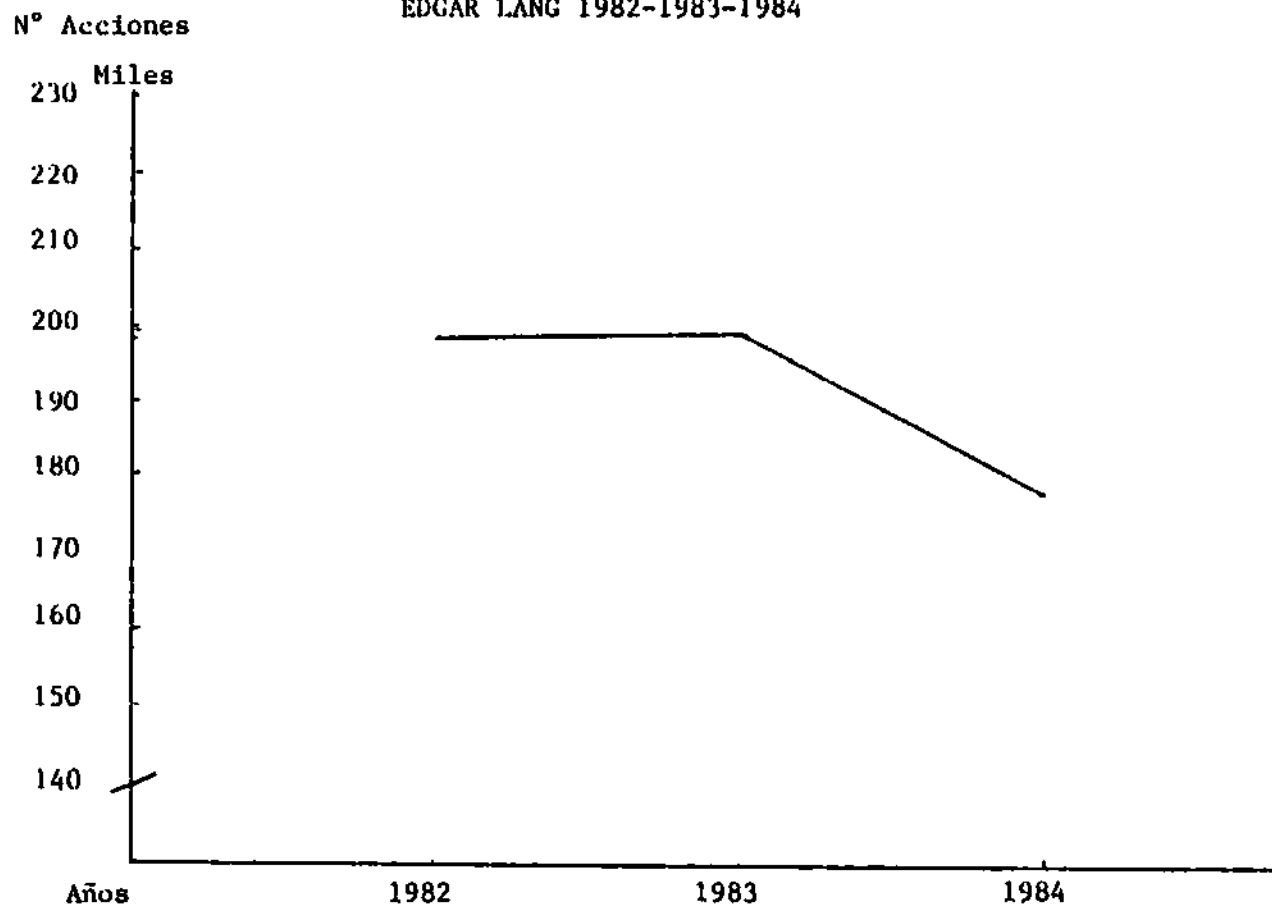


TABLA No. 8

PRODUCCION POR PROGRAMA, TOTAL Y DIFERENCIA ABSOLUTA Y EN PORCENTAJE  
 Area 1 (a) Silvia Ferrufino. Años 1982, 83 y 84

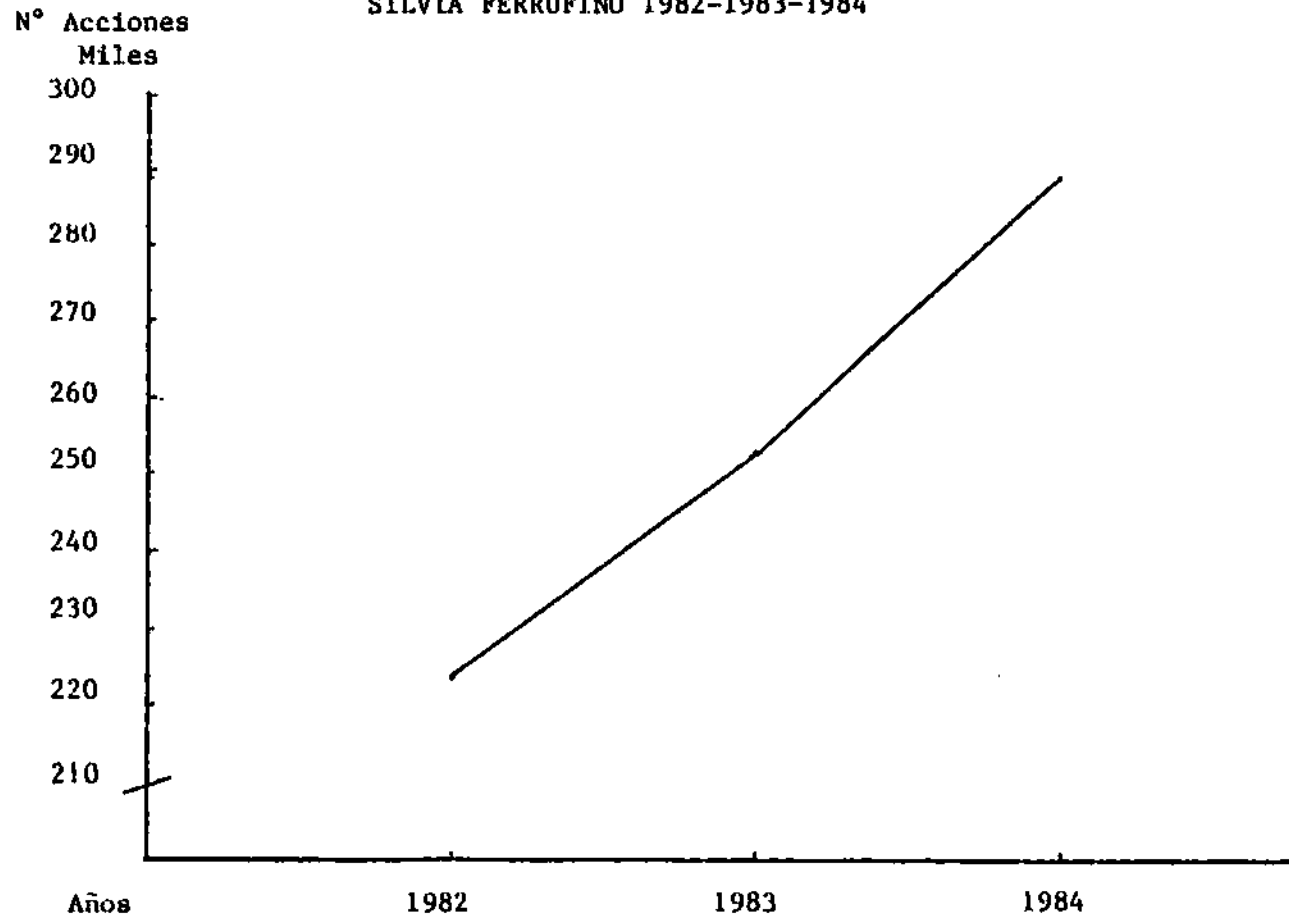
PROGRAMA	(1) 1,982	(2) 1,983	(3) 1,984	Dif. 1 y 2		Dif. 1 y 3		Dif. 2 y 3	
				Absol.	Por- ciento	Absol.	Por- ciento	Absol.	Por- ciento
A. I. M.	13,753	17,415	18,022	3,662	27%	4,269	31%	607	3%
A. I. N.	48,934	58,087	51,592	9,153	19%	2,658	5%	-6,495	-11%
A. I. A.	71,566	100,517	103,260	28,951	40%	31,694	44%	2,743	3%
EPIDEMIOLOGIA	88,237	80,286	118,136	-7,951	-9%	29,899	34%	37,850	47%
SALUD BUCAL	8,225	13,386	12,047	5,161	63%	3,822	46%	-1,339	-10%
HIGIENE DEL MEDIO	2,772	2,184	1,212	-588	-21%	-1,560	-56%	-972	-45%
TOTAL	233,459	262,100	299,447	28,641	12%	65,988	28%	37,347	14%

GRAFICO N° 3  
PRODUCCION DE SERVICIOS AREA 7 (6)  
EDGAR LANG 1982-1983-1984



FUENTE: Tabla # 7

GRAFICO N° 4  
PRODUCCION DE SERVICIOS AREA 1 (9)  
SILVIA FERRUFINO 1982-1983-1984



FUENTE: Tabla # 8

que el año anterior que corresponden al 12% más de lo ejecutado en 1982.

En 1984, a dos años de trabajo con el PIAAS, se realizaron 299,447 acciones de salud que corresponden al 14% más de los ejecutados el año anterior (Gráfico No. 4).

En esta área evidenciamos tendencia positiva de la producción de servicios, se encontró un incremento anual promedio de 13%, esto es un promedio de 32,994 acciones de salud más cada año.

- 7.2.4. Con la metodología aplicada no podemos conocer cual fue la producción real en cada área de salud lo que nos permitió, aunque de manera gruesa, establecer cuál fue el comportamiento de la producción en cada área a lo largo de los 3 años estudiados. No se puede establecer la causa de este comportamiento.

El número de actividades realizadas (Producción de Servicios) por sí solo no arroja mayores datos para el análisis por cuanto ésta puede haberse realizado por variación en el número de recursos o por medidas de Gestión que modificaron la productividad de los recursos; y con

la presente investigación ésto no se puede determinar.

7.3. Distinguir los cambios ocurridos en la cobertura de los programas de salud al implantarse el PIAAS.

7.3.1. Consideraciones.

- Para lograr este objetivo se utilizaron datos de cobertura real.
- El rango establecido para la tercera variación de la escala propuesta ( - de 60%) es muy amplio y al haberse establecido un puntaje para esta variación puede distorcionarse la realidad de los hechos.
- Debido a que las fuentes de información establecidas no reportan coberturas, fue necesario sacarlas en los componentes que fue factible hacerlo. En el anexo se incluyen los indicadores utilizados.
- Se obtuvo la cobertura de los componentes del programa Atención Integral a la Mujer y se sacó de la manera propuesta la cobertura de este programa. En el programa Atención Integral al Niño se estableció la cobertura de los siguientes componentes: Control de Crecimiento y Desarrollo, Control a Desnutridos, Control al Niño

Pretérmino, Control en URO. No se estableció la cobertura del programa por cuanto no se consiguió el dato de primeras consultas de morbilidad, o de número de niños de cero a 14 años atendidos por cualquier patología.

- El programa Atención Integral al Adulto se analiza estudiando concentración (consulta médica/habitante/adulto) que es un indicador indirecto de cobertura, más adecuado para el estudio de calidad.

#### 7.3.2. Area 7 (6), Edgard Lang.

- 7.3.2.1. Programa Atención Integral a la Mujer. Según la metodología propuesta la cobertura de este programa no ha experimentado ninguna modificación, pues el puntaje obtenido en los años 82, 83 y 84 es de 4, lo que quiere decir que este programa ha logrado una cobertura menor al 60% de la población que debía beneficiarse de sus acciones en cada uno de los años estudiados. (Tabla No. 9).

Analizando la cobertura de los componentes del Programa observamos que la cobertura real de cada uno aumentó en el año 1983 respecto a lo logrado en el año 1982. En el año 1984

TABLA No. 9

COBERTURA PROGRAMA A.I.M. Y COBERTURA REAL DE SUS COMPONENTES  
 Area 7 (6) Edgar Lang. Años 1982, 83 y 84

	1,982		1,983		1,984	
	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
CONTROL PRENATAL	14%	1	27%	1	19%	1
CONTROL PUERPERIO	14%	1	26%	1	22%	1
CONTROL FERTILIDAD	9%	1	19%	1	7%	1
CONTROL DE CA GINECOL.	9%	1	17%	1	19%	1
TOTAL PROGRAMA		4		4		4

4 = 60% de Cobertura

Fuente secundaria

disminuyen las coberturas de los componentes Control Prenatal, Control Puerperio y Control de Fertilidad; sólo la cobertura real de Control de Cáncer Ginecológico experimentó un aumento (Tabla No. 9).

En 1983 en los 4 componentes analizados del Programa A.I.M. se atendió a mayor número de mujeres que en el año 82; y en el año 1984 menos mujeres recibieron los beneficios del Control Prenatal y Control de Fertilidad, y en cambio fueron atendidas más mujeres en Control de Puerperio y en Control de Cáncer Ginecológico. Además hay que tomar en cuenta que la población en 1983 en esta área fue menor que en 1982. En 1984 ésta asciende bruscamente (ver Anexo) según datos proporcionados por la Oficina de Estadística Regional del MINSA que cita como fuente al INEC.

7.3.2.2. Programa Atención Integral al Niño. Según lo observado en la Tabla 10 la cobertura real de los componentes de Control de Crecimiento y Desarrollo, Control de Niño Pretérmino y Control en URO experimentaron un aumento en el año 83 respecto del 82; y la Cobertura de Control de Desnutridos sufrió en el 83 disminución respecto al año anterior. En 1984 la Cobertura Real de todos los



TABLA No. 10

COBERTURA REAL COMPONENTES PROGRAMA A.I.N.  
 Area 7 (6) Edgar Lang. Años 1982, 83 y 84

	1,982	1,983	1,984
Control, Crec. y Des.	23%	42%	29%
Control Desnutridos	14%	10%	3%
Control Pretérmino	19%	44%	14%
Control U.R.O.	32%	83%	51%

Fuente secundaria

TABLA No. 11

CONSULTA MEDICA POR HABITANTE DE 15 AÑOS  
 Area 7 (6) Edgar Lang. Años 1982, 83 y 84

1,982	1,983	1,984	
1	1.34	1.03	

Fuente secundaria

componentes analizados experimentó disminución respecto del año 83; y la de Control de Desnutridos y pretérmino inclusive disminuyó con respecto del año 82.

En 1983 mayor número de niños recibieron las acciones de este programa, expresados en más primeros controles en los componentes de Control en URO, Control de Niño Pre-término y Control de Crecimiento y Desarrollo; se experimentó disminución del número de niños desnutridos controlados. En 1984 disminuyó el número de niños captados en todos los componentes analizados del programa Atención Integral al Niño. Varió también de una manera significativa la población que se estimó debía recibir las acciones de este programa en cada uno de los años estudiados.

7.3.2.3. Programa Atención Integral al Adulto. En la Tabla número 11 se observa que es mayor el número de consultas médicas por adulto respecto al año 1982 y esto no solo porque el número de consultas médicas aumentó sino también porque el número de adultos disminuyó.

En 1984 se produjo un descenso de consultas

por habitante adulto mayor de 15 años respecto al año anterior, y ésto porque disminuyó el número de consultas médicas a adultos y aumentó la población estimada de éstos.

### 7.3.3. Area 1 (9) Silvia Ferrufino.

7.3.3.1. Programa Atención Integral a la Mujer. En esta Area de Salud la cobertura de este programa en los 3 años estudiados no ha experimentado ningún cambio, pues en cada año se obtuvo 4 puntos, que corresponden según lo propuesto a una cobertura menor al 60% (Tabla 12).

La cobertura de cada uno de los componentes del programa en estos 3 últimos años ha experimentado las siguientes modificaciones (Tabla 12). En 1983, primer año de implantado el PIAAS la cobertura del componente Control Prenatal y Control de Cáncer Ginecológico experimentaron una disminución del 7% en el primer caso y del 17% en el segundo; en este año disminuyeron el número de mujeres controladas y la población estimada que debía recibir el servicio respecto del año anterior (ver anexo). La Cobertura de Control de Puerperio aumentó en un 18%, y la de Control de Fertilidad aumentó en un 13%; en ambos casos aumentó el número de mujeres controladas y disminuyó el número de mujeres estimadas que debían recibir el servicio (ver anexo).

TABLA No. 12

COBERTURA DEL PROGRAMA A.I.M. Y COBERTURA REAL DE SUS COMPONENTES  
 Area 1 (9) Silvia Ferrufino. Años 1982, 83 y 84

	1,982		1,983		1,984	
	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
CONTROL PRENATAL	23%	1	16%	1	19%	1
CONTROL PUERPERIO	16%	1	34%	1	26%	1
CONTROL FERTILIDAD	2%	1	15%	1	8%	1
CONTROL CA. GINECOL.	30%	1	13%	1	12%	1
TOTAL COBERTURA		4		4		4

Fuente secundaria

4 = de 60% de cobertura

En 1984 a 2 años de implantado el PIAAS disminuyeron las coberturas de Control de Puerperio en 8% respecto a 1983, se atendió a 474 más mujeres que el año anterior y los partos esperados que debieron recibir este servicio aumentó en 2,964. Disminuyó también la cobertura de Control de Fertilidad en un 7%, este año se realizaron 524 controles menos y las mujeres que debían recibir el servicio aumentó en 14, 274 respecto al año anterior. Así mismo se produjo un descenso de la cobertura de Cáncer Ginecológico en 1%, en este año 1984 se controló a 1,623 mujeres más que el año anterior, pero la población estimada que debía recibir el servicio aumentó en 14.274 mujeres.

La cobertura de Control Prenatal aumentó en 3%, siendo mayor este año tanto el número de mujeres controladas como el número de mujeres embarazadas esperadas en el período.

7.3.3.2. Programa Atención Integral al Niño. En la Tabla No. 13 observamos que: En 1983 mientras que la cobertura de los componentes de control de crecimiento y desarrollo, control de niño desnutrido y control en URO ascendió,

TABLA No. 13

COBERTURA REAL COMPONENTES PROGRAMA A.I.N.  
 Area 1 (9) Silvia Ferrufino. Años 1982, 83 y 84

	1,982	1,983	1,984
Control, Crec. y Des.	22%	34%	26%
Control Desnutridos	6%	8%	5%
Control Pretérmino	22%	12%	9%
Cobert. U.R.O.	23%	37%	25%

Fuente secundaria

TABLA No. 14

CONSULTA MEDICA POR HABITANTE >DE 15 AÑOS  
 Area 1 (9) Silvia Ferrufino. Años 1982, 83 y 84

1,982	1,983	1,984	
1.65	2.61	1.44	

Fuente secundaria

la cobertura de Control del Niño Pretérmino descendió. El aumento de la cobertura estuvo dada por el mayor número de niños atendidos (más primeros controles) que en el año anterior, y la población infantil que se estimó debía recibir estos servicios también fue menor a la estimada para el año 1982. El descenso de la cobertura en Control del Niño Pretérmino se debió a que en ese año se controlaron 61 niños pretérminos, 50% menos que el año anterior y a que la población de pretérminos estimados fue de 506 (64 menos que el año anterior).

En 1984 se experimentó un descenso en la cobertura de todos los componentes analizados de este Programa, a pesar de que se atendió a mayor número de niños que en 1982 y 83, se debió a que la población estimada para el Area en este período fue de 138,200 habitantes (64,300 habitantes más que el año anterior) y por lo tanto la población estimada que debía beneficiarse con los distintos componentes del Programa también fue mayor.

7.3.3.3. Programa de Atención Integral al Adulto. En la Tabla No. 14 observamos que en 1983 se produjo aumento de consultas médicas por ha-



bitante adulto respecto del año anterior y éste debido a que aumentó el número de consultas en 28951 y la población estimada que debía recibir el servicio aumentó significativamente (ver Anexo).

7.4. Establecer la relación existente entre proceso administrativo y prestación de servicios.

7.4.1. Consideraciones.

- Como ya se había señalado anteriormente las Areas de Salud ni las dependencias competentes del Ministerio de Salud cuentan con información respecto al número de recursos, horas contratadas y trabajadas en los años estudiados, lo que no permite analizar la productividad de los recursos, por lo que se decidió establecer la relación entre proceso administrativo y producción de servicios aunque esto no permite determinar la relación entre Proceso Administrativo y Producción de Servicios.
  
- En la medida en que sólo en el Area 7 Edgard Lang se encontró cobertura programada en el año 1983 y que de esta programación sólo los indicadores de Control Pre-natal y Control de Puerperio coincidieron con los asumidos en este trabajo (Ver Anexo) se realiza el análisis

entre Cobertura Programada y Cobertura Real.

- No se analiza Proceso Administrativo y Cobertura por cuanto no fue posible conocer la cobertura de todos los Programas del Area.

#### 7.4.2. Area 7 (6) Edgard Lang.

7.4.2.1. En la Tabla 15 observamos que en el año 1982 con un Proceso Administrativo MALO (40.43 puntos) se realizaron 198,456 acciones de salud. En 1983 se produjo un aumento en la Gestión de 12.14 puntos en relación al año anterior y a la vez se evidencia un aumento de 0.7% igual a 1,349 más acciones de salud.

La mejoría en la calidad del Proceso Administrativo es un hecho, lo es también el aumento de las acciones de salud. No se puede decir que lo segundo responde a lo primero por cuanto puede haber habido aumento del número de recursos humanos del Area. Si éstos no aumentaron querría decir que es posible que el aumento de la gestión se reflejó en un mejoramiento de la productividad que llevó a un aumento de producción.

En 1984 se produjo un pequeño aumento en el proceso administrativo (0.75 puntos), pero

TABLA No. 15

PROCESO ADMINISTRATIVO Y PRODUCCION  
 Area 7 (6) Edgar Lang. Años 1982, 83 y 84

AÑO	PROCESO ADMINISTRA.	PRODUCCION
1,982	40.43	198,456
1,983	52.57	199,805
1,984	53.32	178,834

Fuente secundaria

TABLA No. 16

COBERTURAS CONTROL PRENATAL Y PUERPERIO  
 Area 7 (6) Edgar Lang. Años 1982, 83 y 84

COBERTURAS	CONTROL PRENATAL	CONTROL PUERPERIO
Cobertura Programada	98.5%	27%
Cobertura Real	26.60%	26.20%

Fuente secundaria

se experimentó disminución del número de acciones de salud realizadas en el Área (se ejecutó el 90% del año anterior). ¿Cómo explicar esto? No se podría afirmar que no guarda relación al tipo de gestión y el número de acciones que se realizan. Si mejoró la gestión, ¿Cómo explicar la disminución de la producción? La producción disminuyó o porque disminuyeron el número de recursos o porque disminuyó la productividad de los existentes, lo que no podemos establecer por falta de información disponible.

- 7.4.2.2. La Cobertura Programada expresa el equilibrio entre oferta y demanda ya que en el momento de la programación en las Áreas se toman en cuenta los recursos disponibles y las necesidades, y se establece el grado de "satisfacción" de las mismas - léase Cobertura- .

La Cobertura Real expresa el porcentaje de respuesta que esa demanda obtuvo; y por lo tanto al compararlas se puede establecer qué número de mujeres que se programó atender, no se atendió.

Según la Tabla 16 se establece que el 73% de los embarazos esperados no fueron controlados, lo que significa que de las 3,000 muje-

res embarazadas que se estaba en condiciones de atender, se dejó de realizar Control Prenatal a 2,190, ya que sólo se controló a 810 mujeres embarazadas.

Se establece también que en cuanto al componente Control de Puerperio existió un 4.14% de diferencia entre la Cobertura Programada y la Real, lo que significó que de las 750 mujeres que se estaba en condiciones de brindar control de puerperio, no se controló a 31, ya que se efectuaron 719 controles de puerperio.

No considero que son suficientes elementos para programar cobertura, conocer el número de horas recurso disponibles, la norma de consulta por habitante y el número de personas que requiere de servicio por cuanto el lograr una cobertura depende también de cómo se organice el trabajo de los recursos disponibles; para conocer esto habría que realizar una investigación específica sobre Organización del Trabajo.

La cobertura es el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud, que satisfagan las necesidades de toda la población, se proporcione en forma

continúa en lugares accesibles y de manera aceptable por la misma y garanticen el acceso a los diferentes niveles de atención del sistema de servicios de salud (54).

La cobertura, por tanto, expresa un equilibrio dinámico que se establece entre las necesidades de una población, su demanda, y la capacidad de las unidades de salud para satisfacerla -capacidad de oferta- que depende del número, tipo de recursos disponibles y de medidas administrativas que permitan su optimización.

7.4.3. Area 1 (9), Silvia Ferrufino. En la Tabla 17 observamos que en los tres años estudiados la Gestión del Area ha sido inadecuada, experimentando pequeñas variaciones.

En 1982 con un proceso administrativo inadecuado de 60.65 puntos se realizaron 233,459 acciones de salud. En 1983, mientras el proceso administrativo sufre una disminución de 2.71 puntos, la producción experimentó un aumento de 38,416 acciones de salud. En 1984 se produce un mejoramiento de la gestión correspondiente a 2.55 puntos y la producción aumentó en 32,394 acciones de salud respecto

TABLA No. 17

PROCESO ADMINISTRATIVO Y PRODUCCION

Area 1 (a) Silvia Ferrufino. Años 1982, 83 y 84

AÑO	PROCESO ADMINISTRA.	PRODUCCION
1,982	60.65	233,459
1,983	57.94	271,875
1,984	60.49	304,269

Fuente secundaria

al año anterior.

Se observa que en esta Area mientras la producción ha experimentado un aumento promedio de 35,405 acciones de salud en los años 83 y 84, la Gestión en 1983 descendió respecto del 82 y en 1984 aumentó en 2,55 puntos respecto del año anterior. No se puede afirmar que el aumento de la producción del Area es independiente de la Gestión en la misma, ni podemos explicar este comportamiento sin conocer la productividad y el número de recursos que ha dispuesto el Area.

#### 7.5. ANALISIS GLOBAL.

Al estudiar la función Organización se obtuvo el dato de que en 1984 en el Area 7 Edgard Lang el 22% de los sectores y el 31% en el Area Silvia Ferrufino tienen personal asignado, esto más los datos de las Tablas 18 y 19, que expresan que mientras la Cobertura Real ha sido baja en las dos Areas en todos los años, la Concentración Real -Controles por Población que recibió el servicio- fue buena principalmente en los componentes Control Prenatal y Control de Crecimiento y Desarrollo. Esto nos podría hacer pensar que se realizó un trabajo más a demanda y en el Centro de Salud; lo que no es posible afirmar categóricamente por cuanto, des-



TABLA No. 18

Cobertura Real y Concentración de  
Algunos Componentes de los Programas A.I.M. y A.I.N.

Area 7 (6) Edgar Lang. Años 1982, 83 y 84

Componentes	1,982		1,983		1,984	
	Cobertura %	Concent.	Cobertura %	Concent.	Cobertura %	Concent.
CONTROL PRENATAL	14%	9.56	27%	7.47	19%	7.73
Control, Crec y Des.	23%	6.11	42%	5.42	29%	3.71
Control Desnutridos	14%	3.85	10%	2.96	3%	2.88
Control Pretérmino	19%	3.49	44%	1.70	14%	2.69

Fuente secundaria

TABLA No. 19

Cobertura Real y Concentración de  
Algunos Componentes de los Programas A.I.M y A.I.N.

Area 1 (9) Silvia Ferrufino. Años 1982, 83 y 84

Componentes	1,982		1,983		1,984	
	Cobertura %	Concent.	Cobertura %	Concent.	Cobertura %	Concent.
CONTROL PRENATAL	23%	7	16%	14.55	19%	7.50
Control, Crec y Des.	22%	7.18	34%	7.80	26%	5.12
Control Desnutridos	6%	4.57	8%	4.45	5%	3.09
Control Pretérmino	22%	2.75	12%	4.07	9%	2.59

Fuente secundaria

conocemos primero, la veracidad del dato estadístico en cuanto a Primeros Controles; segundo, no sabemos si en los informes de producción de servicio se incluyeron o no acciones realizadas en los sectores por el equipo de salud, por los brigadistas populares y parteras empíricas adiestradas. Hay que tomar en cuenta que en el MINSA no se cuenta con una Hoja de Registro para la consolidación de la producción de salud de los sectores y que registre las acciones de salud de los brigadistas populares de salud y de las parteras empíricas adiestradas. Todo esto nos permite pensar que en las Areas de Salud se pueden estar realizando más acciones de salud en Nicaragua que las que se informa estar haciendo.

Al no contar con información sobre el número de recursos que trabajaron en las Areas no podemos afirmar categóricamente que el aumento o disminución de la producción de acciones de salud se debió a un mejoramiento o empeoramiento de la gestión y eso nos lo prueban los resultados presentados en las Tablas 15 y 17. Lo que se puede decir es que en Edgard Lang no existió relación entre el mejoramiento de la gestión y el aumento de la producción, y en Silvia Ferrufino el aumento en la producción tampoco guardó relación con el comportamiento de la Gestión.

Tampoco se puede partir de la suposición de que la

producción realizada en las dos Areas de Salud en los tres años analizados fue con el mismo número de personal, por cuanto se sabe, aunque no existe información concreta que corrobore que en las Areas de Salud se produjo durante estos años aumento o disminución del número de recursos humanos.

La determinación de la calidad de la gestión se ha efectuado evaluando el cumplimiento de determinadas actividades que caracterizan y que son propias de cada función del proceso administrativo y se ha observado el cumplimiento de la finalidad de la Gestión de la unidad -prestar acciones de salud preventivo curativas- expresados en el número de acciones realizadas (producción de servicios) y en el Analisis de Cobertura Programada y Cobertura Real.

¿Cómo incidirá la Gestión en la mayor producción de servicios? Se podría definir como hipótesis que descontando la incorporación de más personal, la producción se elevará o por aumento de la jornada laboral (trabajo extensivo), o por aumento de la productividad (más acciones por hora) que no siempre responde a un trabajo intensivo, por cuanto se podría aumentar el número de acciones terminales por hora a través de una adecuada organización del trabajo que apunte a establecer una adecuada cooperación (sustitución de actividades).

En todo caso el estudio de la relación entre gestión

y producción debería hacerse con un análisis de la productividad, lo que nos permitirá hacer con mayor precisión comparaciones; así también debería analizarse el rendimiento de los recursos materiales y los costos de operación.

Un determinado impacto en el Perfil Higiénico-epidemiológico de la población dependerá entre otras cosas, del "tipo de acciones de salud" que se realicen, del número de éstas y del porcentaje de población beneficiada.

## 8. CONCLUSIONES.

- 8.1. Con la metodología aplicada en la presente investigación observamos que la Gestión en estas dos Areas, a lo largo de los tres años, ha sido Inadecuada, sufriendo ligeras modificaciones en el rango establecido; se ha caracterizado por una insuficiente Planificación, Dirección, Organización, Control, Formación de Cuadros y sobre todo por una desorganizada y escasa información.
- 8.2. La producción de servicios ha tenido distinto comportamiento en estas dos Areas a lo largo de los tres años. No ha sido posible determinar las causas particulares que lo ocasionaron.
- 8.3. La cobertura del Programa Atención Integral a la Mujer fue menor al 60% en los años estudiados en las dos Areas. La metodología aplicada distorsiona la realidad al establecer un rango muy amplio de cobertura al puntaje de 4.
- 8.4. La Cobertura de los componentes de los Programas Atención Integral a la Mujer y Atención Integral al Niño fue mayor en el año 1983 que en el 82 y en 1984, ésta disminuyó.

- 8.5. Se estableció el comportamiento de la Producción de Servicios y la Gestión, pero no fue posible establecer su relación, ésta quedó formulada como hipótesis.
- 8.6. "Administrativamente" fue implantado el PIAAS a fines de 1982, con la presente investigación podemos concluir que en estas dos Areas no se ha estado trabajando con este instrumento guía de la Gestión, por cuanto su aplicación debería haber producido un Proceso Administrativo adecuado y por lo tanto, hubieran obtenido un puntaje de 75 a 100 según lo propuesto.

## 9. RECOMENDACIONES.

- 9.1. Realizando algunas precisiones a la metodología implementada en la presente investigación para identificar el Proceso Administrativo podría utilizársela para evaluar anualmente la Gestión de las Areas de Salud.
- 9.2. Dando continuidad al presente estudio sería conveniente investigar las causas por las que en estas dos Areas no ha quedado implantado el PIAAS.
- 9.3. Se debería insistir en todos los niveles administrativos la necesidad de organizar la información y de controlar la veracidad de la misma, de tal forma de tener elementos para llevar adelante la gestión.
- 9.4. Se evidencia la necesidad de que las instancias controlen sistemáticamente la utilización del PIAAS, como instrumento guía permanente para la gestión de las Areas, más allá de la fecha de implantación.

10. RESUMEN.

Planteamiento del Problema: Conocer en una primera aproximación qué modificaciones en el Proceso Administrativo y en la Prestación de Servicios ha provocado la implantación PIAAS en las Areas 7 (6) y 1 (9) de la Región III Managua en los años 83 y 84.

El PIAAS es un instrumento con el cual se persigue mejorar la capacidad operativa de las unidades constituyéndose en una respuesta administrativa para impulsar el desarrollo de las Areas y del SNUS, que busca elevar la eficiencia y la eficacia de las Areas de salud. Tiene como objetivo principal armonizar la ejecución de los Programas de Atención Primaria de Salud e incorporar a los brigadistas populares y parteras empíricas adiestradas de una manera sistemática, a las acciones de salud del SNUS; y como objetivo específico servir de guía para el Proceso Administrativo en las Areas de Salud.

Su implantación a fines de 1982 debería producir modificaciones en la Gestión y en la Prestación de Servicios expresada en el mejoramiento de la calidad de la primera y un aumento en la producción y cobertura con acciones básicas de salud en estas dos Areas.

Material y Método: Para identificar el Proceso Administrativo en las Areas de Salud antes y después de la implantación del PIAAS se definió como unidad de análisis



el Director de las Areas de Salud y como unidad de observación el Proceso Administrativo. Se estudió la Gestión de las Areas en 1982, 1983 y 1984. La Gestión se estudió observando el cumplimiento o no, de determinadas actividades propias de cada función del Proceso Administrativo y que han sido señaladas en el Programa Administrativo del Libro Rojo y Negro, en el documento "Desarrollo de la Organización de las Areas de Salud. Implantación del PIAAS", y otros. A cada función se le otorgó un puntaje y se definieron tres tipos de Gestión de acuerdo a un rango establecido. Se definió como fuente de información el Archivo de la Dirección y se elaboraron instrumentos para la recolección de éstas.

Para distinguir los cambios ocurridos en la Producción y Cobertura de los Programas de Salud se definió como unidad de análisis el Area de Salud, como unidad de observación la Producción y Cobertura Programada y Real de algunos componentes de los Programas de Atención Primaria de Salud. La fuente de información fue secundaria y se elaboraron instrumentos de recolección de la misma. La producción del Area se obtuvo sumando el número de Acciones realizadas en los componentes de cada programa y se estableció el comportamiento que ésta ha tenido en los tres años estudiados. La Cobertura de los Programas se pretendió obtener estableciendo una escala con su debido puntaje para cada uno de los componentes de cada programa, de tal forma, que cada programa pueda obtener un puntaje que

varie de 4 a 12 que representa a una cobertura menor de 60 o a una entre 80 y 100. Se observó que el rango de 0 a 59% de cobertura que corresponde a un puntaje de 4 es muy amplio y distorsiona la realidad.

#### RESULTADOS.

La Gestión en estas dos Areas a lo largo de los años estudiados ha sufrido ligeras modificaciones manteniéndose principalmente en los límites inferiores del rango establecido para Gestión Inadecuada.

La producción de Servicios ha tenido distinto comportamiento en los años estudiados en cada una de estas Areas.

Fue posible establecer únicamente la cobertura del Programa Atención Integral a la Mujer y ésta fue menor de 60% (hay que tomar en cuenta la limitación que presentó la metodología implementada).

Por la limitación de la información no fue posible establecer que el aumento o disminución en la Producción de Servicios se debió a un mejoramiento o empeoramiento de la Gestión.

#### CONCLUSIONES.

La Gestión Inadecuada se caracterizó por una insuficiente Planificación, Dirección, Organización, Control, Formación

de Cuadros y por una incompleta y desorganizada información.

No fue posible en la presente investigación determinar las causas particulares respecto al distinto comportamiento de la producción.

No fue posible tampoco establecer la relación entre Gestión y Producción de Servicios.

En estas dos Areas no se ha estado trabajando con el PIAAS a pesar de que "Administrativamente" se lo implantó a fines de 1982.

#### RECOMENDACIONES.

La metodología utilizada para identificar Proceso Administrativo podría ser utilizada para evaluar anualmente la Gestión de las Areas de Salud.

Continuar con una investigación para determinar las causas por las que no se hizo efectiva la implantación del PIAAS en esas dos Areas.

Organizar la Información y controlar la veracidad de la misma para la Gestión.

## CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Wheelock J. El Gran Desafío Entrevista por Martha Harnecker Editorial Nueva Nicaragua. 1,983 Pág. 23.
2. Idem pág. 31.
3. Araya C. El concepto de Administración Su aplicación al campo de la Salud. XI Seminario sobre Administración de Servicios de Salud. México 1,972.
4. Carnota Leyes y principios de la Administración. Seminario sobre Administración y Planificación en Salud.
5. Rivero J. La Administración Sandinista. INAP 1,980.
6. Gvishiani D. Organización y Gestión. Ediciones de Cultura Popular. México 1,977.
7. Rivero J. Op cit.
8. Hermida C. El Método en Investigación y en Administración para la salud. Universidad Central del Ecuador. 1,983 Pág. 281.
9. J.R.M. Programa de Reactivación económica en beneficio del pueblo Nicaragua 1,980 Pág. 13.
10. Idem.
11. Varios El Sistema de Dirección y Planificación de la economía en las empresas. Editorial de Ciencias Sociales La Habana 1,981 Pág. 17.
12. Carnota. Op. cit.
13. Carnota Leyes y Principios de la Administración. CIES. Tomo I Pág. 11.
14. Idem. Pág. 11
15. Ibidem Pág. 12
16. Ibidem Pág. 12
17. IDS Formación de Cuadros. CIES. 1,984 Tomo I Pág. 2.

18. DEPEP. FSLN. La Régionalización un paso firme en el camino de la transformación de la sociedad. Nicaragua 1,982 Pág. 34.
19. Idem. Pág. 61.
20. Ibidem. Pág. 61.
21. Ibidem. Pág. 61.
22. Ibidem. Pág. 61.
23. Ibidem. Pág. 63.
24. MINSA Libro Rojo y Negro. Nicaragua 1,982 Pág. 56.
25. Idem. Pág. 57.
- 26.
27. MINSA. SNUS. Atención Primaria en Salud como estrategia fundamental. Nicaragua. Pág. 2.
28. OMS Serie Salud para todos No. 2 Pág. 14.
29. Darce R. Conferencia CIES Nicaragua. 1,984.
30. Idem.
31. OMS Atención Primaria Salud Pág. 62.
32. Castellanos P. Estado y Política de Salud. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. México 1,982.
33. MINSA Plan de Salud 1,982. Nicaragua. Pág. 55.
34. La Gaceta Diario Oficial Nicaragua. Año LXXXIII Managua 28 de Agosto de 1,979. No. 4.
35. MINSA. SNUS: 3 años de Revolución Pág. 27. Nicaragua.
36. MIPLAN-MINSA. Estrategia de Atención Primaria de Salud en Nicaragua. 1,981.
37. MINSA. SNUS: Atención Primaria en Salud como estrategia fundamental. Nicaragua.
38. MINSA Marco Ideológico-político del SNUS.

39. OMS. UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS. Ginebra 1,978.
40. MINSA, DIRECCION NACIONAL DE ATENCION MEDICA. Atención Primaria de Salud en Nicaragua. Evolución histórica, logros y dificultades 1,984 Pág. 2.
41. MIPLAN-MINSA. Estrategia de Atención Primaria de la Salud en la República de Nicaragua, 1,981.
42. Idem.
43. Ibidem.
44. Estrada Watson. El carácter del Estado y la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud Pág. 22.
45. MINSA. SNUS: Atención Primaria en Salud como Estrategia fundamental.
46. MIPLAN-MINSA. Estrategia de Atención Primaria en Nicaragua 1,981.
47. MINSA-DIRECCION NACIONAL DE ATENCION MEDICA. Atención Primaria de Salud en Nicaragua.
48. MINSA Marco ideológico-político del SNUS.
- 49. IMINSA. SNUS: 3 años de Revolución.
- 50.
51. MINSA. PIAAS. Libro Rojo y Negro. Nicaragua 1,982 Pág. 56.
52. MINSA; PIAAS. Libro Rojo y Negro. Nicaragua 1,982 Pág. 56.
53. Idem. Pág. 57.
54. OPS Boletín Diciembre 1,977. Pág. 3.

## BIBLIOGRAFIA

1. Acosta J. Teoría y Práctica de los mecanismos de Dirección de la Economía en Cuba. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana 1,982.
2. Afanasiev V Fundamentos del Comunismo Científico. Editorial Proceso, Moscú 1,982.
3. Afanasiev V Dirección Científica de la Sociedad. Editorial Progreso Segunda edición, Moscú 1,985.
4. Arouca S. Salud en las Sociedades en transición. Ponencia presentada en el Seminario Latinoamericano de Medicina Social. Managua Septiembre de 1,982.
5. Carnota L. Leyes y Principios de la Administración. Seminario sobre Administración y Planificación en Salud Nicaragua 1,980.
6. Carnota L. Curso de Administración para Dirigentes. Segunda edición, La Habana 1,975.
7. Castellanos P. Estado y Política de Salud. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. México 1,982.
8. DEPEP FSLN La Regionalización un paso firme en el camino de la transformación de la sociedad. Nicaragua 1,982.
9. Estrada R. Watson G. El Carácter del Estado y la Implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en los períodos de 1,975-18 de Julio de 1,979 y el 19 de Julio de 1,979-1,983 Tesis de Grado CIES, Managua 1,983.
10. Fuentes B. y Rubiera A. Análisis de Empresas. Editorial Pueblo y Educación, La Habana 1,982.
11. Gómez C. y otros Dirección y Organización de Empresas. Editorial Pueblo y Educación, La Habana 1,982.
12. González L. La introducción de los Principios Básicos de la Organización Científica del Trabajo en la Economía Cubana. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana 1,977.

13. Gvishiani D. Organización y Gestión. Ediciones de Cultura Popular Primera reimpresión, México 1,977.
14. Hermeida C. El Método en Investigación y en Administración para la Salud. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Ciencias Médicas UCE, Quito 1,983.
15. J.G.R.N. La Gaceta Diario Oficial de Nicaragua. Año LXXXIII Managua 26 de Agosto 1,979 No. 4.
16. J.G.R.N. Programa de Reactivación Económica en Beneficio del Pueblo Nicaragua 1,980.
17. Lenin El Estado y la Revolución Obras escogidas T. VII Editorial Progreso, Moscú 1,977.
18. Lenin Las Tareas Inmediatas del Poder Soviético. Obras Escogidas T. VIII. Editorial Progreso, Moscú 1,977.
19. MINSA Salud: Políticas, logros y limitaciones Nicaragua 1,980.
20. MINSA: Sistema Nacional Unico de Salud: 3 años de Revolución 1,979-1,982 Nicaragua 1,982.
21. MINSA Plan de Salud 1,982. Nicaragua
22. MINSA Plan de Salud 1,983. Nicaragua
23. MINSA Plan de Salud 1,984. Nicaragua
24. MINSA-CIES. Recopilación bibliográfica sobre; Teoría de la Administración Nicaragua 1,983.
25. MINSA-MIPLAN. Estrategia de Atención Primaria de la Salud en la República de Nicaragua. Nicaragua 1,981.
26. MINSA Análisis de la Implantación y desarrollo de las estrategias de Atención Primaria en Centroamérica y Panamá. Nicaragua 1,983.
27. MINSA Atención Primaria de Salud en Nicaragua. Evolución histórica, logros y dificultades. Nicaragua 1,984.



28. MINSA. Nicaragua: Sistema Nacional Unico de Salud. Atención Primaria en Salud como Estrategia fundamental. Nicaragua.
29. MINSA La participación popular como componente y estrategia de Atención Primaria. Nicaragua.
30. MINSA Desarrollo de la organización del trabajo en Areas de Salud. Implantación del Plan Integral de Actividades de Areas de Salud. Nicaragua 1,983.
31. MINSA Plan Integral de Actividades de Areas de Salud (PIAAS), Porcentaje de Implantación, funcionamiento e impacto. Nicaragua.
32. MINSA Objetivos y Políticas de los Servicios de Salud para 1,984. Nicaragua.
33. MINSA Metodología evaluación trimestral de los programas y actividades de los servicios de salud: Nicaragua 1,982.
34. MINSA Libro Rojo y Negro. Nicaragua 1,983.
35. MINSA Libreta de Sector Nicaragua 1,983.
36. Núñez O. El Proceso de Transición en Nicaragua. Segundo Seminario Latinoamericano de Medicina Social. Ministerio de Salud, CIES Nicaragua 1,983.
37. OMS Serie salud para todos No. 2.
38. OMS Serie Salud para todos No. 4. 1,981.
39. OMS Publicación Científica No. 271 Segunda impresión 1,974.
40. OMS UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, Ginebra 1,978.
41. OPS Boletín Diciembre 1,977.
42. OPS Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Documento Oficial No. 179. 1982.
43. Rivero J. La Administración Sandinista. Instituto Nicaraguense de Administración Pública Nicaragua 1,980.

44. Rodríguez V. Administración en Salud Departamento de publicaciones Facultad de Ciencias Médicas Universidad Central del Ecuador Primera Edición, Quito 1,983.
45. Terry G. Principios de Administración. Editorial Continental S.A. Quinta Impresión, México 1,981.
46. Wheelock J. El Gran Desafío. Editorial Nueva Nicaragua. Primera edición, Managua 1,983.

INSTRUMENTO PLANIFICACION

Area No.

INDICADOR	ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
			DATOS	PUNTAJE	DATOS	PUNTAJE	DATOS	PUNTAJE
PLAN DE TRABAJO ANUAL	si	0.83						
	no	0						
PLAN MENSUAL DE TRABAJO	12	5						
	9+11/8	3.75 2.5						
PLAN DE EMERGEN- CIA	si	5						
	no	0						
CONTENIDO DEL PLAN ANUAL	OBJETIVOS	si	0.83					
		no	0					
	ACTIVIDADES	si	0.83					
		no	0					
	METAS	si	0.83					
		no	0					
	RESPONSABLE	si	0.83					
		no	0					
FECHAS	si	0.83						
	no	0						
PARTICIPACION DE C.P.S.	si	5						
	no	0						
TOTAL		20						

INSTRUMENTO ORGANIZACION

Area No.

INDICADOR		ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
				DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
Organigrama		si	3.33						
		no	0						
Distribución Recursos Humanos	Centro de Salud	si	1.66						
		no	0						
	Sector	75-100%	1.66						
		50-74	1.24						
		-de 50	0.83						
Distribución Recursos Físicos	Centro de Salud	si	1.66						
		no							
	Sectores equipados	75-100%	1.66						
		50-74	1.24						
		-de 50	0.83						
Programa con responsable		100%	3.33						
		75-99	1.24						
		-de 75	0.83						
Archivo sectorizado		completo	3.33						
		incompleto	1.66						
		no	0						
Coordinación Externa	Responsable F.S.L.N.	si	0.66						
		no	0						
	Responsable JGRN (locales)	si	0.66						
		no	0						

INSTRUMENTO ORGANIZACION (2)

Area No.

Coordinaciones externas	Responsable Zonal Educación	si	0.66						
		no	0.						
	Otros dele- gados Zona- les	si	0.66						
		no							
	Organizacio- nes de masas	si	0.66						
		no	0						
TOTAL			20						

INSTRUMENTO DE DIRECCION

Area No.

INDICADOR	ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984			
			DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE		
Consejo Técnico de dirección	si	1.33								
	no	0								
Despachos	si	1								
	no	0								
Estímulos	si	4								
	no	0								
Reuniones	12	4								
	9-11	3								
	6-8	2								
	-6	1								
Consejo de Dirección	Agenda	Existe	si	0.26						
			no	0						
		No.	12	0.26						
			9-11	0.19						
			6-8	0.13						
			-6	0.06						
		Presentación en horas previa a reunión	72h.	0.26						
			48h.	0.13						
			24h.	0.06						
			0h.	0						
		Acta interior y control de Acuerdos	si	0.26						
			no	0						
			si / no	0.26 / 0						







INSTRUMENTO DE DIRECCION

(4)

Area No.

INDICADOR	ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
			DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
Dirección Popular	Existe Consejo Popular Salud	si	1.33					
		no	0					
	Participa en CTD. Repres. Sindical	si	1.33					
		no	0					
	Participa en CTD representante	si	1.33					
C.P.S. (Org. masas)	no	0						
TOTAL			20					

INSTRUMENTO DE CONTROL

Area. No.

INDICADOR	ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
			DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
Inspección	si	4						
	no	0						
Supervisión	si	0.4						
	no	0						
Evaluación	si	0.4						
	no	0						
Despachos	si	4						
	no	0						
Supervisión	Atención Integral Mujer	9-12	0.4					
		6-8	0.3					
		de 6	0.2					
	Atención Integral Niño	9-12	0.4					
		6-8	0.3					
		de 6	0.2					
	Atención Integral Adulto	9-12	0.4					
		6-8	0.3					
		de 6	0.2					
	Administrativo	9-12	0.4					
		6-8	0.3					
		de 6	0.2					



INSTRUMENTO DE CONTROL.

(3)

Area No.

INDICACION		ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1983	
				DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
PROGRAMAS	Atención integral a la mujer	12	0.4						
		9-11	0.3						
		6-8	0.2						
		< 6	0.1						
	Atención integral al niño	12	0.4						
		9-11	0.3						
		6-8	0.2						
		< 6	0.1						
	Atención integral al adulto	12	0.4						
		9-11	0.3						
		6-8	0.2						
		< 6	0.1						
Epidemiología	12	0.4							
	9-11	0.3							
	6-8	0.2							
	< 6	0.1							
Higiene del Medio	12	0.4							
	9-11	0.3							
	6-8	0.2							
	< 6	0.1							
Salud Bucal	12	0.4							
	9-11	0.3							
	6-8	0.2							
	< 6	0.1							
ACEM	12	0.4							
	9-11	0.3							
	6-8	0.2							
	< 6	0.1							
Administrativo	si	0.4							
	no	0							

T O T A L

INSTRUMENTO DE CONTROL  
(4)

Area. No.

INDICADOR		ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
				DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
Evaluacion Sectores		si	0.4						
		no	0						
Control Popular	Consejo Popular de Salud	12	2						
		9-11	1.5						
		<del>6-8</del> / -6	<del>1</del> / 0.5						
	Cara al Pueblo	4-6	2						
		2-3	1						
		0-1	0.5						
T O T A L			30						

INSTRUMENTO DE FORMACION DE CUADROS

Area No.

INDICADOR	ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
			DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
Plan de Educación Continua	si	4						
	no	0						
Personal en Capacitación	si	4						
	no	0						
Evaluación del personal	si	4						
	no	0						
Reunión Científico Administrativa.	12/9/11	4/3						
	6-8/-de6	2/1						
Cursos realizados	Médico	si	1					
		no	0					
	Enfermera y Auxil.	si	1					
		no	0					
	B.A.P y P.E.A.	si	1					
		no	0					
	Otros	si	1					
		no	0					
TOTAL		20						

INSTRUMENTO PRODUCCION Y COBERTURAS PROGRAMADA Y REAL

A. I. M.

INDICADOR		ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
				DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
CONTROL PRENATAL	Controles realizados	No.	-						
	Cobertura programada	80-100	3						
		60-79 -de 60	2 1						
Cobertura real	80-100	3							
	60-79 -de 60	2 1							
CONTROL PUERPERIO	Controles Realizados	No.	-						
	Cobertura programada	80-100	3						
		60-79 -de 60	2 1						
Cobertura real	80-100	3							
	60-79 -de 60	2 1							
CONTROL FERTILIDAD	Controles Realizados	No.	-						
	Cobertura programada	80-100	3						
		60-79 -de 60	2 1						
Cobertura real	80-100	3							
	60-79 -de 60	2 1							

INSTRUMENTO, PRODUCCION Y COBERTURAS PROGRAMADA Y REAL

A.I.M. (2)

Area No.

INDICADOR		ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
				DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
CONTROL DE Ca. GINECOLOGICO	Controles Realizados	No.	-						
	Cobertura Programada	80-100	3						
		60-79	2						
	- de 60	1							
Cobertura Real	80-100	3							
	60-79	2							
	- de 60	1							
TOTAL	Producción	No.	-		-		-		-
	Cobertura Programada	-		-		-		-	
	Cobertura Real	-		-		-		-	



INSTRUMENTO PRODUCCION Y COBERTURAS PROGRAMADA Y REAL

A.I. N.

Area No.

INDICADOR	ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
			DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Controles Realizados	No.	-					
	Cobertura programada	80-100	2.4					
		60-79 -de 60	1.6 0.8					
Cobertura real	80-100	2.4						
	60-79 -de 60	1.6 0.8						
CONTROL DE DESNUTRIDO	Controles realizados	No.	-					
	Cobertura programada	80-100	2.4					
		60-100 -de 60	1.6 0.8					
Cobertura real	80-100	2.4						
	60-79 -de 60	1.6 0.8						
CONTROL DE NIÑO PRETERMINO	Controles realizados	No.	-					
	Cobertura programada	80-100	2.4					
		60-79 -de 60	1.6 0.8					
Cobertura real	80-100	2.4						
	60-79	1.6 0.8						

INSTRUMENTO PRODUCCION Y PORCENTAJE DE COBERTURA LOGRADA/PROGRAMADA Y ESTIMADA

A.I.N. (2)

INDICADOR									
CONTROL URO	Ptes. atendidos	No.	-						
	Cobertura programada	80-100	2.4						
		60-79	1.6						
		-de 60	0.8						
	Cobertura real	80-100	2.4						
		60-79	1.6						
-de 60		0.8							
MORBILIDAD PEDIATRICA	Total consultas	No.	-						
	Cobertura programada	80-100	2.4						
		60-79	1.6						
		-de 60	0.8						
	Cobertura real	80-100	2.4						
		60-79	1.6						
-de 60		0.8							
TOTAL	Producción	No.	-						
	c. pro.	-							
	% c. real	-							



INSTRUMENTO PRODUCCION Y COBERTURAS PROGRAMADA Y REAL

EPIDEMIOLOGIA

Area No.

INDICADOR		ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
				DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
CONTROL TB	Ptes. tratados	No.							
	Cobertura programada	80-100	4						
		60-79	2.66						
		-de 60	1.33						
	Cobertura real	80-100	4						
		60-79	2.66						
-de 60		1.33							
B.C.G.	Dosis Administrada	No.	-						
	Cobertura programada	80-100	0.66						
		60-79	0.44						
		-de 60	0.22						
	Cobertura real	80-100	0.66						
		60-79	0.44						
-de 60		0.16							
D.P.T.	Dosis Administrada	No.	-						
	Cobertura programada	80-100	0.66						
		60-79	0.44						
		-de 60	0.22						
	Cobertura real	80-100	0.66						
		60-79	0.44						
-de 60		0.22							

INSTRUMENTO, PRODUCCION Y COBERTURAS PROGRAMADA Y REAL

EPIDEMIOLOGIA (2)

Area No.

INDICADOR		ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
				DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
D. T.	Dosis Administrada	No.	-						
	Cobertura Programada	80-100	0.66						
		60-79 - de 60	0.44 0.22						
T. T.	Cobertura Programada	80-100	0.66						
		60-79 - de 60	0.44 0.22						
	Cobertura Real	80-100 60-79 - de 60	0.66 0.44 0.22						
ANTIPOLIO	Dosis Administrada								
	Cobertura Programada	80-100	0.66						
		60-79 - de 60	0.44 0.22						
Cobertura Real	80-100 60-79 - de 60	0.66 0.44 0.22							

INSTRUMENTO, PRODUCCION Y COBERTURAS REAL Y ESTIMADA

EPIDEMIOLOGIA ( )

Area No.

INDICADOR		ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
				DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
ANTI-SARAMPICNOSA.	Dosis Administrada	No.	-						
	Cobertura Programada	80-100	0.66						
		60-79 - de 60	0.44 0.22						
Cobertura Real	80-100	0.66							
	60-79	0.44							
	- de 60	0.22							

INSTRUMENTO PRODUCCION Y COBERTURA PROGRAMADA Y REAL  
EPIDEMIOLOGIA (3)

INDICADOR	ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
			DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
ZONOSIS	Perros vacunados	No.	-					
	Cobertura programada	80-100	2					
		60-79	1.33					
		-de 60	0.66					
	Cobertura real	80-100	2					
60-79		1.33						
-de 60		0.66						
Perros Eliminados	No.	-						
Cobertura programada	80-100	2						
	60-79	1.33						
	-de 60	0.66						
TOTAL	Producción	No.	-					
	Cobertura programada							
	Cobertura Real							

INSTRUMENTO PRODUCCION Y COBERTURAS PROGRAMADA Y REAL  
SALUD BUCAJ. Area No.

INDICADOR	ESCALA	PUNTAJE	1982		1983		1984	
			DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
Atención al pre-Escolar	Atenciones	No.	-					
	Cobertura programada	80-100	2.4					
		60-79 -de 60	1.6 0.8					
Cobertura real	80-100	2.4						
	60-79 -de 60	1.6 0.8						
Atención al Escolar	Atenciones	No.	-					
	Cobertura programada	80-100	2.4					
		60-79 -de 60	1.6 0.8					
Cobertura real	80-100	2.4						
	60-79 -de 60	1.6 0.8						
Atención a la Gestante	Atenciones	No.	-					
	Cobertura programada	80-100	2.4					
		60-79 -de 60	1.6 0.8					
Cobertura Real	80-100	2.4						
	60-79 -de 60	1.6 0.8						



INSTRUMENTO PRODUCCION Y COBERTURAS PROGRAMADA Y REAL

ACEM

Area No.

INDICADOR		ESCALA	PUNTAJE						
				DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE	DATO	PUNTAJE
Rociados locales	Rociados realizados	No.	-						
	Cobertura programada	80-100	4						
		60-79 -de 60	2.66 1.33						
Cobertura real	80-100	4							
	60-79 -de 60	2.66 1.33							
Muestras hemáticas	Gotas grues- satomadas	No.	-						
	Cobertura programada	80-100	4						
		60-79 -de 60	2.66 1.33						
Cobertura real	80-100	4							
	60-79 -de 60	2.66 1.33							
Tratamien- tos radi- cales	Tratamien- tos radi- cales	No.							
	Cobertura programada	80-100	4						
		60-79 -de 60	2.66 1.33						
Cobertura real	80-100	4							
	60-79 -de 60	2.66 1.33							



DATOS BASICOS DE PROGRAMACION\*

ESTRUCTURA Y GRUPOS ESPECIALES DE POBLACION DEL AREA DE SALUD.

(EDGARD LANG). AÑOS 1982 - 83 - 84

<u>GRUPO POBLACIONAL</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>1982</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>
Población**		66.900	59.500	71.000
Menores de 1 año	4.13%	2.763	2.457	2.932
Niños 1 y 3 años	11.34%	7.586	6.747	8.051
1 y 4 años	14.87%	9.948	8.848	10.558
1 y 5 años	18.28%	12.229	10.877	12.979
Menores de 6 años	22.41%	14.992	13.334	15.911
Menores de 15 años	47.95%	32.079	28.530	34.045
Mayores de 15 años	52.05%	34.821	30.970	36.956
M.E.F.	22.2%	14.852	13.209	15.762
Mujeres > de 15 años	26.67%	17.842	15.869	18.936
" 15-29 años	13.97%	9.346	8.312	9.819
" >de 30 años	12.7%	8.496	7.557	9.017
N. V. esperados	$\frac{MEF \times 205.6}{1.000}$	3.054	2.716	3.241
P. esp.	N.V. x 1.01	3.085	2.743	3.273
E. esp.	P. ex. 1.11	3.424	3.045	3.633
Nacidos con bajo peso	N.V. x 0.15	458	407	486
Niños desnutridos	67.8% 5a.	10.165	9.040	10.788
Niños a control de URO	25% < 5 años	3.748	3.334	3.978
Eutróficos	32.2% < 5 años	4.827	4.294	5.123

\*MINSA Plan de Salud 1983

\*\* Estadística Región III

DATOS BASICOS DE  
PROGRAMACION\*

ESTRUCTURA Y GRUPOS ESPECIALES DE POBLACION

Area de Salud 1 Zona 9 (Silvia Ferrufino)

Año 1982 - 83 - 84

Grupo poblacional	Indicador	1982	1983	1984
Poblacion **		83.200	73.900	138.200
Menores de 1 año	4.13	3.436	3.052	5.708
1-3 años	11.34	9.435	8.380	15.672
1-4 años	14.87	12.372	10.989	20.550
1-5 años	18.28	15.209	13.509	25.263
Menores de 5 años	22.41	18.645	16.561	30.971
Menores de 15 años	47.95	39.894	35.435	66.267
Mayores de 15 años	52.05	43.306	38.465	71.933
M.E.F.	22.2	18.470	16.406	30.680
Mujeres >de 15 años	26.67	22.189	19.709	36.858
"    15-29 años	13.97	11.623	10.324	19.307
"    > de 30 años	12.7	10.566	9.385	17.551
N.V.	$\frac{M.E.F. \times 205.6}{1.000}$	3.797	3.373	6.308
P.E.	N.V. x 1.01	3.835	3.407	6.371
E.C.	P.E. x 1.11	4.257	3.782	7.072
N. bajo peso	N.V. x 0.15	570	506	946
Niños desnutridos	67.8 <5 años	12.641	11.229	20.998
Niños URO	85% < 5 años	4.661	4.140	7.743
Eutroficicos	322 < 5 años	6.004	5.333	9.973

\*MINSA Plan de Salud 1983

\*\*MINSA Estadística Región III