

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

TESIS DE GRADO PARA OPTAR A LAS MAESTRIAS DE EPIDEMIOLOGIA-  
Y DE ADMINISTRACION EN SALUD PUBLICA.



ANALISIS DE SITUACION DE SALUD, PROPUESTA DE -  
LINEAMIENTOS GENERALES DE INTERVENCION  
AREAS 5 - 7, REGION III - 1988.

T  
36  
097  
1989  
Ej. 2



AUTORES :

DR. HECTOR OYARZUN I.

LIC. MIGDALIA CHAVEZ S.

TUTOR : DR. JULIO PIURA

COLABORADOR : DR. MILTON VALDEZ.

1989 ! AÑO DEL DECIMO ANIVERSARIO !



CIES  
0004R  
0.97  
1988

R# 00098

## DEDICATORIA

El presente estudio lo dedicamos a los HERDES ANONIMOS, del trabajo, la Producción y la Defensa ya que con su aporte hemos logrado llegar a celebrar el Décimo Aniversario de la Revolución Popular Sandinista donde jamas - hubo tanta Patria en un sólo corazón.

LOS AUTORES

## AGRADECIMIENTO

Aún teniendo en consideración que el presente estudio, representa un esfuerzo colectivo, se nos hace necesario reconocer el gran interés, dedicación y esfuerzo realizado por los trabajadores del Centro de Salud Francisco Buitrago de Managua, el Doctor Julio Piura, profesor de Investigación en la Maestría de Salud Pública del C.I.E.S. (MINSa) y el Doctor Milton Valdez, Vice Ministro Primero de Salud, quienes con su valioso aporte aseguraron la ejecución y finalización del mismo.

## P R E S E N T A C I O N

El presente trabajo conlleva un esfuerzo importante de Sistematización de información básica del Area de Salud 5-7 de la III Región del país, incluyendo aspectos generales y particulares de los Servicios de Salud que inciden en el estado de salud de la población.

En él, se hace uso de la Metodología de la Planificación Situacional en su momento explicativo, como instrumento de Análisis de la Situación de Salud, orientado a la identificación de los problemas, priorización, definición de Nudos Críticos y establecimiento de Líneas Generales de Intervención tomando como base la información disponible de dicha área de salud.

Dado la limitación de tiempo y de acuerdo a la orientación del CIES en cuanto al alcance de los trabajos de tesis, como requisito Académico, en el presente estudio se abarca hasta el momento explicativo de la Planificación Situacional, sin embargo el presente estudio constituye un valioso documento de base para el personal del Area de Salud, que le permita una mayor penetración de la problemática de salud que conlleve al momento normativo, estratégico y táctico-operacional de los lineamientos generales de intervención.

Además la experiencia metodológica del presente estudio constituye un aporte importante al enriquecimiento de una metodología integral de abordaje de la problemática de Salud a Nivel Local.

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

## C O N T E N I D O

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. MARCO TEORICO
4. METODICA
5. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS
6. RESULTADOS
7. DISCUSION
8. CONCLUSIONES
9. RECOMENDACIONES
10. BIBLIOGRAFIA
11. ANEXOS



INTRODUCCION

## I N T R O D U C C I O N

La actual situación de salud en América Latina presenta características que implican desafíos extraordinarios, entre los cuales se destaca el crecimiento de la población junto a las crecientes exigencias para ser atendida, las limitaciones estructurales y operacionales de los sistemas de salud vigente y las restricciones impuestas por la crisis del capitalismo mundial. Además se reconoce que la respuesta institucional ha sido deficiente, los resultados se manifiestan en la acumulación progresiva de la deuda social en salud y en la mala utilización de los recursos disponibles, persistiendo las desigualdades enormes que todavía representan un aspecto común de la situación de salud en la gran mayoría de los países latinoamericanos (1).

En Nicaragua a la par de la situación antes planteada, las condiciones de sub - desarrollo y atraso heredadas del somocismo y los efectos directos e indirectos causados por la agresión política - económica militar por parte de la administración REAGAN , que expresada en crisis representa la suma de 12.200 millones de dólares , hace que actualmente el país atraviese una etapa caracterizada por una economía de sobrevivencia y que se expresa en las limitaciones de recursos para el sector social y específicamente para el sector salud.

Por una parte la existencia de recursos limitados, y por otra el desarrollo institucional que ha ido alcanzando el S.N.U.S. han hecho pasar a un primer plano, la necesidad de ir fundamentando más científicamente las decisiones que se toman en los diferentes niveles en materia de planificación de salud, es así como el diagnóstico de la situación de salud adquiere cada día mayor importancia .

El diagnóstico de la situación de salud definido como "un conjunto de información cuyo análisis permite asumir, cuál es el nivel de salud una colectividad, en determinados momentos de su desarrollo histórico" (2). Nos permite conocer las necesidades de atención de salud de la comunidad, la naturaleza y extensión de los servicios que se deben proporcionar, lo que constituye un pilar fundamental de la planificación sanitaria.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El análisis de situación de salud, incorporadas al estudio de necesidades es un sistema de vigilancia del entorno que interesa en las características de la población y en el entorno que tiene influencia sobre la necesidad de salud y la demanda de los servicios, va más allá de la evaluación - programas puesto que toma en consideración los efectos, no sólo de los programas y de los servicios de salud, sino de todo lo que determina la salud de una comunidad.

En la Región III del MINSA aún cuando se han realizado algunos estudios sobre aspectos puntuales de algunas áreas de salud, éstos han tenido la característica de evaluación de programas, siendo un sistema de vigilancia interna, orientado a la consecución de los fines y objetivos del programa.

En el área 5 - 7 se han hecho estudios de igual manera, han tenido la caracterización de evaluación de programas, para ser presentados inicialmente en jornadas de análisis - balance y evaluaciones semestrales y anuales.

En la Región III del MINSA, se planteó la necesidad de efectuar un diagnóstico de situación de salud que de manera integral abordara el total de áreas de salud que conforman la región. Es así como el presente estudio pretende contribuir con el estudio regional, realizando el diagnóstico de situación de salud del área 5 - 7 durante el año 1988.



Además tomando en cuenta que la dirección superior de planificación del Ministerio de Salud ha venido desarrollando grandes esfuerzos con el objetivo de fortalecer los métodos y procedimientos de planificación de los servicios de salud y retomando las experiencias transmitidas por esa dirección, nos proponemos a partir del diagnóstico de situación de salud, abordar el momento explicativo de la planificación estratégica situacional y en base a este momento, definir los principales lineamientos de intervención sobre los problemas priorizados, aportando además criterios generales orientados a la implementación operacional de dichas líneas.

---

(1) Descentralización de los servicios de salud, informe final y documentos - Tomo II, Pág. 3.

(2) Revista Cubana de Administración, Volúmen 11 N° . 2 Pág. 153.

OBJETIVOS

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Establecer los principales lineamientos de intervención, a partir de los problemas de salud priorizados y sus principales condicionantes en el área 5-7 de la Región III durante el año 1988.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar las principales características Económico-Sociales, Físico-Geográficas e Higiénico-Sanitario - del área 5-7.
- 2.- Determinar las principales características del estado de salud de la población, identificando las principales prioridades.
- 3.- Describir la forma organizativa que adoptan los servicios de salud, y la adecuación de los recursos disponibles en dicha área.
- 4.- Establecer lineamientos generales de intervención a - partir de los problemas de salud priorizados.

MARCO TEORICO



## MARCO TEÓRICO

En América Latina no existe una metodología uniforme y única para elaborar un análisis de situación de salud, diversos grupos tienen un método específico derivados de los objetivos que se persiguen. ✓

Pedro Luis Castellanos (Venezuela) señala: "La descripción y explicación de la situación de Salud-Enfermedad no es independiente de quien y desde cuál posición describe y explica. ✓

De esta manera toda descripción y explicación es la de un actor en una determinada situación. Esto constituye un aspecto central para comprender porque determinadas concepciones predominan y como se modifican. Si bien la forma como se perciben los fenómenos -- tienen una potencia movilizadora de fuerzas sociales, los actores son quienes la desarrollan y promuevan en función de la eficacia social de las mismas con relación a sus propósitos, sean estos proyectos sociales o técnicos-científicos. La confrontación de conceptos, teoría, métodos y técnicas, es así uno de los ámbitos de conflictos y consensos entre actores sociales" (1).

El predominio de una forma de pensamiento no es sólo función de su mayor capacidad explicativa en abstracto, sino de su mayor capacidad conflictiva desde el punto de vista de quienes tienen el poder para hacer predominar sus proyectos.

Sin embargo, dado el carácter heterogéneo de nuestras sociedades sobre todo en circunstancias de poder compartido, la heterogeneidad de dichas ideas es también función de su potencialidad de dar respuesta a los fenómenos desde el punto de vista de otros actores sociales, además de respuesta a los problemas de salud de todos los grupos sociales; no solo aquellos que nosotros percibimos como relevantes sino además aquellos que son percibidos -- como relevantes por otros actores sociales, sobre todo por aquellos cuyo poder es necesaria para el desarrollo de los proyectos de salud y proyectos generales que valoramos positivamente.

"La situación de salud, de un determinado grupo de población es así un conjunto de problemas de salud, descritos y explicados desde la perspectiva de un actor social, es decir de alguien que decide una conducta determinada en función de dicha situación, de este modo - para realizar un adecuado análisis de situación, es necesario la - conceptualización previa del proceso salud-enfermedad" (2).

Los profesores Capote y Villar (Cuba) han elaborado una definición "Salud es una categoría biológica y social en unidad dialéctica y que expresa el grado de bienestar físico, mental y social del hombre en la colectividad en cada momento del desarrollo histórico de la sociedad" (3).

Resulta implícito el enfoque de la unidad Salud-Enfermedad como un fenómeno resultante de la compleja interacción existente entre el hombre (su grupo) y el ambiente (físico, biológico y social).

De aquí se desprende que todo intento de establecer criterios sobre el nivel de salud de una colectividad deben tener en cuenta factores muy variados y de diversas complejidades.

De igual manera el estado de salud de la población no puede verse aislado de la organización de los servicios de salud pública, cuya finalidad es precisamente la protección y el mejoramiento de la salud colectiva. "En la misma medida en que la sociedad se trata esta finalidad como objetivo consciente, los servicios requieren una creciente organización científica que les permita responder eficientemente a las necesidades creadas y exigen de un conocimiento prolijo del nivel y la estructura de la salud de la población. La salud colectiva es dinámica, cambiante y los recursos humanos, materiales y financieros son siempre limitados para responder a las demandas y necesidades de la población, ello obliga a una utilización racional de los recursos, de tal manera que se obtenga una mayor eficiencia médica, social y económica de los servicios de salud" (4). Cada vez se le otorga más importancia dentro de las condiciones de la situación de una colectividad, a los factores socio-económicos, las condiciones materiales de vida y trabajo, el modo de vida, en ello establecido, también se le -

considera determinantes esenciales. Como estas condiciones no son homogéneas en la población, existe una distribución heterogénea del proceso salud-enfermedad.

Una respuesta científicamente argumentada a estos problemas requiere el conocimiento de sus condicionantes socio-económicas, ya que destaca el carácter intersectorial del esfuerzo, también es necesario conocer cuáles son los grupos sociales más vulnerables que sobre ellos se concentran las acciones Médico-Sanitarias y económicos-sociales.

Asumimos como criterio rector, en lo que a determinación de la Salud de la población, su esencia histórico social, el reconocimiento de su naturaleza Bio-Social y la mediatización de lo biológico por lo social.

"El estudio de los factores determinante de la salud de la comunidad tiene que necesariamente considerar las características básicas de la sociedad donde está incrustada, desde el punto de vista socio-higiénico dadas con su origen y evolución histórico" (5).

Ello presupone la búsqueda y sistematización de un conjunto de indicadores económico-sociales y médico-sanitarios, así como un grupo de criterios cualitativos con suficiente poder explicativo que resuma las características fundamentales de la sociedad a que pertenecen, la comunidad en estudio, cuyas fuentes principales son los documentos estatales y de diversas organizaciones políticas y sindicales.

Respecto a las características demográficas es importante conocer la situación actual y las modificaciones más recientes en relación con la natalidad y la mortalidad, la tasa de crecimiento natural, las migraciones, las estructuras de la población por grupos de edades y por sexo y el grado de urbanización.

"La densidad de la población y su distribución influye sobre el número y el tipo de las unidades que debe conformar la red preventiva asistencial, así como las facilidades de acceso a las mismas y condiciones posibles para el saneamiento ambiental (6).

La composición de la población por edades tiene relación directa con la estructura de la morbilidad, las principales afecciones que padece la población, son diferentes en las distintas edades de la vida, las poblaciones con gran porcentaje de niños requieren importantes esfuerzos en las esferas de promoción y prevención.

La composición - etárea de la población y sus modificaciones influyen de sobremanera en la determinación de volúmenes de servicios que se pueden brindar, en la distribución de recursos, en la formación de personal especializado.

"La mortalidad como componente del estado de salud de la población, se puede conocer por medios de indicadores cuya obtención es en dependencia de la cobertura e integridad de los registros en el área de salud" (7).

La tasa bruta de mortalidad nos brinda el impacto del fenómeno mortalidad en el seno de la población, para un año determinado y su relación, con la tasa bruta de natalidad, nos proporciona el crecimiento natural del año estudiado. La mortalidad infantil al medir el riesgo de morir de una sub-población muy vulnerable, mide también la morbilidad por distintas enfermedades, así como la calidad y eficiencia de los programas materno infantil, por lo que constituye un reflejo fiel del grado de desarrollo sanitario y socio-económico.

La tasa de mortalidad perinatal constituye un valioso indicador de la calidad de la asistencia obstétrica, tanto en lo que se refiere a la atención perinatal, como durante el parto.



Las tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo permiten conocer la forma en que esas variable demográfica ejerce su acción sobre las distintas edades de la vida y en cada sexo en particular, todo esto permitirá a los servicios de salud el establecimiento de prioridades en dependencia de la magnitud de las tasas halladas.

"El estudio de la morbilidad presenta un problema de gran complejidad y constituye el tema de múltiples investigaciones. El problema es que las estadísticas continuas sólo facilitan datos sobre enfermos que solicitan ayuda médica, no siendo posible obtener información acerca de enfermedades asintomáticas desconocidas, en que por diferentes razones el paciente no acude a los servicios y además las estadísticas continuas de morbilidad tienen un subregistro grande" (8), el análisis que se realiza dependen de la finalidad que se persiga, se recomienda en una primera etapa, obtener tasas y proporciones como medidas de resumen, siendo posible además realizar análisis más profundos de estos datos con intereses más específicos.

El estudio de la invalidez, destaca su asociación con la morbilidad de la población económicamente activa, en la cual se manifiesta como incapacidad temporal o definida para el trabajo, por lo que la mayoría de las veces los estudios de invalidéz se realizan en la población incorporada al trabajo. "Se estima que la existencia de la discapacidad imposibilita a un 25% de los miembros de la sociedad, para la plena realización de sus aptitudes, teniendo en cuenta los familiares del discapacitado y todos los que le asisten" (9).

En cuanto a las características de la red de servicios de salud, allí se incluye la información referente a las instituciones responsabilizadas de la prestación de los servicios de salud; el número, dependencia, tipo y ubicación de las unidades preventivas asistenciales y de ser posible, debe establecerse la población que realmente resulta beneficiada de los diferentes servicios.

Tiene gran importancia el conocimiento de los recursos humanos disponibles, su calificación, especialización y forma en que están distribuidos en el área, también se incluye la disponibilidad de estos recursos materiales.

Debe prestarse atención al análisis de los servicios brindados durante el período de tiempo que se seleccione, especialmente consultas ambulatorias, emergencias, exámenes de diagnóstico, cobertura de inmunizaciones.

No puede faltar el estudio del presupuesto disponible para las distintas actividades, también debe recopilarse información que permita elaborar criterios sobre la calidad de la gestión de salud, pueden considerarse las actividades organizativas que se desarrollan, el volumen de información útil que se maneja en la Organización, la calificación del personal dirigente en materia administrativa establecidas, la existencia y grado de cumplimiento de reglamento, planes, programas y normas. También se analizan la productividad de los recursos humanos y materiales así como la eficiencia en el manejo de presupuesto.

La situación de salud-enfermedad, desde el punto de vista de un factor contiene:

- a) Una selección de problemas, fenómenos que afectan a grupos de población seleccionados.
- b) Una enumeración de hechos, que en su contenido y forma son asumidos como relevantes (suficiente y necesarios) para describir los problemas seleccionados.
- c) Una explicación, es decir la identificación y concepción del complejo de relaciones entre los múltiples procesos, en diferentes planos y espacios, que producen los problemas.

## Definición, descripción y explicación de los problemas de salud

Los hechos que percibimos como fenómenos de Salud-Enfermedad ocurren en diferentes dimensiones. Pueden ser variaciones singulares, es decir, entre individuos o entre agrupaciones de población por atributos individuales, o ser PARTICULARES, variaciones entre grupos sociales en una misma sociedad y en un mismo momento dado, o como movimientos generales, flujos de hechos que corresponden a la sociedad en general y global. De esta manera los problemas de salud pueden ser definidos como tales en algunas dimensiones. Estas dimensiones de problemas se corresponden con diferentes espacios, de determinación y condicionamiento. (Anexo No.1). Es decir que los problemas no sólo son definidos en diferentes espacios sino también explicados en espacios diferentes. La forma como se define un problema delimita el espacio de explicación utilizado por el actor. Así cuando un actor define un problema en el espacio singular estará utilizando como explicación las formas de acumulación, las leyes y principios del nivel singular. Su potencia explicativa se limita a la singularidad de los fenómenos y su potencia de acción transformadora sobre los problemas se limite a las posibilidades tecnológicas que halla desarrollado dentro de esos límites. Cuando un problema es definido en el espacio particular, como perfil de un grupo de población, el actor tiene a su disposición la potencia explicativa de las acumulaciones, leyes y principios que explican el proceso de reproducción social de las condiciones objetivas de existencia de diferentes grupos de población y su capacidad tecnológica, además de las desarrolladas en el espacio singular, incorpora todo el arsenal que posibilita la modificación de dichas condiciones objetivas de existencia. Lo contrario similar se puede hacer con respecto a problemas definidos en el espacio general. Sin embargo, es importante destacar que el espacio más amplio es el espacio de definición de los problemas, por lo que es la necesidad de recursos de poder (técnicos, administrativos y políticos) para actuar. (Anexo No.1).

CEAS - 00152 - 097 - 1989

- 
- 1.- Pedro Luis Castellanos, Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín Colombia, Julio 1987. Folleto, Página 3.
  - 2.- IBID Pág. 4.
  - 3.- Ramón Granados T. Revista Cubana de Administración, Vol 13 No.2 Pág. 178.
  - 4.- Benitez Quevedo, Revista Cubana de Administración, Vol 9 No. 5 Pág. 231
  - 5.- Jorge Aldereguia H. Revista Cubana de Administración Vol 13, No.2 Pág. 186
  - 6.- Raynald Pineaut "La Planificación Sanitaria " Pág. No. 65
  - 7.- Octavio Avalos T. Revista Cubana de Administración, Vol 13 No. 2 Pág. 273.
  - 8.- María E. Astrain R. Revista Cubana de Administración Vol. 13 Pág. 212, 270.

METODICA

## M E T O D O L O G I A

1.- Para identificar las principales características económico-sociales, físico-geográficas e higiénico-sanitarias se procedió a determinar:

- 1.1. Datos básicos del área de salud.
- 1.2. Educación.
- 1.3. Transporte
- 1.4. Vivienda
- 1.5. Abastecimiento
- 1.6. Población económicamente activa
- 1.7. Tipo de centros de trabajo
- 1.8. Características demográficas
- 1.9. Organización económico-político-social
- 1.10. Medios de comunicación social
- 1.11. Delincuencia juvenil
- 1.12. Condiciones climáticas
- 1.13. Condiciones pluviales
- 1.14. Características geográficas
- 1.15. Control del agua potable
- 1.16. Control de desechos sólidos
- 1.17. Control de residuos líquidos y excretas
- 1.18. Vectores de importancia médica
- 1.19. Fuentes de contaminación ambiental

2.- Para determinar las principales características del estado de salud de la población se analizó:

- 2.1. Morbilidad atendida por causa
- 2.2. Morbilidad atendida por enfermedades de notificación obligatoria
- 2.3. Enfermedades diarreicas agua en menores de 5 años.
- 2.4. Mortalidad según grupo de edad y sexo.

- 2.5. Prevalencia de invalidez
- 2.6. Mortalidad por causa
- 2.7. Morbilidad Odontológica

3.- Para describir la forma organizativa de los servicios y la adecuación de los recursos se analizó:

3.1. Producción de servicios

- 3.1.1. Consulta médica
- 3.1.2. Atención al niño
- 3.1.3. Atención a la mujer
- 3.1.4. Salud Bucal
- 3.1.5. Salud Mental
- 3.1.6. Promoción y educación en salud
- 3.1.7. Laboratorio clínico y RX.
- 3.1.8. Trabajo Social
- 3.1.9. Tuberculosis
- 3.1.10 Rabia y eliminación canina
- 3.1.11 Dispensarizados
- 3.1.12 Actividades sanitarias

3.2. Organización de la Red de Servicios

- 3.2.1. Infraestructura
- 3.2.2. Organización de los servicios
- 3.2.3. Sector Privado
- 3.2.4. Articulación de los servicios

3.3. Desarrollo Institucional

- 3.3.1. Situación actual
- 3.3.2. Sistema de dirección
- 3.3.3. Participación popular
- 3.3.4. Gestión de los trabajadores

3.4. Recursos del Sector

- 3.4.1. Fuerza de Trabajo
- 3.4.2. Recursos Materiales
- 3.4.3. Abastecimiento técnico material
- 3.4.4. Desarrollo científico - técnico
- 3.4.5. Inversiones
- 3.4.6. Finanzas

4.- Para establecer lineamientos generales de intervención, a partir de los problemas de salud priorizados, se procedió indentificarlo siguiente:

- 4.1. Identificación de los principales problemas de salud
- 4.2. Jerarquización de los problemas según prioridades
- 4.3. Establecimiento de la red causal de los problemas priorizados
- 4.4. Identificación de los nudos críticos
- 4.5. Definición de lineamientos de intervención
- 4.6. Identificación de criterios para su implementación.



TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

## TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se realizó el análisis de la situación de salud del Area 5-7, de la Región III del Ministerio de Salud, por medio de un estudio retrospectivo, de los datos producidos durante el año 1988.

El estudio se realizó en tres etapas, la primera corresponde a la recolección de los datos básicos y presentación de un informe preliminar, la segunda etapa se orientó a la selección de problemas y prioridades y la tercera etapa a partir de las prioridades se elaboró la RED EXPLICATIVA y se definieron los lineamientos generales de intervención.

La información sobre las características físico-geográficas, higiénico sanitario y económico-sociales, se obtuvo de documentos de trabajo y entrevistas a personas informantes, que corresponden al área de salud y a diferentes instituciones como el MED, INSSBI y otros.

Las fuentes para el análisis de la situación de la morbilidad fueron los registros continuos como:

- Registros de consultas ambulatorias.
- Registro de enfermedades de notificación obligatoria
- Registro de enfermedades dispensarizadas.
- Registros de mortalidad

Para la descripción de la red de servicios se obtuvo información de los registros estadísticos del área 5-7, informes trimestrales, semestrales y anuales e informes parciales de los distintos departamentos además la observación directa mediante visitas a los diferentes lugares analizados.

A partir de la información recogida se hizo una verificación de la misma con los diferentes actores involucrados y posteriormente se realizó un proceso analítico sistémico de la información, encaminados

a identificar las posibles relación de los diferentes aspectos con el proceso Salud-Enfermedad; principalmete en su repercusión sobre las características de la morbi-mortalidad y al mismo tiempo se -- intentó establecer que factores y en qué medida pudieron actuar como condicionantes de la gestión de salud.

A partir de las conclusiones obtenidas, se elaboró un listado de - los problemas de salud encontrados en el área, para luego realizar una selección y priorización de los mismos, mediante el método de la Parrilla y Cendes DPS ( Anexo No. 2, No. 3)

A partir de los problemas priorizados, se elaboró la Red Causal de cada uno de ellos, se determinó los nudos críticos, para luego identificar criterios intervención y establecer lineamientos de implementación de los mismos. - Los aspectos de planificación se -- realizaron utilizando las técnicas y procedimientos planteados por la metodología de la planificación estratégica situacional.

## RESULTADOS

## RESULTADOS

### CARACTERISTICAS ECONOMICO - SOCIALES, FISICOS, GEOGRAFICAS HIGIENICAS SANITARIAS DEL AREA DE SALUD 5-7

#### DATOS BASICOS

El Area de Salud 5-7 se encuentra ubicada en el Centro del casco urbano de Managua.

Sus límites geográficos son los siguientes:

**Norte:** Limita con el Lago de Managua, se extiende desde los Semáforos de la Villa Pedro Joaquín Chamorro, hasta la plaza - parque Carlos Fonseca.

**Sur;** Limita con el By-Pass de la Resistencia se extiende desde los semáforos de la Villa Pedro Joaquín Chamorro, hasta la UCA, de aquí sigue sobre la Avenida Universitaria hasta la Avenida Bolívar.

**Este:** Limita con el By-Pass de la Resistencia

**Oeste:** Con la Avenida César Bolívar.

Su extensión territorial es de 12 Km<sup>2</sup>, con una población estimada para 1988 de 87.446 habitantes.

La Unidad Territorial operativa son los sectores, constando el área con 12 sectores, los cuales abarcan un total de 22 barrios (Anexo 4) Los Barrios con mayor número de población son los siguientes:

- Riquelme López Pérez con 9.536 hab.
- 19 de Julio con 9.623 hab.
- Los Angeles con 8.469 hab.
- Jorge Dimitrov con 8.454 hab.
- San José Orienta con 6.531 hab.

- Hilarío Sánchez con 5.512 hab.

El resto de los Barrios tienen población inferior a los cinco mil habitantes (anexo No. 4).

En el área existe un gran número de Centros Escolares y de acuerdo a su tipo hay 20 pre-escolares, 18 escuelas primarias completas, 6 escuelas primarias incompletas, 7 escuelas secundaria, 3 escuelas técnicas, para una matrícula de primaria de un total de 13.245 estudiantes. De la población escolar total de primaria y secundaria el 56% de matrícula corresponde al sexo femenino y el 44% al sexo masculino (anexo No. 5).

El número de Centros Pre-escolares y primarios representan para el área, grupos poblacionales sobre los cuales se pueden desarrollar diferentes actividades sanitarias, como Inmunizaciones, control de la Escabiásis y Pediculosis.

Las escuelas secundarias representan un gran potencial de recursos humanos para el desarrollo de actividades sanitarias en la comunidad y los Centros escolares en su conjunto representan un gran universo para el desarrollo del control sanitario y de higiene escolar por parte del programa de Higiene del Medio en el área de salud.

El nivel de escolaridad varía en los tres grupos de Barrios desde analfabetos, alfabetizados, educación primaria y educación media solamente Ciudad Jardín tiene una mayor caracterización con educación medio y superior.

El Ministerio de Transporte dispone de diferentes rutas que facilita el traslado de la población al área de salud, integrado principalmente por las Rutas 102, 108, 112, 116, 123.

El número de Rutas que circulan por el territorio del área de salud facilita en gran manera el acceso de la mayoría de la población hacia los centros y puestos de salud.

El abastecimiento de productos de primera necesidad es obtenido por la población mediante diferentes vías y centros comerciales entre los -- cuales se destacan el Mercado Oriental, 300 pulperías, 91 expendios, 3000 comerciantes legales, 3 supermercados.

La población económicamente activa corresponde al 54% de la población total, existiendo un índice de dependencia de 84.8, lo cual corresponde a una población joven, con una base ancha en los grupos de edades menores de 15 años, la relación de dependencia es elevada.

La situación del abastecimiento se consideran regular, y aunque una determinante importante es la economía de sobrevivencia, la población tiene acceso a grandes centros de abastecimiento, lo que permite obtener los productos de primera necesidad.

En lo que corresponde a los centros de trabajo existen diferentes tipos que se ubican principalmente en las carreteras Norte, entre los -- cuales podemos mencionar 2 de la rama textil, una cervecaría, cuatro de la rama de papel, cuatro de la rama de alimentos, cinco de la rama química, además diversas instituciones de servicio y de gobierno central como INE, ENABUS, TELCDR, FERRDCARRIL, etc. (anexo 10.1)

La existencia de una gran cantidad de Centros de trabajo en el área de salud a la realización de actividades de control en el campo de la medicina laboral, la coordinación con los puestos médicos existentes en algunos de ellos y la promoción y desarrollo de puestos en otros. Además permite considerar el apoyo potencial que pueden brindar algunas instituciones y empresas, tanto en el desarrollo de actividades sanitarias así como un probable apoyo financiero por parte de la realización de actividades prioritarias.

Desde el aspecto político social existen numerosas agrupaciones gremiales, político, religiosa, hay 9 sedes nacionales de partidos políticos, 8 iglesias católicas, 12 iglesias evangélicas y 6 radioemisoras.

De lo anteriormente descrito podemos decir que existe un gran potencial de fuerza de trabajo, que pueden desempeñar funciones de apoyo a las actividades sanitarias. Representada principalmente por las agrupaciones gremiales y las agrupaciones religiosas, además la presencia de seis radio-emisoras que no ha sido utilizado ya que las mismas no se han integrado de manera formal y sistemática al apoyo de la participación popular en salud.

De acuerdo a las variaciones climáticas entre invierno y verano hay sectores de la población que en invierno están expuestos a inundaciones como son la población de la zona costera del lago (con una población de 21.644 hab) y barrios, que tienen problemas con el cauce Oriental como son Barrio Oscar Turcios, y el Barrio San José Oriental (con una población de 7.392 hab)

Durante el verano existe una disminución general del abastecimiento de agua por lo que es regulado a través del INAA, desarrollando políticas de racionalización en su uso, afectando a todos los barrios con cortes de agua con días establecidos.

Al mismo tiempo 11 barrios poseen abastecimiento de agua potable por tubería, 4 barrios poseen puestos públicos y un barrio se abastece de pozo (Carlos Cuervo) sobre los cuales no se tiene control higiénico.

En general la situación del agua potable se presenta de la siguiente manera; de los 22 barrios, 18 tienen sistema de abastecimiento de agua por tubería que corresponde al 72.2% de los barrios y 74.2% de la población.

Del total de barrios 4 poseen puestos públicos de abastecimiento de agua que corresponden a los barrios Hilario Sánchez (3 puestos) --- Jorge Dimitrov, (22 puesto) que equivale al 18.1% de los barrios incluyendo Enrique Smith y 21.5% de la población total. Solamente el barrio Las Torres, no posee agua potable, ni puestos públicos ya que es abastecido por pozos excavados a mano, una parte de la po-



El agua se abastece de los puestos del Barrio Hilario Sánchez lo que corresponde al 4.5% de los Barrios y 3.9% de la población del Área. (Cuadro No. 1).

Como parte del Control Higiénico Sanitario, el Área de salud realiza control bacteriológico del agua a los centros priorizados una vez al mes que son: TECNICA, Bo. Hilario Sánchez, C/S, Francisco Buitrago, Barrio San Luis Sur, Escuela Loyola, Barrio Santo Domingo, Galletería Cantón Barrio Larreynaga, Supermercado Ciudad Jardín, Ciudad Jardín, C.D.I., Bo. Román Manrique, Industria de Bolís Collac, Colonia Managua, Panadería Reyna, Bo. Rigoberto L. Pérez, Industria el Pílon, Bo. San José Oriental, Puesto Colectivo de Abastecimiento de Agua, Bo. Decar Turcios, Cervecería Victoria, Bo. Los Angeles, ENABAS Central, Bo. - Carlos Reyna, La Selecta, Bo. Benedicto Valverde.

El control de la calidad del agua favorece 54,261 pobladores que equivale a un 62% de la población total.

El Sistema de recolección de basura, la Alcaldía planifica su recolección dos veces por semana en 20 Barrios, no pasa por 2 Barrios que son las Torres e Hilario Sánchez, el recorrido se hace en algunos Barrios parcialmente debido al mal estado de las calles, los Barrios que más problemas presentan son Hilario Sánchez, Benedicto Valverde, y Jorge Dimitrov (cuadro No. 1)

Existen dos basureros grandes en la zona, ubicado en el Mercado Oriental, y en el Barrio Jorge Dimitrov a un costado del Colegio Cristo Rey.

#### CUADRO NO.1

Aspectos Higiénico Sanitario en relación al Número y % de población en el Area 5-7, Región III - 1er. Semestre-1988.

ASPECTOS HIGIENICOS SANITARIOS	POBLACION	%
1. <u>Abastecimiento de Agua</u>		
18 Barrios poseen agua por tubería	64.963	74.2
4 Barrios poseen puestos públicos	18.815	21.6
1 Barrio no posee tubería ni puestos (Las Torres)	3.475	4.2

ASPECTOS HIGIENICOS SANITARIOS	POBLACION	%
<b>2. Residuales líquidos y Excretas</b>		
Barrios con letrinas solamente y disp. de residuales líquido individual.		
- Hilario Sánchez	5.512	
- Oscar Turcios	851	
- Jorge Dimitrov	8.554	
- 19 de Julio	9.623	
- Los Angeles	8.469	
- Francisco Meza	4.357	
- Las Torres	3.363	
TOTAL	40.639	42.6%
<b>3. Desechos Sólidos</b>		
- Se recolecta la basura en 20 Barrios, 2 veces por semana.	78.459	89.7%
- No entra el tren de aseo en los Barrios: Las Torres, Hilario Sánchez.	8.987	10.3%
	87.440	100%

Fuente: Registros de Higiene del Medio, Area 5-7, Región III.

Haciendo una síntesis global de las condiciones físicas geográficas e higiénico Sanitarias, se agruparon los distintos barrios en tres estratos, tomando en consideración de que los barrios de cada estrato, poseen condiciones similares.

Los estratos antes señalados son los siguientes:

- 1.- Barrios de la Zona Costera (cuatro)
- 2.- Asentamientos (cinco)
- 3.- Barrios tradicionales (trece)



De esta manera podemos observar de que para cada uno de los estratos, las condiciones físico-geográfico e Higiénico-Sanitarias, son marcadamente distintas, se observa que los barrios tradicionales poseen las mejores condiciones, aunque éstas sepueden considerar de medianas, mientras las condiciones mucho más deterioradas en los barrios de la zona costera y en los asentamientos como lo muestra el Cuadro No. 2

C U A D R O No.2

Algunas Determinantes de la situación de Salud Area 5-7, año 1988

ESTRATOS	POBLACION	%	NIVEL DE ESCOLARIDAD PREDOMINANTE	TIPO DE VIVIENDA PREDOMINANTE	ABASTECIMIENTO DE AGUA	DISPOSICION DE EXCRETAS	PRESENCIA DE VECTORES
1. Zona cont del Lago (4)	21644	24.7	Alfabetizada y primaria	Madera y Zinc	Pozos, puntos públicos.	Letrina y alcantarilla do.	Anopheles y Aedes muy elevado.
2. Asentamientos (5)	19536	22.3	Alfabetizada y primaria.	Madera y Zinc	Puestos públicos	Letrina	Anopheles y Aedes
3. Barrios Tradicionales (13).	46166	53.	Primaria y Media..	Madera, ladrillo Zink	Agua potable, tubería domiciliar	Alcantarillado público	Anopheles y Aedes.

Fuentes: Registros de Higiene del Medio Area 5-7.

\* Ciudad Jardín posee alto número de personas con Educación Universitaria.

Los principales vectores de importancia médica son: El mosquito Anopheles y el Aedes Aegypti.

Desde el mes de Enero a Diciembre se reportaron 273 casos de malaria de los cuales 258 fueron por VIVAX y 15 por falciperum. Del total de casos 192 son autóctonos y 81 son importados.

Respecto al Dengue en el área, se reportaron 109 casos presuntivos, - de los cuales confirmado como Dengue clásico 6, 1 caso presuntivo de Dengue Hemorrágico. En el mes de Julio se reportaron 4 casos presuntivos y 1 confirmado como Dengue Clásico, en Agosto 6 casos presuntivos Septiembre 30 casos presuntivos, Octubre 6 casos presuntivos, Noviembre 4, Diciembre 3 casos presuntivos. Los Barrios con más problemas son los ubicados en la zona costera del Lago como: Las Torres, Hilario Sánchez, Rigoberto López Pérez y San Luis Sur.

En estos Barrios, la mayoría de la población se dedica a la agricultura, en lugares alejados, dentro y fuera de la ciudad, además de - las condiciones de la mayoría de las viviendas son malas y presentan un gran deterioro, todo lo cual se suma a otros factores anteriormente señalados que facilitan en gran manera la proliferación de vectores.

En relación con la higiene de los alimentos, el programa no tiene control sobre las comedierías, en el resto del programa posee un bajo -- nivel de cumplimiento respecto a las actividades programadas, debido a que existen serias limitaciones, relacionadas con la Planificación Coordinación y programación de las actividades.

## Estado de Salud de la Población

### Situación Demográfica

El área 5-7 con una población de 87446 habitantes, presenta una densidad poblacional de 7267 habitantes por Km<sup>2</sup>, la cual se considera muy elevada, la región posee una densidad poblacional de 316 habitantes por Km<sup>2</sup>.

Posee un porcentaje anual de crecimiento 2.2% (valor Regional 6.6 en 1985), se considera ritmo elevado de crecimiento cuando rebasa el 2% anual, siendo uno de los elementos determinantes la alta tasa global de fecundidad de 129.3 x 1000 mujeres de 15 a 44 años.

Entre los principales índices demográfico se observa una tasa bruta de natalidad de 26. y una tasa bruta de mortalidad de 3.9 como lo señala el cuadro No. 3

CUADRO NO. 3

Principales Índices demográficos del Área 5-7, año 1988.

INDICE	ÁREA 5-7
Nacimientos	2.265
Defunciones	343
Crecimiento Natural	22.1% anual
T.B.N.	26./1000hab.
T.B.M.	3.9/1000hab.

Fuente de Registros Área 5-7.

La distribución de la población por grupos de edad indica que el 54% de la población corresponden al grupo de 15 a 64 años, lo que se considera población económicamente activa, presentándose un índice general de dependencia de un 84.8% el cual se considera elevado, tomando en cuenta que con cada persona que produce, existe aproximadamente una persona que depende de él. (Cuadro No. 4).

CUADRO No.4

Distribución de la Población por grupo de edad, Área de salud 5-7  
Región III, Año 1988.

EDAD	POBLACION	DISTRIBUCION %
0 - 14 años	38.012	43.46
15 - 64 "	47.300	54.
65 y más	2.134	2.44
Total	87.446	100%

Fuente: Registros del Area 5-7.

La distribución de la población por grupos de edad también indica que los niños y niñas menores de 5 años representan el 16.8% de la población total, las mujeres en edad fértil representan el 23.6% de la población total, presentando ambos grupos una población muy importante a ser consideradas para el desarrollo de acciones Sanitarias como lo muestra la distribución en el Cuadro No. 5 (Ver Anexo No. 7)

CUADRO No.5

Distribución de la población según grupo etáreo, y sexo, área 5-7, Región III año 1988.

GRUPOS ETAREOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
1 año	1.618	1.530	3.147
1-4 años	5.929	5.562	11.491
5-14 años	11.875	11.499	23.374
15-44 años	19.150	20.602	39.752
45-64 años	3.472	4.075	7.547
65 y más	892	1.242	2.134
TOTAL	42.936	44.510	87.446

Fuente: Registros Area 5-7.

El movimiento migratorio ha tenido una tendencia creciente que se refleja en la creación de nuevos asentamientos, en este sentido el crecimiento anual de la población se puede relacionar con la situación global de la Región III, la cual tiene una tasa de crecimiento anual de 6.6%.

La tasa bruta de natalidad es de 26 x 1.000 habitantes y la tasa global de fecundidad 129.3 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 - 44 años.

MORTALIDAD

Un análisis realizado de los meses de Enero a Julio de la mortalidad hospitalaria y domiciliar muestra que del total de 233 fallecidos 151 casos se registran en los hospitales (64.8%) y 82 casos -- (35.1%) ocurrieron a domicilio, del total de 151 fallecidos en los

hospitales 70 fueron niños menores de 1 año (30%) y 71 fueron mayores 15 años (30.4%). Del total de fallecidos 70 fueron menores de 1 año, de los cuales 50 fueron menor 6 días. (Cuadro No. 6).

CUADRO No.6

Mortalidad Hospitalaria y Domiciliar registrada de Enero a Julio 1988  
Area 5-7, Región III.

LUGAR DE NACIMIENTOS	0-6 ds.	7-28 ds.	28 ds 11 m.	1-4 años	5-14 años	15 y más	M	F	TOTAL
Hospitales	49	4	17	10	-	71	87	64	151
Domicilio	1	-	7	2	2	70	41	41	82
TOTAL	50	4	24	12	2	141	128	105	233

Fuente: Registro Area 5-7 Región III.

Otro análisis, sobre Mortalidad Domiciliar en el área, muestra registros de mortalidad por causa de 155 muertes domiciliarias, en las cuales se observa que el mayor número de casos lo ocupan los accidentes cerebro vasculares con 21 fallecidos, en 2do lugar insuficiencia cardíaca con 14 fallecidos en 3er lugar diversos tipos de CA, con 11 fallecidos. (Cuadro No.7)

CUADRO No. 7

Mortalidad Domiciliar por causas efca 1988, Area 5-7, Región III.

CAUSA DE MUERTE	NO. DE CASOS
Accidente Cerebro Vascular	21
Paro Cardíaco	16
Insuficiencia Cardíaca	14
Cancer	11
Caída en Combate	8
Politraumatismo	7
Insuficiencia Renal	6
Diabetes Mellitus	5
EDA y Deshidratación	5



CAUSA DE MUERTE	No. DE CASOS
H.A.F.	4
Cirrosia Hepática	4
Insuficiencia Respiratoria	4
Otras causas con menos de 4 casos	53
<b>T o t a l</b>	<b>158</b>

Fuente: Registros Area 5-7

En la mortalidad domiciliarde los 158 fallecidos el 22.8% corresponden a menor 1 mes, el 33.5% corresponden a mayor de 65 años, el 59% de los fallecidos son varones y el 41.1% son mujeres. (Cuadro No. B)

CUADRO No.8

Mortalidad Domiciliar por grupos de Edad y Sexo Area 5-7, año 1988, Región III.

Sexo / Grupo de edad	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	% POR GRUPOS
-				
0 - 28 ds.	22	14	36	22.8
1 - 11 m.	6	3	9	5.7
1 - 1 años	2	1	3	1.9
2 - 4 años	20	9	29	18.4
5 - 14 años	17	5	22	13.9
15 años y más	24	29	53	33.5
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>65</b>	<b>158</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro Area 5-7.

### Mortalidad Hospitalaria por causas:

Durante el año 1988 se reportaron un total de 28 casos de muertes por EDA en niños menores de 5 años, siendo una de las más importantes causas de mortalidad, con una tasa de 1.9 x 1000 habitantes menor de 5 años.

Por otro lado en un análisis hecho sobre 169 del total de 343 fallecidos, durante el año 1988, en los hospitales según causas de muerte por grupos Etareos y por sexo nos presenta los siguientes datos: La 1ra, causa intra hospitalaria es la Septicemia con 24 casos de los cuales 12 fueron varones y 12 mujeres, el grupo más afectado es el de 0-28 días con 15 casos, luego el grupo de 1 a 11 meses con 4 casos. La 2da, causa de muerte es la EDA con 19 casos de los cuales 10 son mujeres y 9 varones el grupo más afectado fue el de 1-11 meses con 10 casos, luego el de 0-28 días con 6 casos.

La 3ra, causa fue Embarazo Pre-termino (PEG-MPN) con 17 casos, 11 masculino y 6 femeninos el grupo más afectado es el 0-28 días con los 17 casos. Además entre las primeras causas aparecen la insuficiencia Renal aguda, la insuficiencia cardíaca congestiva, accidente Cerebro Vascular. (Cuadro No.9)

### CUADRO No.9

Distribución de primeras causas de mortalidad, intrahospitalaria por grupos de salud y sexo. Area 5-7, Región III

CAUSAS DE MUERTE	SEXO		GRUPOS DE EDAD						
	M	F	0-28 ds.	1-11 m	1-4 a.	5-14 a.	15-44 a.	45-64 a.	65 y más
Septicemia	12	12	15	4	2	-	3	-	-
EDA	9	10	6	10	3	-	-	-	-
Emb.pre-term.	11	6	17	-	-	-	-	-	-
INS. Renal aguda	7	4	-	-	2	-	4	2	3
INS. Cardiac.congest.	2	6	-	1	-	-	1	2	-
Accid.Cerebro Vasc.	5	2	-	1	-	-	-	3	-
R.N. Inmaduro	4	4	8	-	-	-	-	-	-
Distres Respiratorio	4	3	2	1	-	-	1	2	1
D.N. Proteico Calórico	3	1	1	2	1	-	-	-	-
T.B. Pulmonar	4	1	-	-	1	-	2	2	2
Fractura craneal	3	2	-	1	1	-	-	1	2

Fuente: Registros Area 5-7

La mortalidad en niños menores de seis días representa una gran importancia, más aún observando el aumento de 28 casos en 1987, a 49 casos en 1988 durante el mismo período de tiempo (Cuadro 10)

CUADRO No. 10

Cuadro comparativo de fallecimiento intrahospitalario de Enero a Julio, año 1987-1988, Area 5-7

GRUPOS ETAREOS	1987	1988	% BALANCE
6 días	28	49	+ 57.1
7 días a 27 días	7	4	- 57.1
28 días a 11 meses	22	17	- 22.7
TOTAL menor 1 año	<u>57</u>	<u>70</u>	<u>+ 18.6</u>
TOTAL FALLECIDOS INTRAHOSPITALARIO	151	254	+ 59.4

Fuente: Registros del Area 5-7

Note: El balance está expresado en porcentaje de incremento ó descenso respecto al año 1987.

MORBILIDAD:

La morbilidad de acuerdo al No. de consultas por aparato y sistema la podemos agrupar de la siguiente manera:

1.	E.R.A.....	28.751	consultas
2.	Enf. Aparato Genitourinario.....	20.359	"
3.	Otras del aparato digestivo.....	16.085	"
4.	Otras del aparato respiratorio.....	13.347	"
5.	Piel y tejido celular subcutáneo.....	10.859	"
6.	E.D.A.....	9.380	"

Los datos nos señalan que se realizaron 42.093 consultas (26.4%) relacionadas con aparato respiratorio y 22.727 consultas (13.6%) relacionadas con el aparato digestivo, además se destacan las consultas relacionadas con el aparato genitourinario (12.3%) y las relacionadas con piel y tejidos subcutáneo, (6.5%) del total de consultas. (Cuadro No. 11).

CUADRO No. 11

Número de consultas por aparatos y Sistemas, tasa por 1.000 habitantes, Area 5-7, Región III-1988.

ENFERMEDADES POR APARATOS Y SISTEMAS	NO DE CONSULTAS	TASAS POR 1000 Hab.
Enf. Respiratoria Aguda	28.751	328.7
Ap. Genitourinario	20.359	232.8
Otras Aparato digestivo	16.085	183.9
Otras aparato respiratorio	13.347	152.6
Piel y Tejido celular subcutáneo.	10.859	124.1
Enf. Diarréica agudas	9.380	107.2
Sistema Nervioso-Organos, sentidos.	8.536	98.6
Embarazo y puerperio	7.121	81.4
Sistema Osteo-muscular	6.925	79.19
Aparato circulatorio	5.801	66.4
Enf. Glandulares	3.213	36.7
Lesiones traumáticas	1.302	14.8
Otras enfermedades	29.613	-

Fuente Registro Area 5-7

En la morbilidad es importante destacar el aumento de números de consulta por E.D.A., que en el año 1987 representó una tasa de 82.3 x 1000 habitantes y para 1988 una tasa de 107.2 x 1000 habitantes (Cuadro No. 12)

CUADRO No. 12

Cuadro comparativo de EDA, año 1987-1988, Area 5-7, Región III.

Consul- tes.	1987	Tasa	1988	Tasa por mil habit.
Consultas por EDA	7.018	82.3	9.380	107.2
Otras del aparato digestivo.	15.739	-	16.085	-
Total General de Consultas	156.495	-	160.724	-

Fuente: Registro Area 5-7

## Enfermedades de Notificación Obligatoria

El mayor número de casos de notificación obligatoria lo presenta la Malaria con 273 casos, de los cuales 15 fueron por Malaria - Falciparum y un caso asociado, de los 273 casos 81 fueron casos importados (29.7%) representando la Malaria una tasa  $3.12 \times 1000$  hab. En segundo lugar se ubica la Varicela con 184 casos y con una tasa de  $2.1 \times 1000$  hab. Tercer lugar Escabiosis con 183 casos y una tasa de  $2.0 \times 1000$  hab., la siguen las infecciones Gonococcicas con 181 casos y una tasa de  $2.0 \times 1000$  hab. y parotiditis epidémicas con 143 casos y una tasa  $1.6 \times 1000$  hab. Cuadro No. 13).

### CUADRO No. 13

Enfermedades de Notificación Obligatoria reportada el año 1988, Area 5-7, Región III.

ENFERMEDADES	NO. CASOS NOTIFICADOS	TASA/1000
Malaria	273	3.12
Varicela	184	2.1
Escabiosis	183	2.0
Enf. Gonococcica	181	2.0
Parotiditis Epidémica	143	1.6
Conjuntivitis Viral	131	1.4
Dengue	109	1.2
Tuberculosis	67	0.80
Sifilis Adquirida	39	0.4
Hepatitis Infecciosa	31	0.35
Rubeola	29	0.4
Amibiasis	27	0.3
Condiloma	15	0.17
Sarampión	8	0.09
Tosferina	2	0.02
Dengue Hemorrágico	2	0.02
Tétano	1	0.01

Fuente: Registros Médicos Area 5-7

La situación de la ENO respecto a su distribución por grupos etareos se presenta de la siguiente manera:

En cuanto a las primeras causas de E.N.O. la Malaria presenta como el grupo de edad más afectado el de 15-49 años, la Varicela el -- grupo de 5-14 años, la escabiosis, la Pediculosis el grupo más -- afectado es el de 15-49 años, en las enfermedades gonococcicas -- el grupo más afectado es el de 15-49 años con 73 casos masculinos y 14 femeninos, en la tuberculosis el grupo más afectado es el -- grupo de 15-49 años.

CUADRO No. 14

Primeras Causas de E.N.O. por grupos etareos y sexo, area 5-7, Región III.

Tipo de Enfermedad.	GRUPO						ETAREO				TOTAL
	- 1 año		1 - 4 a.		5 - 14 a.		15-49 a.		50 +		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Malaria	-	-	6	4	31	34	98	87	7	6	273
Varicela	5	4	26	23	40	41	16	29	-	-	184
Escabiosis y Pedic- ulosis	20	25	16	24	20	3	12	39	5	7	183
Inf. Gonococcica	-	-	1	1	-	-	103	26	10	-	181
Parotiditis Epidémico	4	1	19	18	4	6	11	11	-	-	143
Conjuntivitis Viral	11	3	11	19	18	20	13	34	1	1	131
Tuberculosis	-	-	2	1	3	1	28	18	3	4	60
Sífilis Adquirida	-	-	-	-	-	-	21	5	7	2	39
patitis infecciosa	-	-	5	9	-	-	-	-	1	-	31
Rubeola	2	4	7	4	2	5	-	-	-	-	29

Fuente: Registros Area 5-7.



Respecto a las enfermedades inmuno prevenibles, se reportaron 29 casos de Rubéola de los cuales 13 corresponden al sexo Masculino y 16 al sexo femenino, siendo el grupo más afectado el de 1 a 4 años, además se registraron 8 casos presuntivos de Sarampión, siendo el grupo más afectado el grupo de 1 a 4 años, 2 casos presuntivos de tosferina, en el grupo de 1 a 4 años y un caso presuntivo de tétano.

Un cuadro comparativo de las E.N.O. 1987 y 1988, muestra el salto de la Malaria, ocupando el primer lugar en 1988, además la importancia que representa el aumento en el número de casos de la Escabiasis y las enfermedades Gonococcicas (Cuadro No. 15).

CUADRO No. 15

Enfermedades de Notificación Obligatoria. Cuadro Comparativo 1987-1988  
Area 5-7, Región III.

ENFERMEDADES	1987	ENFERMEDADES	1988
I Conjuntivitis	483	I Malaria	273
II Varicela	206	II Varicela	184
III Inf. Gonococcica	145	III Escabiosis	183
IV Malaria	141	IV Inf. Gonococcica	181
V Virus de la Rabia	134	V Parotiditis	143
VI Escabiosis	116	VI Conjuntivitis Viral	131
VII Tuberculosis	81	VII Dengue	109
VIII Tuberculosis	61	VIII Tuberculosis	67
IX Rubéola	28	IX Rubéola	26
X Sarampión	9	X Sarampión	8
XI Tosferina	4	XI Tosferina	2

Fuente: Registr - rea 5-7

Durante el año 1988 la Malaria duplicó el número de casos notificados respecto a 1987, lo cual orienta el nivel de importancia que representa para el Área de Salud (Cuadro No. 16).

CUADRO No. 16

Cuadro Comparativo de Casos positivos de Malaria.  
Año 1987-1988, Área 5-7, Región III.

VARIABLES	1987	1988
Positivos de Malaria	141	273
Tasa	1.6 x 1000 Hab.	3.12 x 1000 hab.
Población	86.000	87.446

Fuente: Registro Área 5-7.

### Invalidez:

Existen registrados en el área 94 casos de incapacidad para una tasa de 1.07 x 1000 hab. el mayor Número de incapacidad por causa de guerra es la que afecta a miembros inferiores 30 casos, lo que equivale a un 31.9% del total de casos, en segundo lugar la incapacidad de miembros superiores con 17 casos lo que equivale a un 18.% del total, en tercer lugar lo ocupan las lesiones oculares con 11 casos y la incapacidad mental con 7 casos. (Cuadro No. 17)

### CUADRO No. 17

Prevalencia de invalidez en combatientes por tipo de incapacidad Areas 5-7, Región III.

TIPO DE INCAPACIDAD	NO DE CASOS	%
Incapacidad Miembros Inferiores	30	31.9
Incapacidad Miembros Superiores	17	18.8
Lesiones Oculares	11	11.7
Incapacidad Mental	7	7.4
Amputación T/P M.Inf.	6	6.5
Hemiplegias	4	4.2
Enfermedades Auditivas	4	4.2
Amputaciones T/P M.Superiores	3	3.1
Paraplegias	2	2.1
Hemiparesias	2	2.1
No. Clasificados	8	8.5

Fuente: Registros comisión zonal apoyo al combatiente.

### Situación Nutricional

En el área no existen datos que permitan aproximarnos al conocimiento del Estado Nutricional, sin embargo en 1985 el IICA, realizó una encuesta Nutricional en 2.829 niños menores de 5 años en la Región III, a partir de la cual podemos observar algunos datos que pueden ser tomados en consideración en las Areas de Salud.

La situación global en relación al indicador PESO/TALLA evidencia una situación estable y la baja prevalencia de desnutrición aguda. (Cuadro No. 1B).

CUADRO No. 1B

Prevalencia de Desnutrición en Menores de 5 años. Región III, 1988.

Desviación Standar Cla- sificación	-1 Desviación Standard	1 - 2 Desviación Standard	-2 Desviación Standard
PESO-TALLA	14.5%	12.2%	2.3%
PESO-EDAD	38. %	27.1%	10.9%
TALLA-EDAD	49.5%	27.6%	21.9%

Fuente: Encuesta Nutricional, Región III  
CIES, 1988.

Sin embargo el análisis de los datos por grupo de edad evidencia una Desnutrición Aguda en los niños de 6 a 11 meses de edad, lo cual indica que existen problemas graves en relación a la alimentación y cuidado de estos niños.

La estimación del número de niños desnutridos, se puede utilizar como base para la programación de las actividades para la evaluación del programa de Crecimiento y Desarrollo (C.C.D.).

A partir de los registros de C.C.D. es posible estimar, que eventos de estos niños controlados por lo menos una vez al año, y determinar la oportunidad de un plan de captación y seguimiento con actividades de terreno.

Además la encuesta señalada revela que entre los factores de riesgo se destaca el tipo de Lactancia, en los que reciben el pecho materno, la alimentación de la madre deja de ser un factor de riesgo para la desnutrición. Además se observó que la mayor desnutrición se da en los niños de 6-11 meses en comparación con los niños de 0-5 meses, afecta únicamente a los niños que no reciben el pecho materno. En otras palabras el pecho materno resulta ser el principal factor que determina el estado-

nutricional en los niños menores de 1 año y previene la determinación asociada con una situación socio-económica desfavorable.

El mismo estudio plantea que "por la fuerza de la asociación, su independencia de otros factores, y su plausibilidad biológica se considera que la relación entre destete y desnutrición sea causal.

El hecho que más del 50% dejen de tomar pecho antes de cumplir los tres meses de vida contribuye a que la lactancia artificial sea el principal causal de la desnutrición infantil".

## SERVICIOS DE SALUD

### A : Producción de Servicios

- 1 : Consultas Médicas: Durante el año 1988 se realizaron 160.724 - consultas médicas de las cuales 44.205 (27.51) corresponden a menor de 5 años, en el grupo de 15 y más años, se realizaron - 95.753 consultas (59.5%) del total de consultas (Cuadro No.19)

### CUADRO No.19

Consultas médicas por grupos etáreos, comparativo año 1987-1988, Área 5-7, Región III.

GRUPOS DE EDAD	CONSULTAS MEDICAS			
	1987	%	1988	%
- 1 año	15.883	10.4	17.081	10.4
1 - 4 años	23.405	14.9	27.122	16.8
5 - 14 años	21.942	14	20.768	12.9
15 y más	<u>95.265</u>	<u>60.8</u>	<u>95.753</u>	<u>59.5</u>
Total	156.495	100	160.724	100

Fuente: Registros

Del total de consultas, 6 .750 (37.7%) fueron dadas a varones y 99.974 (62.2%) a mujeres, las consultas por primera vez fueron 33.920 (21.1%) fuera un porcentaje de cobertura de 37%, y una concentración de 4.7

Un cuadro comparativo año 1987,1988 sobre las consultas médicas realizadas, muestra una concentración en los primeros lugares del mismo grupo de enfermedades, al aumentar las consultas por E.D.A. durante 1988. (Cuadro No. 20).

CUADRO No.20

Consultas Médicas realizadas por aparato y Sistema, año 1987-1988  
Area 5-7, Región III

APARATO O SISTEMA		1987	APARATO O SISTEMA		1988
I	ERA	25.764	I	Enf. Respiratoria Agudas	28.751
II	Ap. Genito-Urinario	22.879	II	Ap. Genito-Urinario	20.359
III	Otras Aparato Digestivo	15.739	III	Otras Aparato Digestivo	16.085
IV	Otras Aparato Respiratoria.	15.102	IV	Otras Aparato Respiratoria.	13.347
V	Piel y Tejido Sub-cutáneo	10.507	V	Piel y Tejido Sub-cutáneo	10.859
VI	S.N. Organos y Sentidos	8.103	VI	EDA	9.380
VII	EDA	7.081	VII	SN Organos y Sent.	8.536
VIII	Detromuscular	7.002	VIII	Embarazo y Parto.	7.121.

Fuente: Registro Area 5-7

Atención al niño

Se realizan durante el año 1988, 14.591 controles eutróficos, de los cuales 2.580 controles corresponden 0-1 meses (17.6%) 1.859 corresponde al grupo 1-11 meses (12.7%) y 565 controles corresponden al grupo 1-5 años (3.8%) los cuales corresponden a primeras consultas, teniendo un porcentaje de cobertura general 34% y una concentración de 2.9 (Cuadro No. 21).

CUADRO No. 21

Actividades de control de crecimiento y desarrollo comparativo 1987-88  
Area 5-7, Región III

GRUPOS ETAREOS	1987	1988	% Balance
0 - 1 mes	2.345	2.580	+ 10
1 - 11 meses	3.805	1.859	- 50.2
1 - 5 años	2.040	565	- 70.4
Consultas 1era Vez	8.190	5.004	- 39

Fuente: Registro- Area 5-7.

Además en el Cuadro No. 21 se puede apreciar un leve aumento de los controles realizados a los niños de 0 - 1 mes (10%) respecto al año 1987, al mismo tiempo que se observa una gran disminución en los controles a los niños de 1 a 11 meses y a los niños de 1 a 5 años (50 y 70% de disminución respectivamente).

En los controles de desnutridos, se realizan 799 1o. controles 2.590 subsiguientes para un porcentaje de cobertura 61% y un concentración 4.2 (Cuadro No. 22)

CUADRO No. 22

Controles de Desnutridos, Año 1987-1988.

Controles	1987	1988	% Balance
1o. Controles	614	799	+ 23.2
Contri. Sub-sec.	3.426	2.590	- 25.5
Desnutridos	4.040	3.389	- 17

Fuente: Registro Area 5-7



Aunque en el cuadro No. 21 se observan un aumento en los primeros controles de desnutridos (23.2%) respecto al año 1987, el número total de controles disminuye en un 17% lo que indica una clara disminución en el control subsecuente de los niños desnutridos.

El cumplimiento general en el control a desnutridos fué de un 26.7%. Estos datos se corresponden con la escasa labor realizada en terreno durante 1988.

En cuanto a la Unidad de Rehidratación Oral (URO) se atendieron durante el año 1988, 3420 menores de 1 año (62.7%) 1726 niños de 1-4 años (31.6%) y 303 niños de 5 y más años (5.5%). (Cuadro No. 23)

#### CUADRO No. 23

Niños atendidos en URO por grupos de Edades año 1987, 1988, Area 5-7  
Región III

Grupos de Edad	1987	%	1988	%
- 1 año	2.520	49.2	3.420	62.9
1 - 4 años	1.860	36.2	1.726	31.6
5 y más años	748	14.6	303	5.5
Total	5.128	100	5.449	100

Fuente: Reporte Area 5-7

En el cuadro No. 23 se observa un aumento en la atención de los niños menores de 1 año en la URO (13.6%) respecto al año 1987, al mismo tiempo que existió un claro descenso en la atención brindada a los niños de 1 a 4 años y los niños de 5 y más años.

Respecto al Control de los niños de bajo peso al nacer en 1988, se realizaron 77 primeras consultas y 137 consultas subsecuentes, para una concentración de 1.8, estos datos se corresponden con el escaso trabajo realizado en terreno durante 1988.

Situación de las Inmunizaciones:

Se observa una clara disminución en cuanto a dosis aplicadas y niños inmunizados en el balance respecto al año 1987, en todos los tipos de vacuna existe un balance negativo, excepto en el número de dosis aplicadas y niños inmunizados con la vacuna antisarampión en la cual existe un balance positivo, esta situación esta relacionada con el mínimo apoyo brindado por los organismos de masas y otras instituciones para realizar acciones de salud (Cuadro No. 24 y 25).

En dosis aplicadas se observa una disminución de un 20.8% y en niños inmunizados un 26.5% de disminución respecto al año 1987.

CUADRO No.24

Dosis aplicadas por tipo de Vacuna, Año 1987-1988, Area 5-7 Región III.

TIPO DE VACUNA	1987	1988	% BALANCE
B.C.G	1.568	1.034	-44.1%
Antipolio	44.460	33.857	-23.9%
D.P.T.	17.565	12.110	-31.5%
Antisarampión	3.453	4.926	+30%
D.T.	3.021	3.124	-38.8%
T.T.	<u>28.531</u>	<u>24.757</u>	-13.3%
Total	100.698	79.788	-20.8

Fuente: Registro Area 5-7

CUADRO No.25

Número de Niños Inmunizados según tipo de Vacunas. Año 1987-88. Area 5-7 Región III

TIPO DE VACUNA	1987	1988	% BALANCE
B.C.G.	1.568	1.034	-34.1%
Antipolio	14.308	9.926	-31.7%
DPT	4.756	2.981	-37.4%
Sarampión	3.453	4.926	+30%

cont.

TIPO DE VACUNA	1987	1988	% BALANCE
D.T.	2.103	924	- 56.1%
T.T.	9.514	6.565	- 33 %
Total	35.702	26.534	- 26.5%

Fuente: Registro del Area 5-7.

### Atención a la Mujer

En el control Prenatal, se realizaron 9689 consultas, de las cuales 4389 son por primera vez y 5.300 fueron sub-secuentes.

Tomando en consideración que el Número de Nacimientos previstos para el año 1988 fue de 3726, se logró que el porcentaje de mujeres que recibieron atención Pre-Natal fuera de un 117.8% y una concentración de 2.2.

En el control de Puerperios se realizaron 2466 controles, en ARD 591, Fertilidad 2466 y control de Ginecológico 5.267. (Cuadro No. 26)

### CUADRO No. 26

Actividades realizadas a la mujer año 1987-1988. Area 5-7, Región III.

ACTIVIDADES A LA MUJER	1987	1988
Controles Pre-Natales	6.421	9.689
Controles por primera vez	3.933	4.389
1er. Trimestre	1.690	2.228
2do. Trimestre	1.772	1.579
3er. Trimestre	413	582
Control de Puerperio	2.674	2.466
ARD	550	591
Fertilidad	2.674	2.466
Control CA Ginecológico	3.120	5.267

Fuente: Registros Area 5-7

### Partos:

De los 2.265 nacimientos ocurridos en el año, el 86% corresponde a partos hospitalarios; siendo el Bertha Calderón, quien atendió el 63% del total de nacimientos, mientras que un 16% ocurrió en casa los cuales fueron -- atendidos por las parteras Populares del Area.

### Salud Bucal

En ningún local del Area 5-7 se realiza atención odontológica, todos los casos son referidos a la Policlínica Oriental.

### Salud Mental

Las actividades de Salud Mental se desarrollaron solamente hasta el mes de Julio, ya que posteriormente no se contó con el Recurso Humano para su - ejecución durante el 1er Semestre se realizaron un total de 430 consultas lo que representa un promedio de 71 consultas por mes, y 3.5 consultas por día, se tienen registradas 20 visitas a terreno y no se realizaron actividades de docencia (Cuadro No. 27)

#### CUADRO No.27

Actividades de Salud Mental, 1er Semestre 1988. Area 5-7

ACTIVIDADES	TOTAL	PROMEDIO MENSUAL
Consultas	430	71
Grupo de Admisión	48	8
Psicoterapia indiv.	126	21
Psicoterapia grupo	75	12.5
Trabajo de Terreno	20	3.3
Docencia Impartida	0	0
Docencia Recibida (Horas)	24	4

Fuente: Programa de Salud Mental, Area 5-7

El programa no tiene coordinación con la Dirección del Area.

## Promoción y Educación en Salud

Las actividades de docencia estuvieron mayoritariamente orientadas a la Educación Popular, logrando un bajo nivel de desarrollo en la educación continua del personal. Existen limitantes en la Planificación y la coordinación de las actividades de Docencia entre los distintos grupos que debieran participar. Las principales actividades se observan en el cuadro No. 28. En el Area se lleva el control 31 parteras activas.

### CUADRO No.28

Principales actividades de Docencia durante el año 1988, Area 5-7 porcentaje de cumplimiento en base a lo programado.

PRINCIPALES ACTIVIDADES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
	1er Semestre	2do. Semestre
Reunión con Parteras	17%	83%
Actividades de Docencia	54%	71%
Supervisa la aplicación de Procedimientos.	33%	49%
Asesoría a estudiantes de Salud	12%	21.7%
Charlas Educativas	43%	42.5%
Mini Talleres a Brigadistas	100%	117%

Fuente: Docencia Educación Popular. Area 5-7

Durante el año además se realizó una cuña radial, cuatro murales, 30 folletos, 3 volantes y 40 cartales.

## Laboratorio Clínico

Para 1988 se programaron 115.968 exámenes de laboratorio, de los cuales se realizaron 137.261 (118%) de cumplimiento, existiendo una relación 1.2 exámenes por consulta, en 1987 se hicieron 1.4 exámenes por consulta para un total 114.585 exámenes.

En cuanto a Rx se tomaron 732 placas en 1988, para una relación de una placa por cada 220 consultas en 1987 se realizaron 366 placas para una relación de una placa por 427 consultas.

## Trabajo Social

El análisis de las principales actividades realizadas durante el año, señala de acuerdo a los programado un 63.7% de cumplimiento en la atención de casos, un 53.7% de cumplimiento en estudios sociales, un 15.5% de cumplimiento en trabajo de grupo.

Al comparar las actividades realizadas el año 1987 con el año 1988 se observa un balance positivo en la docencia impartida de 184.7% y en las --- Instituciones de un 28.2% (Cuadro No. 29).

### CUADRO No. 29

Actividades realizadas por Trabajo Social. 1987- 1988. Area 5-7 Región III

ACTIVIDADES	REALIZADOS		% BALANCE	PROGRAMADO 1988
	1987	1988		
Atención de Casos	1529	1408	- 8.3%	2.208
Estudios Sociales	155	174	+ 8.7%	324
Trabajo de Grupo	72	82	+12.2%	528
Docencia Impartida	5	98	+84.7%	152
Visitas Domiciliar	370	316	-14.6%	360
Visitas Institucional	75	110	+28.2%	66

Fuente: Trabajo Social Area 5-7

CUADRO No. 30

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA T.B. REALIZADO EN EL AÑO 1988  
AREA 5-7 REGION III

A C T I V I D A D E S	ENERO.	FEB.	MAR.	ABRIL	MAY.	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
1. Nuevo Ingreso	5	5	8	6	10	4						
2. BAAR Positivo	2	2	7	6	1	4	3	7	6	3	5	6
3. Reingreso	2	-	-	-	1	-	1	-	4	12	2	-
4. Altas	1	8	13	2	11	1	7	3	8	-	9	14
5. Abandonos	1	2	2	1	9	3	4	5	1	3	1	-
6. Total de Pacientes con tratam.compl.	89	94	88	93	81	86	79	78	82	89	84	83
7. Auto Administrado	52	58	54	51	42	52	-	-	-	-	-	-
8. Supervisado	37	36	34	42	39	34	-	-	-	-	-	-
9. Total de Vist. domiciliar	8	9	14	29	10	32	-	-	-	-	-	-
10. Inasistentes	8	6	7	18	7	27	-	-	-	-	-	-
11. Charlas Educativas	5	5	8	6	8	9	-	-	-	-	-	-
12. Casos Nuevos	-	3	7	11	3	5	3	7	6	6	7	9

TUBERCULOSIS: El total de pacientes con TB controlados en el Area es de 90, de los cuales 67 fueron casos nuevos durante todo el año, la búsqueda fué de 0.8% de la consulta general de adulto, el 10% corresponde a casos crónicos.

Rabia y Eliminación Canina

Durante el año 1988 se realizó un 50% de las vacunaciones programadas, debido a escases de vacunas y poca coordinación con los grupos de apoyos. La eliminación canina se cumplió en un 63% respecto a lo programado, fueron enviadas 9 cabezas de perros al laboratorio, ninguna salió positiva.

CUADRO No.31

Principales Actividades Realizadas 1988. Area 5-7

ACTIVIDADES	PROGRAMADO 1988	REALIZADO 1988	%
Perros Vacunados	9,197	4,622	50.3
Perros Eliminados	3,942	2,495	63

Fuente Zoonosis Area 5-7

Dispensarizados

Durante 10 meses analizados reflejan la existencia de 385 pacientes - dispensarizados de los cuales 83 son hipertensos (21.5%) 65 son diabéticos (17.9%) 69 artríticos (17.9%) 52 son epilépticos (13.5%).

Entre los meses de Enero a ~~Octubre~~ 1988 se atendieron 141 casos nuevos (36.3%).

CUADRO No. 32

No. de Pacientes dispensarizados por tipo de enfermedades. Enero-Oct. 1988. Area 5-7

TIPO DE ENFERMEDAD	No. DE PACIENTES
Hipertensión	
Diabetes	
Artritis	
Epilepsia	
Asma	
Diabetes + H.T.A.	
Artritis + H.T.A.	
Artritis + Diabetes	
Diabetes + Artritis + H.T.A.	
Epilepsia + T.B.	
Asma + Art. + H.T.A.	
Asma + A.R.T.	
Diabetes + Epilepsia	



cont.

TIPO DE ENFERMEDAD	No. DE PACIENTES
Epilepsia + Artritis	2
H.T.A. + T.B.	<u>1</u>
TOTAL	385

Fuente: Registro estadístico Area 5-7

### Actividades Sanitarias

Se observan serias limitaciones relacionadas con la planificación, programación y coordinación de las actividades sanitarias, se observa un bajo porcentaje de cumplimiento en la mayoría de las actividades.

(Cuadro No.33)

### CUADRO No. 33

ACTIVIDADES SANITARIAS PROGRAMADAS Y CUMPLIDAS, Año 1988, Area 5-7  
Región III.

VISITAS DE INSPECCION E HIGIENE COMUNITARIA	UNIVERSO	VISITAS PROGRAM	VISITAS REALIZADAS	% DE CUM- PLIMIENTO
Hospitales	3 x 2	6	0	0
Centros de Atención de Salud	4 x 6	6	6	100%
Panaderías	40x12	40	40	100%
Procesadoras	60x 6	580	265	41%
Mercados	1 x 48	48	48	100%
Bares y Restaurantes	72x 2	205	169	82%
C.D.I. y Pre-Escol.	4 x 12	72	35	48%
Esc. Prim y Secund.	20x 4	45	41	91%
Muestras de Agua	13x12	156	169	108%

Fuente: Oficina de Epidemiología del Medio Area 5-7

### Otras Actividades Realizadas

En este acápite reflejamos otras actividades como curaciones, cirugía menor, inyecciones y despacho de recetas, se puede apreciar un 15.8% de disminución en cuanto a recetas despachadas, relacionándolas con las recetas despachadas el año 1987. El resto de las actividades presentan un balance + .

#### CUADRO No.34

Diversas actividades realizadas en el Área 5-7, Año 1987-1988. Región III.

<u>ACTIVIDADES</u>	<u>1987</u>	<u>1988</u>	<u>% BALANCE</u>
Recetas despachadas	346.755	292.308	- 15.8%
Curaciones	9.741	11.026	+ 11.7%
Cirugía Menor	107	960	+ 89. %
Inyecciones	22.890	29.930	+ 23.5%

Fuente: Registro Area 5-7

### Organización de la Red de Servicios e Infraestructura :

El Centro de Salud Francisco Buitrago presenta buenas condiciones de tamaño y distribución de sus clínicas, tiene problemas con el mantenimiento del techo instalación eléctricas, la clínica Roberto Clemente tiene una construcción adecuada es el que presenta mejores condiciones, también tiene problemas con el mantenimiento del techo. El P/S Gabriel - Cardenal es el que presenta peores condiciones de infraestructura ya que es una casa adaptada, tiene problemas de acondicionamiento del ambiente de las clínicas, mantenimiento y abastecimiento en agua potable.

### Organización de los Servicios

El área se compone de 22 barrios divididos en 12 sectores, los barrios priorizados son las Torres, Benedito Valverde, Santo Domingo, Rigoberto López Pérez; Mercado Oriental, San José Oriental, Jorge Dimitrov, 19 de Julio, Carlos Reyna.

Se atienden 10 puestos de salud en fábricas. Apesar de que hay sectorización no se desarrollan programas específicos en cada uno de los sectores por lo que la atención se brinda en base a la demanda espontánea.

### Sector Privado y Otros Sectores

En el área está ubicado el Hospital Bautista con 50 camas, 10 clínicas tipo dispensario que presentan distintos niveles de complejidad, 24 farmacias, 6 laboratorios, además se encuentra ubicado el Hospital Militar Alejandro Dávila Bolaños.

### Articulación de los Servicios

La clínica R. Clemente y P/S Gabriel Cardenal refieren la información de producción de servicios al C/S Francisco Buitrago mensualmente y se refiere pacientes a las consultas de especialidad.

Desde el área de salud se hacen transferencias de pacientes, más frecuentemente al Hospital Manuel de Jesús Rivera y al Hospital Bertha Calderón, la mayoría de los pacientes enviados a dichos hospitales no traen contrareferencia.

La Clínica Roberto Clemente (Pediatría) atiende los barrios:

- La Reynaga
- Tendería
- San José Oriental
- Paraíso

Con una población total de 20.000 hab., el puesto de Salud Gabriel Cardenal atiende los barrios: Francisco Moza, 19 de Julio, Jorge Dimitrov, Oscar Turcio, Enrique Smith para una población de 23.298 hab.

### Desarrollo Institucional

El Centro de Salud Francisco Buitrago inicia sus labores a las 6:00am en Admisión y Archivo, los programas inician sus actividades a las 7:00am cubriendo además el turno ampliado por los médicos generales contratados para estas horas.

El área de salud maneja un organigrama donde se contempla solamente la estructura organizativa del C/S Francisco Buitrago, no incluyendo el P/S Gabriel Cardenal ni la Clínica Roberto Clemente.

En relación a las normas y supervisiones es el Dpto. de Enf. el que más apoyo ha recibido de parte de la regional.

En lo interno existe un bajo desarrollo de las supervisiones, ya que no se realizan de manera sistemática ni programadas. Las evaluaciones se hacen a partir de algunas reuniones donde se conocen algunos problemas entre reuniones con JAVAS y consejos técnicos.

En cuanto a la participación popular se realiza de manera coyuntural, no existiendo un plan de seguimiento sin embargo se ha logrado un nivel

medio de relación con los C.D.S. en actividades de vacunación e higiene del medio, utilizando como mecanismo la convocatoria de los responsables de salud de los barrios, a los cuales no se les ha dado atención permanente también ha existido la coordinación con AMMLAE que ha apoyado las actividades relacionadas con las parteras, de igual manera se ha tenido relación con el MED, quienes han aportado brigadas de maestros e las actividades de vacunación y de higiene del medio.

La coordinación con otras instituciones se hace coyunturalmente con el MED con algunas empresas como el Ferrocarril, Texnica, Cepaa, Cervecaría Victoria y SINAFORD. La gestión del trabajador se ha visto afectada debido a que no existe un sindicato de FETSALUD completamente estructurado y sus principales dirigentes han tenido dificultades para poder cumplir con las tareas sindicales, sin embargo se ha logrado algún nivel de participación en el proceso de gestión y en la incorporación de los trabajadores en tareas planteadas de manera coyuntural, un logro destacado ha sido la participación de una brigada de cumplidores en diferentes tareas que se le han planteado.

El sindicato ha participado permanentemente en el análisis de la situación de los trabajadores que han planteado sus renunciaciones.

Recursos del Sector

El Centro de Salud Francisco Buitrago administra los recursos propios y los recursos del P/S Gabriel Cardenal, la clínica Roberto Clemente administra sus recursos de manera independiente (Anexo No.8).  
(Ver Cuadro 28 y 29).

CUADRO No.28

Recursos Médicos y de Enfermería Area 5-7, Año 1988. Región III.  
 Centro de Salud Francisco Guitrigo y P/S Gabriel Cardenal.

TIPO DE RECURSOS	NUMERO	HORAS CONTRATADAS/DIA
Médicos Generales	7	8
	2	7
	1	6
	1	2
Médicos en S.S.	4	8
Médicos en S.S. Admón.	1	8
Médicos Espicialietas		
Ginecólogo	3	8
Admón y Salud	1	4
Pediatría	1	8
Tisiólogo	1	8
<u>Enfermería</u>		
Enf. Administrativa	1	8
Enf. Docentes	1	8
Enf. Generales	4	8
Aux. de Salud	24	8

Fuente: R.R. H.H. Ar. 1-7

El Centro de Salud Francisco Guitrigo tiene 110 trabajadores activos de los cuales 60 son profesionales y técnicos .

Tomando en consideración el total de médicos en S.S. generales y Especialistas contratados por 8 horas al día, el área cuenta con un total, de 26 médicos. Para una relación de 3 médicos por 10.000 hab., en los países subdesarrollados la relación se aproxima a 1 médico por 50.000 hab.

La relación del personal de Enfermería (Auxiliar y Enfermeras), tomando en cuenta el total de 24 personas de 4.3 por 10.000 hab. en los países subdesarrollados la relación se aproxima a 1 por 10.000 hab. En el caso particular del área algunos médicos por su edad avanzada y otros ocupan cargos administrativos.

La Clínica Roberto Clemente cuenta con el siguiente personal.

CUADRO No. 29

<u>TIPO DE PERSONAL</u>	<u>NUMERO</u>	<u>HRS CONTRATADAS/DIA</u>
Médico General	1	8
Pediatras	2	8
Pediatras	2	6
<u>Enfermerías</u>		
Enfermeras Profesional	1	8
Auxiliar de Enfermería	7	8
Farmacéutico	1	8

Fuente: RR HH Area 5-7

### Recursos Materiales

En el área de salud la obtención de los recursos se realiza mediante requisas enviadas a los almacenes centrales del MINSA para la obtención de productos centralizados y de manera directa en diferentes lugares de abastecimiento mediante compra directa.

El producto más crítico para su obtención y por sus costos durante el año fueron el aplicador de algodón. A lo interno de las unidades, estas hacen solicitud de los materiales que se necesitan a la administración los cuales son obtenidos de acuerdo a la demanda que existe de los mismos.

### Abastecimiento Técnico Material

La administración considera que el ATM durante el año 1988 fue bastante regular, los productos médicos y no médicos son solicitados al ATM regional, los medicamentos son solicitados por medio de requisas a COFARMA, el presupuesto para medicamentos aún están centraliza

Los productos críticos durante el año 1988 fueron principalmente.

1. Yodofilina (Uso enfermedades venereas)
2. Talco Simple, hubo dificultad para obtenerse en el Mercado Local.
3. Penicilina Procaina.
4. Diazepam

### Inversiones

Durante el año se realizaron reparaciones menores en el sistema eléctrico servicios higiénicos y otras obras menores, no se hicieron inversiones mayores en el área.

### Finanzas

Ha existido avances en la descentralización financiera. El principal aspecto descentralizado es el fondo de salarios. En el área se elaboran las nóminas y se realizan las contrataciones tomando como base el No. de personal activo y el No. de Vacantes.

Una de las limitaciones más sentidas es que diferentes unidades están funcionando como Empresas y por no haber clara coordinación hay situaciones problemáticas que se hacen difícil resolverlas por ejemplo, la empresa de mantenimiento y reparación de grupos si no existe la contrapartida presupuestaria lo que ha agudizado algunos problemas como son los equipos de laboratorio, Microscopio y Otros.



DISCUSSION

## DISCUSION

Las características económico-sociales, físico-geográfico, higiénico-sanitarios del Area de Salud 5-7 se puede representar de la siguiente manera:

Se pueden definir tres grupos poblacionales que de manera general están sometidos cada uno de ellos a condiciones similares, estos grupos son:

Zona Costera del Lago  
Asentamientos  
Barrios Tradicionales

### Zona Costera del Lago

La zona costera del Lago representa el 24.7% de la población (21.644) la cual se ve afectada de manera periódica por los efectos del invierno - que provoca serios problemas de inundaciones debido a la inexistencia de drenaje de aguas pluviales y de aguas servidas, posee condicionantes ecológicas que favorece la alta existencia de vectores principalmente de Aedes Aegyptis y el mosquito Anopheles, son estos barrios lo que presentan los mayores índices de incidencia de Malaria en todo el área y los más altos niveles de infectación de estos vectores; lo cual se ve agravado por la mala calidad de las viviendas que en su gran mayoría son de madera con una construcción artesanal, con mucho tiempo de ser construido y presentando gran deterioro en la construcción, lo que favorece el ambiente y facilita la proximidad (6 habitantes por vivienda) condicionando a su vez por el gran hacinamiento existente en las mismas.

Al mismo tiempo se presentan serias limitaciones en el abastecimiento de agua, donde la mayoría de la población se abastece de agua de pozo y puestos públicos y sobre los cuales no existe ningún tipo de control de parte del área de salud. En relación a la disposición de la basura, en la zona costera se ve agudizada la situación debido a que el sistema recolector tiene dificultades para desarrollar sus servi-

cios por el mal estado de las vías de penetración, además que la población no posee hábitos sanitarios adecuados, ni práctica sistemáticamente la recolección de basura en sus hogares en forma adecuada, al mismo tiempo tienen poca atención educativa departe del Area de Salud.

La situación de la disposición de excretas está determinada por la no existencia de sistema de alcantarillado en la mayoría de los barrios costeros, lo que nos orienta que se debe tener un mayor control sobre esta situación por parte del Area de Salud. Las acciones potenciales de salud deben ser orientadas de manera específica al control sanitario de los pozos de abastecimiento de agua, al control de la basura, al control de la disposición de excretas y residuales líquidos por parte del área de salud y de manera integral al desarrollo de actividades de educación sanitaria que permita a la población a adquirir mayor nivel de conocimiento sobre los principales problemas higiénicos sanitarios y lograr una mayor incidencia sobre el control de los mismos.

Es importante destacar que el nivel educativo de la población de la zona costera se ubica en el nivel de alfabetizados y educación primaria, al mismo tiempo la mayoría de la población desarrolla actividades laborales relacionadas con la agricultura principalmente desarrollando funciones de obreros agrícolas en diferentes lugares ubicados fuera del sector, lo que les da la característica de una población con alto grado de movimiento poblacional.

En este sentido el programa del control de enfermedades tropicales deberá priorizar a todos los barrios ubicados en la zona costera de modo tal que se mantenga un desarrollo permanente del conjunto de acciones que permita mantener la situación de la malaria y el dengue en los límites de seguridad. Deberán darse las mismas prioridades en los programas dirigidos al control morbilidad por E.D.

### Asentamientos

El grupo poblacional representa el 21.3% de la población (19.536 hab) que viven en los diferentes asentamientos. Los curules son afectado en el invierno por las lluvias que provocan serios problemas de inun

daciones y criaderos de vectores debido a que no existe sistema de drenaje de aguas pluviales, ni sistema de drenaje de aguas servidas. En el verano se ven seriamente afectados por el escaso abastecimiento de agua que es obtenido de los puestos públicos, las malas condiciones de vivienda y hacinamiento predispone a la población a ser afectada por diferentes problemas de salud, existe un alto porcentaje de viviendas de madera con piso de tierra en estado deteriorado.

En todos los asentamientos no existe una red domiciliar de agua potable teniendo que abastecerse la población de puestos públicos lo que representa el 21.6% de la población, lo que aumenta el problema de transporte, almacenamiento y manejo de la misma y los pocos hábitos higiénicos de la población para el uso adecuado del agua. Además se observa que el poco control del uso sobre las fuentes en los puestos públicos provoca una gran pérdida de agua y gran cantidad de charcas que favorecen las condiciones ecológicas para el desarrollo de los vectores principalmente el ANOPHELES y el AEDES AEGIPHTY.

Las acciones potenciales de salud se deberán orientar principalmente hacia el desarrollo de la educación sanitaria de la población, para lo cual se debe tener un alto grado de coordinación con los organismos sociales que hasta el momento no han podido lograr un mayor desarrollo en cada uno de los asentamientos.

La disposición de basura se realiza a través de sistema recolector de basura con mayor regularidad que en los barrios de la zona costera, aunque también existe cierto grado de dificultad, lo que impulsa a la población a depositar la basura en los cauces y a la creación de basureros clandestinos, siendo pocas las acciones de salud que se realizan a la disposición de parte del área de salud. La situación de la disposición de excretas está determinada por la no existencia de sistema de enterrillado en ninguno de los asentamientos, donde la mayoría de la población hace uso de letrinas, lo que nos orienta a realizar acciones destinadas al control, al mantenimiento de las mismas y control de fecalismo al aire libre. En este sentido las acciones potenciales deberán dirigirse a lograr una mayor integración de la población en las actividades de tipo sanitario y lograr una mayor rela-

ción y coordinación con la estructura organizativa de la Alcaldía Municipal.

El mayor porcentaje de la población de los asentamientos proviene de gente que en su mayoría habitaban algunos barrios tradicionales y que han buscado como ir organizando sus nuevos hogares, lo cual caracteriza que el nivel educativo se ubique educación primaria en la mayoría de la población y que algún porcentaje posean niveles más desarrollados

En cuanto a la ocupación de la población existe una gran variedad de tipo ocupacional que comprende desde obreros agrícolas, comerciantes ambulantes hasta algunos sectores profesionales.

### Barrios Tradicionales

El grupo poblacional representa el 53% de la población (46.166 hab.) que compone los barrios tradicionales que no están tan claramente condicionados por los factores que caracterizan los barrios de la zona costera y de los asentamientos, sin embargo los efectos del invierno no provocan problemas agudos en algunos barrios que se ven afectados por el cruce y un inadecuado sistema de drenaje de aguas pluviales.

En el verano las políticas de uso racional del agua afecta a la población ya que se presentan serios problemas principalmente por el manejo y almacenamiento de las mismas, lo que ha venido creando condiciones ecológicas favorables para el desarrollo de los vectores, en este sentido las acciones potenciales deberán dirigirse a elevar el nivel de información que debe poseer la población respecto a las variantes que plantean el uso racional del agua y al mismo tiempo lograr una mayor coordinación con INAA con el fin de disminuir los problemas que crea esta política.

En relación a la disposición de basura esta se realiza según la programación de la Alcaldía (2 veces por semana) los cuales poco a poco han ido aumentando su capacidad de cobertura. La disposición de excretas se realiza en la totalidad de los barrios mediante el sistema de alcantarillado. El más alto porcentaje de las viviendas están con

truidas de madera y de concreto, techo de zinc y piso de ladrillo.

El nivel educativo de la población presenta un mayor grado de desarrollo que se ubica en un rango desde educación primaria, secundaria y universitaria por lo que la actividad laboral es muy variada como obreros, obreros calificados, técnicos, profesionales y comerciantes.

Tomando en consideración el área en su conjunto desde el punto de vista integral ésta se caracteriza por poseer una población económicamente activa que corresponde al 54% de la población total con un índice de dependencia 84.8 un adecuado desarrollo de los centros de abastecimiento que permite asegurar la alimentación y diversos servicios. También posee gran cantidad de Centros Escolares (54) de los cuales 20 son pre-escolares, 24 Escuelas Primarias, 7 Secundarias y 3 Escuelas Técnicas, el 56% de la población escolar son del sexo femenino, ésta gran población escolar representa una gran fuerza de reserva para el desarrollo de actividades sanitarias colectivas.

El sistema de transporte con que cuenta el área nos indica que existe una adecuada accesibilidad a los servicios de salud.

Desde el aspecto político social existen numerosas agrupaciones gremiales, político religioso, así como seccional de partidos políticos, 8 Iglesias Evangélicas y católicas, las cuales representan para el área un enorme potencial de fuerzas de apoyo a las actividades sanitarias colectivas que hasta el momento no han sido suficientemente estimulados para que se integren a las distintas actividades de salud.

En cuanto al abastecimiento de agua y a su calidad se refiere, en la actualidad existe un nivel de control que abarca el 62% de la población, lo cual se puede considerar medianamente aceptable, no ocurre lo mismo con el control de los alimentos que existe una gran cantidad de manipuladores de alimentos para los cuales no hay ningún control, sanitario, al mismo tiempo que los centros sanitarios de control sobre centros de abastecimiento de alimentos, bodegas y supermercados tienen un nivel escaso de desarrollo, las acciones potenciales deberán

estar orientadas a considerar la gran población escolar existente en el área con el fin de lograr un mayor control sanitario sobre los centros - estudiantiles, se deberán establecer acciones que permitan alcanzar un mayor nivel de integración de importantes grupos sociales en la búsqueda de solución de la problemática de salud existente, siendo altamente necesario establecer acciones dirigidas a lograr una amplia participación de las radioemisoras que existan en el territorio estudiado.

## Estado de salud de la población

### Situación Demográfica

El Area 5-7 tiene una población de 87.446 habitantes con un porcentaje anual de crecimiento de 2.2 (valor nacional 3.3), se considera ritmo acelerado de crecimiento cuando rebasa el 2% anual, siendo uno de los elementos determinante la alta tasa global de fecundidad 139.3 x 1000 hab., existe un elevado número de mujeres en edad fértil 20.602 que represente el 23.6% del total de la población.

La distribución de la población es: Barrios tradicionales 52.8%, zona costera 24.8% y asentamientos 22.3%.

La extensión territorial es de 12 km. cuadrado, representa una densidad poblacional de 7.287 x km<sup>2</sup>, siendo la densidad poblacional regional de 316 hab. x km<sup>2</sup>. La tasa bruta de natalidad es de 26 x 1000 hab. y la tasa bruta de mortalidad de 3.9 x 1000 hab. estos valores están marcadamente afectados por sub-registros que afectan tanto la mortalidad como la natalidad.

La distribución de la población por grupo etáreo es: menor de un año 3.5%, de 1 a 4 años el 13.1%, de 5 a 14 años 26.7%, de 15 a 24 años el 44.5%, de 25 a 34 años el 8.6% y más años el 2.4%.

### Mortalidad

En el área se registró el total de 343 defunciones durante el año 1987, para una tasa bruta de mortalidad de 3.9 x 1000 hab. Del total de muertes intrahospitalarias 28 casos corresponden a Enfermedades Diarréicas y cólicas para una tasa de 32 x 1000 hab.

Por otra parte un análisis realizado en los meses de Enero a Julio indican que de 151 fallecimientos registrados en los Hospitales - 70 fueron niños menores de 1 año (46%) de los cuales 53 fueron menores de 1 día (35%), 49 fueron menores de 6 días (32.4%), lo que indica el gran porcentaje que tiene la mortalidad neonatal sobre la mortalidad infantil y espe-



ficamente el peso mayor lo representa mortalidad neonatal precoz, en el mismo análisis se observa que 71 fallecidos corresponden al grupo de edad mayor de 15 años.

Un cuadro comparativo de fallecimientos intrahospitalarios ocurridos de Enero a Julio que relaciona los años 1987 y 1988 muestra el aumento del número de fallecimiento en menores de seis días en un 57.1%. Otro análisis realizado sobre 159 muertes intrahospitalarias, señalan como primera causa de muerte la Septicemia con 24 casos de los cuales 15 fueron menores de 1 mes, en segundo lugar la EDA, con 14 casos de los cuales 10 son del grupo de Edad de 1 - 11 meses, lo que indica la influencia que tienen las condiciones del medio ambiente sobre las mismas, en tercer lugar los embarazos de pretérminos con 17 casos, además aparecen entre las primeras causas de mortalidad la insuficiencia renal aguda, la insuficiencia cardíaca congestiva, los accidentes cerebro vasculares, la tuberculosis pulmonar.

Los análisis en su conjunto orientan a dirigir las acciones para dar aseguramiento a las actividades de control prenatal, control post-natal, control higiénico-sanitario de la sala de R.N. y Pediatria de los Hospitales además orienta hacia un mayor control de las enfermedades crónicas dispensarizadas.

### Morbilidad

La morbilidad de acuerdo al número de consultas agrupadas por aparatos y sistema refleja como primera causa las enfermedades respiratorias agudas con una tasa de 321.7 x 1000 hab., la segunda causa son enfermedades del aparato genitourinario con una tasa de 238 x 1000 hab., tercer lugar lo ocupan las enfermedades de la piel con una tasa 107.2 x 1000 hab., además se destaca entre las principales causas las enfermedades del embarazo y puerperio con 11.4 x 1000 hab., la piel y tejido celular con una tasa 124.1 x 1000 hab. y la enfermedad del aparato circulatorio con una tasa de 43.4 x 1000 hab., otro aspecto importante sobre la importancia de educar a la población sobre la prevención de las enfermedades respiratorias, las

enfermedades de la piel sobre los grupos escolares y la importancia que adquiere el control del embarazo y puerperio, también se observa la importancia que tienen las enfermedades dispensarizadas y las lesiones traumáticas. Un cuadro comparativo de las END de 1987 y 1988 señala el salto de la Malaria del cuarto lugar en 1987 al primer lugar en 1988, con un aumento de un 100% en el número de casos, en segundo lugar se mantiene la Varicela en ambos períodos, en tercer lugar durante 1988 aparece la escabiosis y pediculosis presentándose un aumento considerable al igual que infecciones gonococcicas que ocupan el cuarto lugar durante 1988.

Las principales causas de END durante 1988 fue la Malaria con un tasa de  $3.12 \times 1000 \text{ hab.}$ , del total de 273 casos, 81 fueron importados (29.7%) un lugar importante lo ocupan la escabiosis y pediculosis con un total de 183 casos y una tasa de  $2 \times 1000 \text{ hab.}$ , siendo el 65.6% que corresponde a los menores de 15 años, lo que nos orienta mayor control sobre los grupos escolares en relación a este problema. La infección gonococcica ocupa el cuarto lugar que representa una causa importante de morbilidad para el área, ante lo cual en la actualidad no se tiene actividades de control integral.

Otro aspecto que representa suma importancia es la situación del Dengue durante 1987 no se reportaron casos de Dengue atendidos en el área, durante el primer semestre de 1988 tampoco se atendieron casos de Dengue pero entre Julio y Diciembre se atendieron 109 casos presuntivos de Dengue que corresponden al área; de los cuales 23 casos se les tomó la segunda muestra de sueros pareados, reportándose de estos 6 casos confirmados con Dengue Clásico, esta situación presenta una tendencia ascendente.

De las enfermedades inmunoprevenibles se registraron 8 casos de Sarampión para una tasa de  $0.09 \times 1000 \text{ hab.}$ , durante el año 1988, Tos Ferina 2 casos con una tasa de  $0.02 \times 1000 \text{ hab.}$ , y Tétano 1 caso con una tasa de  $0.01 \times 1000 \text{ hab.}$ , todos los casos de enfermedades inmunoprevenibles fueron presuntivos.

En cuanto a las acciones potenciales relacionadas con la situación de morbilidad podemos plantear que se debe dar un aseguramiento al control de la EDA, ERA, mediante las acciones de educación sanitaria y la par

ticipación de la población en acciones que permitan disminuir las -  
malas condiciones higiénicas, además de asegurar la priorización de  
los recursos humanos y materiales en la consulta pediátrica y en la  
URD también se debe fortalecer el control del embarazo y puerperio.  
Tomando en cuenta la importancia que representa las infecciones gono-  
cicas hay que valorarla posibilidad de desarrollar acciones integra-  
les sobre las enfermedades de transmisión sexual ya que existen de-  
terminados lugares ubicados sobre la carretera Norte de donde pro-  
viene una cantidad considerable de casos.

La escabiosis y pediculosis ocupan el segundo lugar de las ENO. nos  
señalan que se deben dirigir acciones integrales hacia las mismas -  
como las cuales pudieran iniciarse por los grupos escolares. Por la  
importancia que representan las enfermedades crónicas tanto en la  
morbilidad como en la mortalidad se debe lograr un mayor desarrollo  
en la atención a pacientes dispensarizados lo cual debe ser integral  
debiendo tener un gran peso la participación del trabajo social y  
docencia.

Siendo la malaria la principal causa de morbilidad notificadas por  
ENO se debe dedicar principal atención a la organización y coor-  
dinación a las actividades a desarrollar en el área de salud, lo que  
incluye un control integral por parte del responsable de Epide-  
miología, la dirección y un conocimiento permanente de la situación  
por parte de todo el personal de salud, de igual manera todo lo an-  
terior debe considerarse para enfrentar el problema del Dengue.

### Invalidez

El único registro existente de invalidez corresponde a los pacientes  
de los cuales existen en el área 94 casos de incapacidad para una -  
tasa de  $1.07 \times 1000$  hab. el mayor número de incapacidad por causa  
de guerra es la que afecta a miembros inferiores (77%) en segundo  
lugar la incapacidad de miembros superiores con 27 casos (18%) en -  
tercer lugar lo ocupan las lesiones oculares con 10 casos y la inca-  
pacidad mental con 7 casos. Se puede destacar de la parte del  
área de salud no existen ningún tipo de control ni seguimiento sobre  
los casos de invalidez, la atención que brinda a los mismos es por  
libre demanda.

## Servicios de salud

Tomando en cuenta la población por grupo de edad y las consultas médicas realizadas durante el año, se observa que el grupo menores de 5 años presenta el 16.7% de la población total le corresponden el 27.4% del total de consultas, el grupo de 15 años y más representa el 56.5% de la población y le corresponde el 59.5% del total de consultas. En las consultas dadas por grupos etareas, en la atención al niño, el control a los desnutridos y en la URD se observa un aumento en las consultas al niño menor de un año, que oscila 10 - 20%, PRINCIPALMENTE EN LAS PRIMERAS CONSULTAS existiendo un claro descenso en las consultas subsiguientes en los niños de 1-5 años, lo que indica que se debe realizar una mayor captación y principalmente un mayor seguimiento en los controles subsiguientes.

Como síntesis podemos señalar algunos aspectos importantes que indican la existencia de una baja capacidad organizativa para enfrentar el problema de las EDA como lo es el hecho de que no exista en el Centro de Salud un funcionario que clasifique pacientes, al mismo tiempo que el flujograma del paciente con diarrea no está adecuado para responder de acuerdo a la importancia del problema, a esto se suma la actitud del personal de Admisión y otras disciplinas que se relacionan con el problema no favorecen la priorización del paciente diarreico, por ejemplo el personal de Admisión se siente presionado por la actitud de algunos médicos, que se orienta a "secar tabaco", no considerando la situación clínica de salud de manera integral, además el microclima de la URD es inadecuado (calor, ventilación, ruidos), existiendo también un bajo nivel de actualización y aplicación de normas de rehidratación oral, una escasa coordinación de la URD con otras disciplinas como CCD, DN, Trabajo Social, el seguimiento al paciente de la URD no es efectivo. En general el abordaje del problema de las EDA se orienta más a lo asistencial que a lo preventivo, hecho que se relaciona con el mal manejo de la diarrea como emergencia en los domicilios.

En cuanto a las inmunizaciones, se observa una clara disminución en tanto niños aplicados y niños inmunizados respecto al año 1985, existiendo un balance positivo en el número de dosis aplicadas o niños inmunizados con la vacuna Anti-sarampión, esta situación la

podemos relacionar con el escaso trabajo realizado para lograr el apoyo de los organismos de masa y otras instituciones, y así obtener un mayor aprovechamiento en acciones de salud permanentes hacia la comunidad.

En la atención a la Mujer se observa un leve aumento en la mayoría de las actividades realizadas aunque existe un mayor número de control -- Pre-Natal hay una disminución del Control del Puerperio en un 6% en el año 1988. En cuanto a partos se refiere, de los 2265 nacimientos ocurridos en el año, el 86% corresponden a partos hospitalarios, siendo el Bertha Calderón quien atendió el 63% del total de nacimientos. Los programas que brindan atención a la Madre y al Niño, son los que presentan en el área un mayor desarrollo y cumplimiento, sin embargo es necesario mencionar aspectos que deben ser considerados como la mala calidad de la captación ya que existe una deficiente priorización en la admisión, la cual a su vez está condicionada por la actitud de algunos médicos orientada a "sacar tarea"; existe un bajo porcentaje de cumplimiento en los controles prenatales subsecuentes, principalmente en el segundo y tercer trimestre, además no está organizada de manera efectiva el seguimiento a grupos de riesgo por medio de la visita domiciliar, existe poca coordinación con otras disciplinas como admisión y trabajo -- social. También debemos señalar que los recursos humanos son limitados, lo que dificulta realizar una atención más integral en el programa al mismo tiempo que hay escases de estetoscopio, centímetro y otros materiales. En general la atención está más orientada a lo asistencial que a lo preventivo, lo que se relaciona con el hecho de que el mayor porcentaje de la atención brindada es por libre demanda y el trabajo con las parteras presenta una tendencia a disminuir en cantidad y calidad.

### Enfermedades Tropicales

La Malaria y el Dengue representan para el área vital importancia, en cuanto a la Malaria el programa de ACEM ha tenido una mínima integración a las actividades del centro y puestos de salud, existiendo por medio un débil desarrollo de la coordinación y organización con el equipo de dirección del área y un mínimo desarrollo de la educación continua integrada al área de salud, además que el personal de ACEM no maneja la problemática de manera integral y oportuna, existiendo baja -

cobertura y una alta rotación de personal, sumándose a dificultades en el abastecimiento de insumos (lancetas, insecticidas) en tiempo y forma, a lo que podemos sumar que hay un insuficiente desarrollo de la estrategia de estratificación para dirigir acciones a la población de mayor riesgo y racionalizar el uso de los recursos.

El programa Anti-Aedes posee algunas características similares al de ACEM, sin embargo se destacan también aspectos que le son particulares como es que las acciones del control del vector no se han podido regularizar con la periodicidad requerida, existiendo un bajo cumplimiento de las actividades programadas, sobre lo cual se puede agregar que el insuficiente equipo de transporte dificulta las acciones programadas principalmente contra el mosquito adulto. También podemos señalar que existen limitantes entre los aspectos organizativos del programa, en el cual los trabajadores desconocen la situación integral en la cual están inmersos, además existen alta rotación del personal, agravada debido a que no se cumple con el pago oportuno a los trabajadores y la inexistencia en la actualidad de incentivos a los mejores trabajadores. Por otra parte aparece como un elemento importante el hecho de que aún no se ha ido desarrollando la implementación del código o Ley Sanitario, lo cual vendría a dar un mayor respaldo a las actividades planificadas por el programa. Un ejemplo que orienta sobre la necesidad de implementar la ley sanitaria lo constituye el hecho de que los 109 casos presuntivos de Dengue se les tomó la primera muestra de sueros pareados, habiendo regresado solo 23 pacientes a tomarse la segunda muestra a pesar de los enormes esfuerzos hechos por los trabajadores para tratar de que los pacientes tuvieran una actitud correcta ante el problema. Además en el terreno existen pobladores que realizan actividades contrarias a las indicaciones dadas por el personal para la lucha contra el vector.

En cuanto a laboratorio y rayos equis (Rx) existe un aumento en las actividades realizadas, con un polivariado del 118% en Laboratorio, sin embargo existió durante el año, problemas por limitación de personal y la organización del trabajo. El número de placas de Rx tomadas se incrementó tomando en cuenta la incorporación de un equipo que se encontraba en mal estado. Las actividades del trabajo social seña

le un bajo cumplimiento en la atención de casos y en estudios sociales, el trabajo se ha caracterizado por la poca coordinación existente entre algunos programas y trabajo social como lo son dispensarizados, promoción y educación en salud.

Las actividades de promoción y educación en salud estuvieron dirigidas principalmente a educación popular, logrando muy poco desarrollo los aspectos de educación continua del personal, existiendo serias limitaciones en cuanto a la planificación y coordinación de las actividades de docencia.

El programa de dispensarizados contó con 385 pacientes promedio del cual la mayoría son hipertensos, diabéticos, la escasa coordinación del programa con trabajo social, docencia, hacen tener poco control sobre este tipo de pacientes, la misma situación de baja coordinación se da con el programa de control de TB, el cual se presenta estable en cuanto a sus actividades principales, pero no hay coordinación para un trabajo en equipo tanto con trabajo social como con Docencia y Educación Popular.

El control de la Rabia y eliminación canina tuvo un cumplimiento del 50% de las vacunaciones programadas, viéndose afectada principalmente por la escases de vacuna coordinación con el equipo de apoyo a las actividades. El resto de las actividades sanitarias se ven afectadas debido a series limitaciones relacionadas con la planificación, coordinación y programación, observándose bajo porcentaje de cumplimiento en la mayoría de las actividades.

En general las actividades de las distintas unidades y programas se orientan principalmente a atender a demanda espontánea de servicios en los centros, puestos de salud y casa base, existiendo un mínimo desarrollo de las actividades de terreno de manera coyuntural, esto expresa en que no hay una atención programada y sistemática dirigida a atender los barrios o sectores, ni existe una integración amplia del personal de salud en la comunidad.

## Organización de Red Servicios

Dos de los tres centros de atención se encuentran en buenas condiciones para su funcionamiento, siendo el tercero, el Puesto de Salud Gabriel - Cardenal el que presente malas condiciones ambientales para el desarrollo de las actividades.

En cuanto a la priorización de los barrios este ha sido principalmente nominal, no habiéndose desarrollado una priorización práctica de acuerdo a necesidades de cada uno de ellos ya que la atención se ha brindado de acuerdo a la demanda en los centros de atención.

La relación del centro de salud con otros hospitales se ha dado principalmente con el Hospital Bertha Calderón y Hospital Manuel de Jesús Rivera, desde los cuales los pacientes no traen contra-referencia, la relación con otro tipo de institución hospitalaria no ha tenido ningún desarrollo.

El desarrollo institucional tiene la característica de no haber una coordinación entre las unidades de salud bajo una misma estructura organizativa, incluso el financiamiento de la Clínica Pediátrica Roberto - Clemente es bajada directamente de la Regional. Hay poco desarrollo de los sistemas de supervisión a lo interno de los servicios de salud, las evaluaciones se hacen principalmente a través de JAP y Comités Técnicos, no habiéndose alcanzado lograr un grado de desarrollo tanto de la supervisión como de las evaluaciones en cada una de las unidades o servicios que funcionan en el área. La coordinación con otras instituciones se han hecho de manera coyuntural.

La gestión de los trabajadores se ha visto afectada principalmente - debido a que ha podido estructurar una junta directiva que asuma su responsabilidad de manera continua por lo que solamente se ha dado repuestas a tareas de manera coyuntural.

En cuanto a los recursos humanos una parte son administrados por el centro de salud Francisco Buitrago y la otra parte por la Clínica - Roberto Clemente, el personal médico en cantidad es suficiente pero



sin embargo algunos médicos son de edad avanzada y otros están contratados de manera parcial lo cual hace más difícil la programación de las actividades. El personal de enfermería es suficiente para mantener un nivel de desarrollo de los programas, igual que el personal médico existen trestrabajadores Auxiliares de Enfermería de edad avanzada que se ubican en actividades con menos exigencias de trabajo.

El personal de Higiene del Medio está compuesto de cinco técnicos B - de los cuales uno se desempeña como coordinador, por lo cual se considera que cuenta con un personal adecuado en cantidad, el resto del personal tanto de servicio intermedio y de apoyo cuentan con cantidades adecuadas que permiten un nivel aceptable en el cumplimiento de las funciones asignadas.

En la organización del trabajo del Centro de Salud Francisco Buitrago se debe destacar que durante todo el año la atención al público con respecto a los programas es realizada concentrándose durante la mañana, observándose por la tarde una mínima demanda de atención sobre los mismos.

En cuanto a los recursos materiales durante el año existió un adecuado abastecimiento de los insumos, presentándose como producto crítico para su obtención los licitadores de algodón. El abastecimiento técnico material se mantuvo en forma regular presentándose problemas con algún medicamento como Y-Lorfidán, Penicilina Procaínica y Diazepam.

Las inversiones solamente se realizaron en pequeñas actividades de reparación del sistema eléctrico, servicios higiénicos y otras obras menores. Existe un avance en el desarrollo de la descentralización financiera como lo es el fondo de servicio lo que permite la elaboración de nóminas y la contratación del personal de acuerdo a las principales necesidades, el principal problema se presenta en los fondos para mantenimiento, ya que el costo del mantenimiento de los equipos se mantiene centralizado en función de como una empresa.

## SELECCION DE PROBLEMAS

A partir del análisis y discusión de los resultados se seleccionaron los siguientes problemas terminales de salud:

- 1.- Malaria
- 2.- Dengue
- 3.- Mortalidad Neonatal
- 4.- Morbi-mortalidad por E.D.A.
- 5.- Escabiosis y Pediculosis
- 6.- Enfermedades de transmisión sexual
- 7.- Tuberculosis
- 8.- Enfermedades del Embarazo y Puerperio
- 9.- Enfermedades crónicas.

PRIDRIZACION DE PROBLEMAS

A los 9 problemas catalogados como finales o terminales se procedió a la priorización de éstos, aplicándoles dos métodos:

(A) Método de la parrilla

(B) Método CENDES/ D.P.S.

PROBLEMAS	PARRILLA		CENDES/DPS		VULNERABILIDAD	..COSTOS	ORDEN DE PROBLEMAS	
	VALOR	ORD.	MAGNITUD	TRAS CEND.				
Malaria	1	I	7	8	8	0	V.T.	
Dengue	9	IV	7	6	8	1	23	2
							22	3
M. Neonatal	3	II	7	9	5	2	23	2
M.M. EDA	1	I	9	10	7	1	27	1
Escab. y Pediculosis	10	V	5	4	5	3	18	5
T.B.	10	IV	5	5	7	2	19	4
ETS	9	V	4	5	6	3	18	5
Embarazo y Puerperios	6	III	6			2	19	4
Enfermedades Crónicas	12	VI	3			2	16	6

.. 0 - Altísimo (Costos)

1 - Significativo

2 - Moderado

3 - Bajo

Según los distintos métodos aplicados la priorización es la siguiente:

### Método de Parrilla:

- I - EDA, Malaria
- II - Mortalidad Neonatal
- III - Enfermedades Embarazo Puerperio
- IV - Dengue, TB
- V - Escabiosis y Pediculosis, ETS
- VI - Enfermedades Crónicas

### Método GENES/DPS

- I - EDA
- II - Malaria, Mortalidad Neonatal
- III - Dengue
- IV - TB Enfermedades Embarazo y Puerperio
- V - Escabiosis y Pediculosis, ETS
- VI - Enfermedades crónicas

### Priorización en el Area de Salud

Luego de analizar la priorización que orientan los métodos antes - descritos y en conjunto con la Dirección del Area, se determinó establecer como principales problemas de salud priorizadas las siguientes:

- 1.- EDA
- 2.- Malaria
- 3.- Mortalidad Neonatal
- 4.- Potencial Epidemia de Dengue

## EXPLICACION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

Luego de haber definido los principales problemas terminales de salud y haberles aplicado técnicas para su priorización es que a partir de los resultados obtenidos en el estudio, realizamos el análisis de cada uno de los problemas priorizados para poder ubicar los diferentes aspectos que explican los problemas, de tal manera que nos permita elaborar una red causal de los mismos. Es así como el bajo nivel educativo de la población, características culturales propias, el elevado crecimiento poblacional, la política del uso racional del agua, -- las malas condiciones socio-económicas y el bajo nivel de vida de -- amplias capas de la población así como la crisis económica y la economía de sobrevivencia, pueden ser ubicadas a nivel de las reglas que determinan el problema de la enfermedad diarreica aguda en el Area de Salud.

Determinados por las reglas antes mencionados es que las capacidades de reproducción social del área (acumulación) han desarrollado las siguientes características: existe un bajo nivel educativo sanitario en la población, a la vez que no se han utilizado de manera sistemática y programada los medios de comunicación social y otras formas de divulgación, el deterioro del ambiente higiénico-sanitario, que se ha acentuado principalmente en la costa del Lago y en los asentamientos, existiendo serias dificultades en el abastecimiento de agua, alcantarillados, acúmulo de basura y la elevada proliferación de vectores.

Otras acumulaciones son la baja capacidad organizativa del equipo de dirección del área para enfrentar el problema de la EDA, a lo cual se agrega un bajo nivel de desarrollo de la educación continua, orientadas hacia el problema. Un aspecto muy importante es el nivel de incorporación de otras instituciones como la Alcaldía, el ICB, diferentes empresas y organizaciones de masas como los CDS, FES, etc. lo que se corresponde con un bajo desarrollo del trabajo de terreno, como ejemplo está la creación de puestos médicos, los cuales no han permitido un desarrollo organizativo.

Estas acumulaciones anteriormente señaladas se han venido expresando en la realidad del área de salud, en hechos como: la existencia de una gran cantidad de vectores como el mosquito de ANOPHELES y AEDES, principalmente en la Costa del Lago y en los Asentamientos.

Al mismo tiempo que la población continua consumiendo agua y alimentos contaminados, a la vez que esta misma no hace uso adecuado de los recursos alimenticios de sustitución que existen en el país, ejemplo los granos de soya. Además se observa el bajo nivel organizativo de la atención al niño con diarrea, no existiendo la clasificación de los pacientes, el flujograma del paciente diarreico no responde a las exigencias que el problema amerita, además que el personal que se relaciona con este tipo de pacientes, no maneja un claro conocimiento e importancia del problema, en forma integral, otro aspecto organizativo son las limitadas condiciones que presenta el microclima de la URO, el bajo cumplimiento y manejo actualizado de las normas, la escasa coordinación de la URO en otras disciplinas como C.C.D.; DN, trabajo social, a la vez que no existe un adecuado seguimiento del paciente diarreico. Además existe un claro predominio del abordaje del problema orientado mucho más a lo asistencial que a lo preventivo, lo cual se refleja claramente en el inadecuado manejo por parte de la población, del problema de la EDA como emergencia en el domicilio, lo que también se refleja en que una gran cantidad de niños llegan a solicitar servicios en los hospitales con más de cuatro días de diarrea.

Las determinantes que hasta aquí se han señalado, se expresan en la alta mortalidad por EDA que existe en el Área, en 1988 murieron 28 niños menores de 5 años por diarrea en los hospitales lo que representa una tasa de 1.9, lo cual mantiene una tendencia ascendente. (1.9 x 1000 niños menores de 5 años).

Además la EDA se mantiene como una de las principales causas de mortalidad con una tasa de 1.9 x 1000 niños menores de 5 años, observándose un aumento considerable de consultas en los hospitales en 1987 y 1988, (Ver red explicativa Anexo No. 9).

La presencia del Lago de Managua, las migraciones poblacionales, la verticalidad del programa ACEM aparecen como las principales causas determinantes (reglas) que sumadas a las mencionadas en el problema anterior, le otorgan características propias al problema de la Malaria en el Area de Salud.

Estas principales causas determinantes han permitido que el desarrollo a las capacidades de reproducción social (acumulaciones) orientadas hacia el problema de la Malaria, sumadas a las pertenientes del problema anteriormente señalado se caractericen por: la existencia de un alto grado de hacinamiento y malas condiciones de la vivienda en un 50% de la población del área, la alta rotación del personal de ACEM el mínimo desarrollo de la coordinación y organización con el equipo de dirección del área y el insuficiente desarrollo de la estrategia de estratificación para dirigir las acciones a la población a mayor riesgo y racionalizar el uso de los recursos.

Todo lo cual aparece representado en el área (hechos) a través de una enorme presencia de plantas en la Costa del Lago y la inexistencia de drenajes, la presencia de una elevada cantidad de mosquitos Anopheles y Aedes, infectados con plasmodium vivax y falciparum, una actitud negativa de la población hacia las acciones del programa de ACEM, como son la destrucción de criaderos, fumigación intradomiciliar y medicación antimalárica.

También se observa una baja cobertura del programa de ACEM, no hay un adecuado abastecimiento de insumos básicos (Lancetas, insectidas) poca cantidad de personal para cubrir las actividades planificadas, el personal no conoce la problemática de manera integral en tiempo y forma, hay una mínima integración del programa en las actividades del centro de salud.

Todo este cuadro de determinantes dan como resultado el aumento de los casos positivos de Malaria, de 141 en 1987 a 273 en 1988 para una tasa de 1.6 y 3.12 por 1000 hab., respectivamente, además la Malaria ocupó durante el año 1988 el primer lugar de los casos de

enfermedades de notificación obligatoria y su tendencia es ascendente (ver Red explicativa Anexo NO. 10)

Los servicios hospitalarios que prestan atención al parto sonortan una demanda tensionante, sumada a las principales causas determinantes señaladas en los problemas de salud anteriormente descritos y que le sean pertinentes, han permitido que las capacidades de reproducción social (acumulaciones) orientadas hacia el problema de la Mortalidad Neonatal, tengan las siguientes características propias que se suman a las acumulaciones que le son pertinentes y que mencionaron en los problemas anteriores, como es: el deterioro de la situación alimentaria nutricional, un bajo nivel organizativo del programa Materno Infantil, existiendo poca supervisión, no hay JABAs, deficiente coordinación con otras disciplinas. El trabajo del terreno no es suficiente en las acciones preventivas dirigidas a reducir los factores del riesgo como: partos recientes en adolescentes y en grandes multiparas, no hay una adecuada articulación entre los puestos médicos y el centro de salud, existiendo insuficiente sistematización y seguimiento al trabajo en las parteras, siendo además insuficiente la red de medios diagnósticos básicos.

Fuera del ámbito de acción del área de salud (espacio general) podemos ubicar las siguientes acumulaciones, la deficiente calidad de la atención institucional del parto, entre lo cual se encuentran deficientes condiciones higiénico-sanitarias en los centros de atención en hospitales obstétricas. No existe articulación en el área de salud de forma que no se cubren adecuadamente los factores de riesgo y existe una deficiente atención al recién nacido (parto institucional) tanto en relación a los recursos humanos (calidad, cantidad) como a los recursos materiales e infraestructura que le son asignados.

Este grupo de acumulaciones tienen su expresión en la realidad en el área (hechos) que se caracterizan por una actitud negativa de la población respecto al aprovechamiento de los recursos alimentarios existentes, una baja conciencia de la población respecto al aprovechamiento del control Pre-natal subsecuente, principalmente en el segundo y tercer trimestre del embarazo, no está organizado el seguimiento



grupos de riesgo mediante la visita domiciliar, existe una mala calidad en la captación, una deficiente priorización, en la admisión, condicionada por la actitud de los médicos orientada a "sacar tareas" no asumiendo la situación de manera integral.

Además existe una baja coordinación con otras disciplinas como admisión trabajo social, al mismo tiempo que la atención está dirigida principalmente hacia lo asistencial que hacia lo preventivo, ya que el mayor porcentaje de la atención se brinda por libre demanda, existiendo además recursos humanos de enfermería limitados y escases de materiales y equipo como estetoscopio, centímetros y otros.

Todas estas determinantes señaladas dan como resultado la alta mortalidad Neonatal en el área, de Enero a Julio de 1988, de 151 fallecidos en los hospitales 70 fueron menores de un año, de los cuales 53 corresponden a menores de un mes y de éstos 49 fueron menores de seis días, además se observa una acentuada diferencia en la mortalidad de niños menores de 6 días, ya que en 1987 se dieron 20 casos y en 1988, 49 casos de niños fallecidos (ver Red Explicativa Anexo No. 11)

Partiendo de las determinantes principales (reglas) que en los problemas anteriores hemos señalado y que le son pertinentes al problema de potencial incidencia de Dengue, es que podemos precisar el carácter que hay a los factores de capacidades de reproducción social (acumulaciones) relacionadas con este problema potencial, como lo es la escases de personal y la alta rotación del mismo, la insuficiente capacitación de los recursos humanos en la forma de educación continúa, deficiencias en aspectos organizativos del programa de Aedes, la no utilización de la capacidad diagnóstica instalada y falta de organización del flujo de envío de muestras, estas acumulaciones tienen su expresión en los hechos siguientes, existe una escasa lucha contra el vector y una actitud negativa por parte de amplios sectores de la población ante el uso de agua, la destrucción de criaderos entre lo cual existe el problema del contaminación de agua, sin aplicar las medidas preventivas necesarias, altos índices de infectación por el vector Aedes Aegypti, además existe gran número de personas susceptibles a las formas graves de presentación del Dengue, existe un bajo

cumplimiento de las actividades programadas, desconocimiento de la situación de manera integral por parte de los trabajadores del programa, además que no se cuenta con insumos disponibles de manera oportuna y el insuficiente apoyo del transporte para la ejecución de actividades como el rociado con máquinas Lecos.

Todos estos elementos analizados en torno al problema de una potencial epidemia de Dengue han dado como resultado elementos como que en 1987 no se presentaron casos presuntivos de Dengue reportados por END, en 1988 se reportaron 109 casos atendidos de los cuales a 23 se le hicieron la segunda toma de la muestra de sueros pareados reportándose de éstos 23 exámenes, 6 casos positivos con Dengue Clásico. Por otra parte durante el año de 1988 el área se situó en el tercer lugar de importancia de la Región III en alarma epidemiológica.

## SELECCION DE LOS NUDDOS CRITICOS

A partir de la explicación de los problemas de salud prioritizados, representada en la Red Causal de los Anexos 9, 10, 11, 12, podemos determinar que los principales Nudos Críticos son:

- 1.- Deterioro de las condiciones Higiénico-Sanitaria.
- 2.- Bajo Nivel de Educación Popular en salud y no utilización de los medios de comunicación social y otros métodos de propaganda.
- 3.- Deficiente integración de los Organismos de Masa y otras instituciones en el abordaje de los problemas prioritizados.
- 4.- Deficiente desarrollo de la Educación continua orientada hacia los problemas prioritizados.
- 5.- Bajo nivel organizativo de los programas relacionados con los problemas prioritizados.
- 6.- Poco desarrollo organizativo del trabajo en terreno relacionado con los problemas prioritizados.
- 7.- Insuficiente integración del trabajo de las parteras en el área.
- 8.- Alta rotación del personal de ACEM y AEDES.
- 9.- No se ha implementado el Código Sanitario (Ver Anexo No.13).

Podemos señalar que el listado de nudos críticos nos indica que los mismos están ubicados en diferentes niveles (reglas, acumulaciones, hechos) y en diferentes niveles (general, particular, general). Es así como el deterioro de las condiciones higiénico-sanitarias, el bajo nivel de educación popular y la no utilización de los medios de comunicación social y otros métodos de propaganda, la deficiente integración de los organismos de masa y otras instituciones en el

abordaje de los problemas priorizados, la no implementación del Código Sanitario, corresponden a un espacio general y claramente extrasectorial, que no están bajo la total dependencia administrativa y técnica del área de salud. Sin embargo, el área puede desarrollar acciones específicas orientadas a lograr un acercamiento en el abordaje de dichos nudos críticos.

Por otra parte el deficiente desarrollo de la Educación Continua orientada hacia los problemas priorizados, el bajo nivel organizativo de los programas relacionados con los problemas priorizados, el poco desarrollo organizativo del trabajo de terreno relacionado con los problemas priorizados, la insuficiente integración del trabajo de las parteras en el área y de alta rotación de personal de ACEM y AEDES, los podemos ubicar en el espacio particular correspondiente al área de salud y a la institución, lo cual nos indica que estos nudos críticos pueden ser abordados con toda capacidad técnica y administrativa que posee el área de salud.

Además al establecer la relación entre los nudos críticos con los principales problemas de salud (ver Anexo No.13), se observa que el bajo nivel de educación popular en salud y no utilización de los medios de comunicación social y otros métodos de propaganda, el deficiente desarrollo de la educación continua orientada hacia los problemas priorizados se relacionan (cruzan) con los cuatro problemas priorizados los cuales indica la mayor importancia que adquieren los mismos en relación a los otros nudos críticos.

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

- 1.- Las Enfermedades Diarréicas agudas, la Malaria, la Mortalidad Neonatal, y una potencial epidemia de Dengue constituye los principales problemas de salud del Área 5-7.
- 2.- El bajo nivel de Educación Popular en salud, y la no utilización de los medios de Comunicación y otros medios de propaganda, el deficiente desarrollo de la Educación continúa orientada hacia los problemas priorizados, el deterioro de las condiciones Higié-nico Sanitaria, el bajo nivel organizativo de los programas relacionados con los problemas priorizados, el poco desarrollo organizativo del trabajo de terreno y la insuficiente integración del trabajo de las Parteras en el área constituyen los principales Nudos críticos de la situación analizada.
- 3.- La EDA como problema de salud del Área presenta una alta mortalidad en niños menores de 5 años, su tendencia es ascendente, observándose un aumento considerable en el número de casos de morbi-mortalidad entre el año 1987-1988.
- 4.- La Malaria como problema de salud del Área ocupó el primer lugar en 1988 de los problemas de salud, su tendencia es ascendente registrándose en 1988 el doble de los casos notificados de 1987.
- 5.- La mortalidad Neonatal como problema de salud del Área, afecta principalmente a los niños menores de 6 días, presenta una tendencia ascendente, observándose un considerable aumento entre los años 1987-1988.
- 6.- Una potencial epidemia de Dengue como problema de salud en el Área, está relacionada con el hecho de que existe gran número de personas susceptibles a las formas graves de presentación de la enfermedad, al mismo tiempo que en 1987 no se reportaron casos presentados en el área, en 1988 se reportaron 109 casos presentados en el área, de los cuales fueron confirmados

6 con Dengue Clásico, presentándose una tendencia ascendente de la enfermedad.

- 7.- Aún cuando los factores físicos-geográficos e higiénico-sanitario inciden negativamente en la situación de salud, las formas y el nivel de desarrollo que han adquirido las Organizaciones sociales y económicas en cuanto a la participación en salud se refiere, limita la capacidad de intervención de la misma.
- 8.- La poca incidencia en el Estado de Salud de la Población es una expresión de la falta de efectividad de la Organización de los servicios de salud, al momento del estudio.
- 9.- Aún cuando se alcancen niveles satisfactorios mínimos en la eficacia del sistema, su orientación con predominio a lo asistencial inciden en el cumplimiento de las metas.

RECOMENDACIONES



## RECOMENDACIONES

1. Establecer convenios de colaboración mutua con las Radio-emisoras y otras instituciones o empresas.
2. Establecer un plan para la organización y desarrollo de la educación continua en el área.
3. Iniciar un análisis y discusión sobre la organización de los programas priorizadas en el área, para luego - elaborar un plan de desarrollo organizativo
4. Desarrollar el análisis de la territorialidad y la - relación intersectorial, con la comisión distrital.

Desarrollar programa de capacitación sobre la ley sani teria y su reglamento.

BIBLIOGRAFIA

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

1. Descentralización de los servicios de salud, informe final y documentos, tomo I y II, Buenos Aires, 1987.
2. Higiene Social y Organización de la Salud Pública, Edit. Mir, Moscú, 1986.
3. Higiene Social y Organización de la Salud Pública, Marley Ramos, Jorge Aldereguia, Edit. Pueblo y Educación 1987, MINSAP.
4. Informe sobre Análisis de la Situación de Salud ( ASIS ), Centroamérica y Panamá, diciembre, 1985.
5. Investigaciones de la Salud en la Sociedad, Jaime Breilm, Edmundo Aranda, La Paz Bolivia, 1985.
6. La Planificación Sanitaria, Reynal Pineault, Carole Develly, Agence Diari INC/Montreal.
7. Plan de Salud Trienal 1988 - 1990, MINSA- NIC.
8. Plan de Salud Trienal región III, 1988 - 1990, Managua, Nicaragua.
9. Planificación Estratégica Situacional, Carlos Matus, Caracas Venezuela.
10. Planificación Estratégica Situacional en los Sistemas Locales de Salud, ( 2da. versión ) Sonia Obregon, Eduardo Montilva.
11. Revista Cubana de Administración, Vol. 9, #3, Julio- Septiembre 1983.
12. Revista Cubana de Administración, Vol. 8, # 3, Julio - Septiembre 1982.
13. Revista Cubana de Administración, Vol. 1, # 2, Abril - Junio, 1985.

14. Revista Cubana de Administracion , Vol. 13, # 2, Abril- Junio, 1987.
15. Revista Cubana de Administracion, Vol. 13, # 3, Julio - Septiembre 1987.
16. Estadisticas de Salud, Edit. Puebla y Educacion, 1985, MINSAP.

ANEXOS

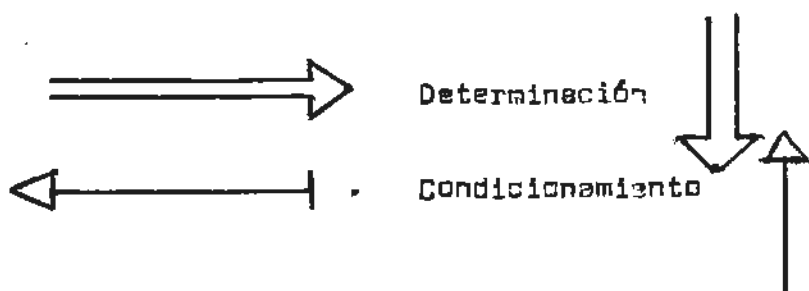
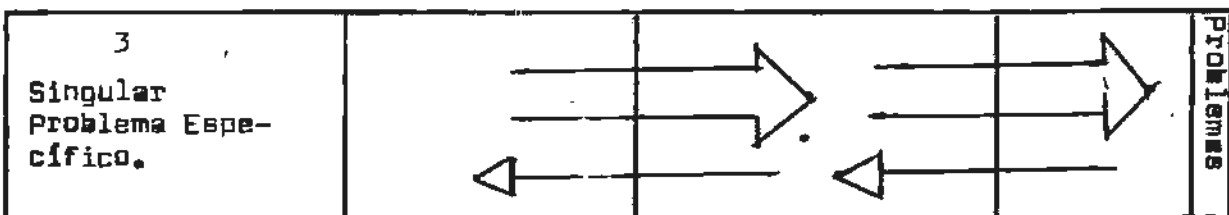
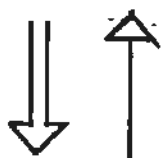
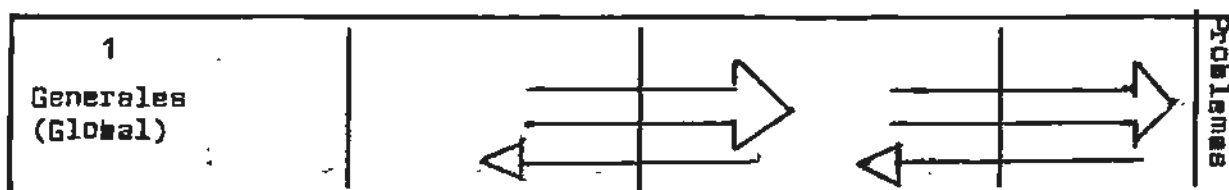
## A N E X O S

ANEXO I	Explicación del problema de salud.
ANEXO II	Método Parrilla.
ANEXO III	Método CENDES / OPS.
ANEXO IV	Población por Barrios, Sectores, Asentamientos.
ANEXO V	Datos Básicos de Centros Educativos.
ANEXO VI	Centros de Trabajos de Producción.
ANEXO VII	Principales Grupos Poblacionales
ANEXO VIII	Recursos del Area.
ANEXO IX	Red Causal EDA
ANEXO X	Red Causal Malaria
ANEXO XI	Red Causal M. Neonatal
ANEXO XII	Red Causal Dengue.
ANEXO XIII	Relación en Nudos Críticos con los principales Problemas.

A N E X O No.1

Explicación dinámica de los procesos de determinación de la Situación de Salud.

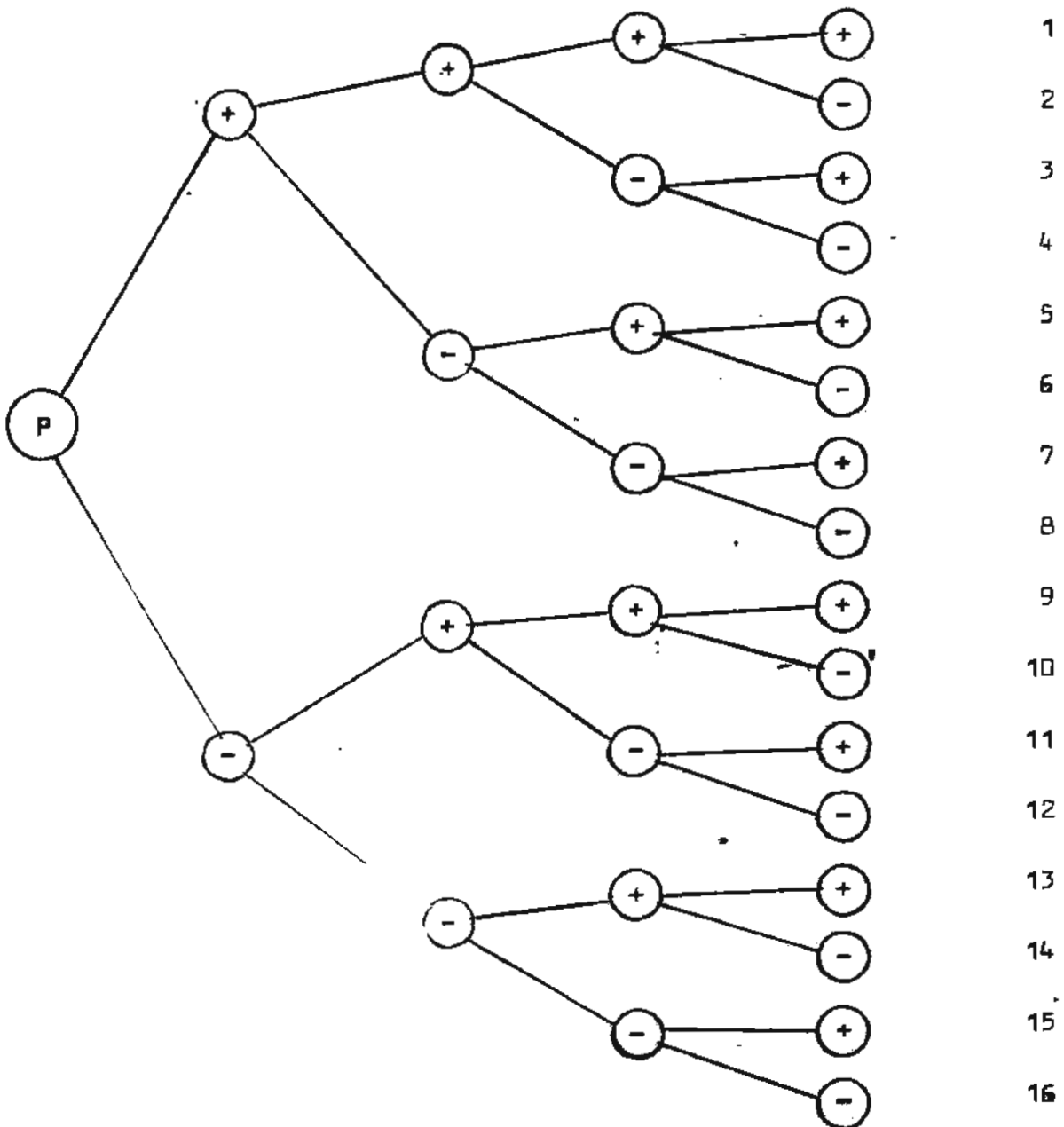
Planos			
Espacio (Determinación condicio- nante.)	A Principios Reglas y - Leyes	B Organizaciones Acumulaciones	C Flujo de Hechos.



A N E X O No.2

**Método de Parrilla de Análisis para la  
Determinación de Prioridades**

Problemas	Importancia del problema citado.	Relación demostrada entre el factor de riesgo y el problema.	Capacidad técnica - de intervención.	Factibilidad	Recomendaciones.
-----------	----------------------------------	--	--------------------------------------	--------------	------------------





A N E X O No.3

METODO CENDES/OPES  
PARA LA PRIORIZACION DE  
PROBLEMAS DE SALUD

(1,2,3, Valores de 0 a 10)

PROBLEMAS	(1) MAGNITUD	(2) TRASCENDENCIA	(3) VULNERA BILIDAD	COSTOS ..	ORDEN DE PRIORIDAD

- \*\*0 = Altísimo
- 1 = Significativos
- 2 = Moderado
- 3 = Bajo

ANEXO No.4

POBLACION POR BARRIOS, SECTORES Y ASENTAMIENTOS

AREA 5-7 REGION III 1988

SECTOR	BARRIO	NO.	POBLACION % DEL TOTAL
1	Hilario Sánchez	5.512	10.1
	Bo. Las Torres	3.363	
2	Bo. Benedicto	2.498	4.2
	Bo. Carlos Reyna		
3	Col. L. Rugama	480	5.1
	Bo. San Luis Sur	4.002	
4	Bo. Los Angeles	8.469	12.6
	Bo. Sto. Domingo	2.613	
5	Bo. 19 de Julio	7.403	11.7
	Col. Militar Blas	149	
	Real Espinales		
	Col. Oscar Pérez	417	
	Cassar		
6	Bo. Fco. Meza	4.117	6
	Bo. Oscar Turcios	1.111	
7	Bo. Jorge Dimitrov	8.454	9.7
8	Bo. Rigoberto López.	9.936	13.4
	Col. Managua	962	
9	Bo. Sn. José Oriental	4.581	
10	Bo. El Paraíso	4.115	
11	Bo. Larreynaga	2.177	
	Col. Tenderí	2.177	
12	Ciudad Jardín	4.023	
	Bo. Ramón Manrique	528	

Fuente: DECOPS Area 5-7

ANEXO No.5

DATOS BASICOS DE CENTROS EDUCATIVOS AÑO 1988.

AREA 5-7 REGION III

NOMBRE	TIPO	POBLACION		TOTAL
		FEMEN.	MASCUL.	
Romin Managua	CDI	-	-	-
Jorge Dimitrov	CDI	-	-	-
Ctro.Escolar España	Esc.Prim.	649	639	1.228
Ctro.Escolar Denis Polanco	"	318	296	614
Ctro.Escolar Tenderí	"	456	458	914
Ctro.Escolar Sinforo so Bravo.	"	227	266	543
Ctro.Escolar Guadalupe	"	159	273	432
Ctro.Esc.Raúl Fernández	"	155	139	294
Ctro.Esc.H.y M. Pantasma	"	105	90	195
Ctro.Esc. Oscar R.M.	"	540	391	931
Ctro.Esc. Rubén Darío	"	533	467	1.000
Ctro.Esc. José Tejada	"	146	172	318
Ctro.Esc. Heidi	"	95	76	171
Ctro.Esc. Club de Leones	"	33	28	61
Ctro.Esc.P.Evangélico	"	179	135	314
Ctro.Esc.P.Castillo	"	132	159	291
Ctro.Esc. Bautista	"	533	695	1.228
Ctro.Esc. Andrés B. Castro	"	25	15	40
Ctro.Esc. Compañía San Pablo.	"	49	53	102
Ctro.Esc. Adventista	"	110	125	235
T O T A L		4.509	3.839	8.348

Fuente Zonal del MED.

CONTINUACION DEL ANEXO No.5

DATOS BASICOS DE CENTROS EDUCATIVOS AÑO 1988

AREA 5-7 REGION III

NOMBRE	TIPO	POBLACION		TOTAL
		FEMEN.	MASCUL.	
Ctro.Esc.Sagrada Familia	Primaria	486	512	998
Ctro.Esc.Cristo Rey	"	605	-	605
Ctro.Esc. Loyola	"	419	546	965
Ctro.Esc.Marilac	"	576	457	1.033
Ctro.Esc.Agustiniano	"	437	536	973
Inst.Maestro Gabriel	Secundaria	2.393	1.461	3.854
Inst.Oscar René Mejía	"	724	425	1.149
Inst. Loyola	"	351	308	659
Colegio Bautista	"	588	408	996
Inst. Simón Bolívar	"	259	216	475
Inst. Andrés Castro	"	234	88	322
Inst. Pedro Castillo	"	125	65	190
El Exito	Técnica	-	-	-
Politécnica de Comercio	"	-	-	-
Andrés Castro	"	-	-	-
Recinto Univ.Carlos Fon- seca Amador	Superior	-	-	-
T O T A L		6.197	5.083	11.210

Fuente Zonal del MED

ANEXO No. 6

CENTROS DE TRABAJO DE PRODUCCION

AREA 5-7 REGION III

<u>N O M B R E S</u>	<u>RAMA PRODUCCION</u>	<u>TIPO</u>	<u>No. de Trabajadores</u>
TEXNICA	Ind. Secundaria	Estatal	1,543
NICATEX	"	"	132
El Caracol	"	"	130
El Vencedor	"	Privado	21
La Selecta	"	Estatal	307
Cervecería Victoria	"	Privado	895
Laboratorios LUCASA	"	"	124
Laboratorios AHLER	"	"	69
Jabonería América	"	"	21
Jabonería El Hogar	"	"	82
CEPAS	"	"	130
CONFAB	"	"	42
Aluminio Est.	"	"	31
CUANTISA	"	"	17
ENABAS Central	Ind. Terciario	Estatal	199
INE Planta Managua	"	"	<u>203</u>
TOTAL			3,945

Fuente: Hoja Censo del Censo Area 5-7

ANEXO No.7

PRINCIPALES GRUPOS POBLACIONALES

REGION III - 1988

AREA 5-7

<u>GRUPO POBLACIONAL</u>	<u>POBLACIONAL</u>
Niños menores de 1 año	3.471
Niños menores de 1 a 4 años	12.969
Niños menores de 5 años	15.978
Niños de 6 a 9 años	10.448
Niños de 5 a 14 años	25.249
<u>POBLACION FEMENINA DE 10 a 12 AÑOS</u>	3.453
Mayores de 15 años	46.626
Mujeres de edad fértil (15 a 44 años)	19.658
Mujeres de mayores de 15 años	23.635
Nacidos vivos esperados	3.894
Partos esperados	3.932
Embarazos esperados	4.364
Embarazos de alto riesgo	2.182
Nacidos con bajo y Pre-término	584
Niños desnutridos	12.759
Niños eutróficos	6.060
Niños Controles URO	4.705
Niños de 0 a 5 años	18.821

Fuente: Estadística Región III.

A N E X O No.8

Recursos Humanos del Area 5-7 sin incluir  
personal medico ni de enfermeria

1. - Puesto de salud "Gabriel Cardenal"

El personal activo es de 14 trabajadores, de los cuales nueve son profesionales, sin incluir medicos y enfermeras trabajan:

- farmacutico /uno/
- admisionista /dos/
- despachador de farmacia /dos/
- cajera /una/

2. - Clinica "Roberto Clemente"

Esta unidad posee su propia administraci3n, sin incluir personal medico ni enfermeria, trabajan:

- Farmaceutico /uno/
- Tecnico "B" de laboratorio /uno/
- Tecnico "C" de laboratorio /uno/
- Administrador /uno/
- Responsable de registros medicos /uno/
- Auxiliar de registros medicos /uno/
- Admisionistas /dos/
- Supervisora de limpieza /un
- Aseadoras /nueve/
- C.P.F. /tres/
- Almacen y suministros /uno/
- Responsable de bodega de farmacia /uno/
- Despachador de insumos medicos /uno/
- Cajera /una/
- Cardista /una/
- Operador de central de equipo /uno/
- Secretaria ejecutiva "B" /una/
- Secretaria comercial /una/
- Responsable de personal /una/

La plantilla total es de 43 trabajadores activos

3. - Centro de salud "Francisco Buitrago"

Cuenta con una plantilla de 110 trabajadores de los cuales 60 son profesionales y técnicos, sin incluir personal médico ni de enfermería, trabajan:

Laboratorio:

- Responsable de laboratorio /una/
- Técnicos "B" de laboratorio /dos/
- Técnicos "C" de laboratorio /tres/
- Ayudantes generales de laboratorio /tres/

Docencia y

- Educadora popular /una/

- Rayos X

- Técnicos de rayos X /dos/

- Estadísticas

- Responsable de estadística /una/
- Técnico "B" de estadísticas /una/
- Técnico "C" de estadísticas /una/

- Admisión

- Responsable de admisión /uno/
- Trabajadores de admisión /nueve/

- Farmacia

- Responsable de farmacia /una/
- Despachadoras de farmacia /seis/
- Cajera /una/
- Cardistas /dos/
- Contador /uno/
- Asesora de farmacia /una/
- Secretaria de farmacia /una/

- Trabajo social

- Trabajadora social coordinadora /una/
- Trabajadoras social /dos/

- Psicología

- Psicóloga /una/

- Higiene del medio

- Técnico coordinador /uno/
- Técnicos "B" de higiene del medio /cuatro/



- Aseo
- Supervisora de aseo /una/
- Aseadoras /dos/
- Cocina
- Cocineras /dos/
- Administración
- Administrador /uno/
- Responsable de personal /uno/
- Contador "B" /uno/
- Secretaria ejecutiva "B" /una/
- Secretaria "A" /una/
- Manejero /uno/
- Telefonista /una/
- C.P.F. /tres/
- Bodeguero /uno/

REGLAS	ACUMULACIONES	HECHOS	RESULTADOS
<p data-bbox="237 258 560 446">Patrón cultural y bajo nivel educativo de la población.</p> <p data-bbox="237 540 560 713">Elevado crecimiento poblacional.</p> <p data-bbox="237 807 560 964">Política de racionamiento de agua.</p> <p data-bbox="237 1027 560 1262">Crisis económica, economía de sobrevivencia, bajo nivel de vida de la población</p>	<p data-bbox="614 258 1067 368">Ambiente higienico-sanit. deteriorado.</p> <p data-bbox="614 384 1067 572">Bajo nivel educativo sanitario de la población e inadecuado uso de los medios de difusión y propaganda.</p> <p data-bbox="614 588 1067 682">Situación alimentaria nacional deteriorada.</p> <p data-bbox="614 697 1067 791">Baja capacidad de dirección del equipo del area.</p> <p data-bbox="614 807 1067 917">Bajo nivel de educación continua.</p> <p data-bbox="614 932 1067 1042">Bajo nivel de incorporación de los D. de Masa y de otras instituciones.</p> <p data-bbox="614 1074 1067 1183">Bajo nivel de desarrollo del trabajo de terreno.</p> <p data-bbox="614 1199 1067 1293">No hay implementación de la ley sanitaria.</p> <p data-bbox="614 1309 1067 1434">Baja capacidad organizativa para enfrentar la E.D.A.</p>	<p data-bbox="1131 258 1519 368">Elevada proliferación de vectores.</p> <p data-bbox="1131 384 1519 509">Ingesta de agua y alimentos contaminados.</p> <p data-bbox="1131 525 1519 650">Uso inadecuado de recursos alimentarios disponibles.</p> <p data-bbox="1131 666 1519 838">Bajo nivel organizativo de la atención al niño con E.D.A.</p> <p data-bbox="1131 854 1519 1011">Llegadas tardías de los casos graves a los hospitales.</p> <p data-bbox="1131 1027 1519 1230">Abandono del programa de vigilancia y control de la enfermedad por falta de preventiva.</p>	<p data-bbox="1563 274 1929 838">Es una de las principales causas de la morbilidad, presenta una tendencia ascendente, tasa de incidencia es de 81.6 X 1000 hab. en 1987. y 107.2 X 1000 hab. en 1988. Tiene un peso importante en la mortalidad, 28 casos de fallecidos en menores de 5 años 1988, presentando la mortalidad una tendencia ascendente.</p>

REGLAS	ACUMULACIONES	HECHOS	RESULTADOS
<p>Patrón cultural y bajo nivel educativo de la población.</p> <p>Presencia del lago de Managua.</p> <p>Elevada migración poblacional.</p> <p>Política de racionamiento de agua.</p> <p>Verticalidad del programa con supuesto centralizado.</p>	<p>Deterioro de las condiciones higienico-sanit.</p> <p>Costa del lago en abandono.</p> <p>Bajo nivel educativo sanitario de la población e inadecuado uso de los medios de difusión y propaganda.</p> <p>Alto grado de hacinamiento, viviendas en malas condiciones.</p> <p>Alta rotación del personal de ACEM.</p> <p>Debil desarrollo de la organizacio del area.</p> <p>Minimo desarrollo de la educación continua.</p> <p>Debil integración de los O. de Masa y de otras instituciones.</p> <p>Insuficiente desarrollo de la estratificación.</p>	<p>Alta presencia de plantas y drenaje inadecuado en la costa del lago.</p> <p>Alta proliferación de vectores principalmente en zona costera y asentamientos.</p> <p>Presencia del plasmodium vivax y falciparum.</p> <p>Actitud negativa de la población ante acciones del programa.</p> <p>Baja cobertura del programa ACEM.</p> <p>Escases de personal.</p> <p>Desabastecimiento de insumos basicos.</p> <p>Personal de ACEM desconoce la situación de salud en forma integral.</p> <p>Minima integración al programa de ACEM al area de salud.</p>	<p>Es la principal causa de E.N.O. presenta una tendencia ascendente con una tasa de 1.6 X 1000 hab. en 1987. a 3.12 X 1000 hab. para 1988. Del total de casos registrados 15 fueron por falciparum y 1 caso asociado.</p>

REGLAS	ACUMULACIONES	HECHOS	RESULTADOS
<p data-bbox="269 392 571 548">Patrón cultural y bajo nivel educativo de la población.</p> <p data-bbox="269 674 571 831">Servicios hospitalarios soportan una demanda tensionada.</p> <p data-bbox="269 917 571 1074">Crisis económica y bajo nivel de vida de la población.</p>	<p data-bbox="668 399 1067 588">Bajo nivel educativo sanitario de la población e inadecuado uso de los medios de difusión y propaganda.</p> <p data-bbox="668 619 1067 729">Situación alimentaria nacional deteriorada.</p> <p data-bbox="668 760 1067 854">Bajo nivel de educación continua.</p> <p data-bbox="668 885 1067 1011">Bajo nivel organizativo del programa Materno-Infantil.</p> <p data-bbox="668 1058 1067 1199">Bajo nivel incorporación de los C. de Mesa y otras instituciones.</p> <p data-bbox="668 1223 1067 1293">Deficiente trabajo de terreno.</p> <p data-bbox="668 1317 1067 1372">Atención a la parteras.</p> <p data-bbox="668 1387 1067 1466">Red de medios de diagnóstico insuficientes.</p>	<p data-bbox="1153 407 1552 588">Bajo nivel de conciencia de la población sobre la importancia del control materno.</p> <p data-bbox="1153 603 1552 776">Actitud negativa de la población respecto al uso de los recursos alimentarios existentes.</p> <p data-bbox="1153 791 1552 870">Bajo control prenatal subsiguiente.</p> <p data-bbox="1153 893 1552 1042">No está organizado el seguimiento a grupos de riesgo (en el domicilio).</p> <p data-bbox="1153 1058 1552 1168">Mala calidad de la captación en el centro de salud.</p> <p data-bbox="1153 1183 1552 1262">Baja coordinación con otras disciplinas.</p> <p data-bbox="1153 1277 1552 1403">Atención orientada más hacia lo asistencial.</p> <p data-bbox="1153 1419 1552 1528">Recursos limitados de enfermería para trabajo de terreno.</p>	<p data-bbox="1617 423 1972 744">Alta mortalidad neonatal, Enero a Julio 1988, de 151 fallecidos intrahospitalario 70 fueron menores de 1 año, de los cuales 53 fueron menores de 1 mes (75.5%) de los cuales 49 fueron menores de 6 días.</p> <p data-bbox="1617 776 1972 1003">La mortalidad en menores de 6 días presenta una tendencia ascendente, presentan 28 casos en 1987 y 49 casos en 1988.</p>

Con tinuación anexo # 11

REGLAS	ACUMULACIONES	HECHOS	RESULTADOS
	<p data-bbox="577 451 1118 592">Inadecuada articulación del área con los puestos de salud.</p> <p data-bbox="577 628 1118 769">Deficiente calidad de la atención institucional al parto.</p> <p data-bbox="577 805 1118 911">Deficiente atención al recién nacido (parto institucional).</p>	<p data-bbox="1181 451 1636 592">Escases de materiales y equipo, estetoscopio, centímetro.</p>	



*recibido*

*cur*

*[Handwritten signature]*

*D. [Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Faint handwritten text]*

REGLAS	ACUMULACIONES	HECHOS	RESULTADOS
<p data-bbox="159 310 491 420">Presencia del lago de Managua.</p> <p data-bbox="159 456 491 577">Patrón cultural y bajo nivel educativo.</p> <p data-bbox="159 613 491 718">Verticalidad del programa.</p> <p data-bbox="159 738 491 843">Política del uso racional del agua.</p> <p data-bbox="159 879 491 1000">Crisis económica y economía de sobrevivencia.</p>	<p data-bbox="562 310 1054 471">Deterioro de las condiciones Higienico-Sanatorio principalmente en la zona costera y asentamientos.</p> <p data-bbox="562 492 1054 577">Inadecuado abastecimiento de agua.</p> <p data-bbox="562 597 1054 671">Bajo nivel educativo sanitario de la población.</p> <p data-bbox="562 691 1054 796">Inadecuado uso de los medios de difusión y propaganda.</p> <p data-bbox="562 816 1054 890">Baja incorporación de otras instituciones y D. de Masa.</p> <p data-bbox="562 911 1054 1000">Insuficiente desarrollo de la educación continua.</p> <p data-bbox="562 1020 1054 1125">Bajo nivel de desarrollo organizativo del programa aedes.</p> <p data-bbox="562 1146 1054 1204">Alta rotación del personal.</p> <p data-bbox="562 1224 1054 1298">Personal inconforme porque no existe polit. de incent.</p> <p data-bbox="562 1318 1054 1392">No utilización de la capacidad diagnóstica.</p> <p data-bbox="562 1412 1054 1486">No se ha implementado Código Sanitario.</p>	<p data-bbox="1123 310 1563 435">Actitud negativa de la población ante actividades de Aedes.</p> <p data-bbox="1123 456 1563 545">Acumulamiento inadecuado del agua.</p> <p data-bbox="1123 566 1563 655">Alto nivel de infestación por Aedes.</p> <p data-bbox="1123 675 1563 780">Gran número de susceptibles a formas graves del dengue.</p> <p data-bbox="1123 801 1563 890">Acciones de control del vector no se han regularizado.</p> <p data-bbox="1123 911 1563 1000">Insumos no disponibles en forma oportuna.</p> <p data-bbox="1123 1020 1563 1094">Insuficiente equipo de transporte.</p> <p data-bbox="1123 1114 1563 1266">Desconocimiento de la situación de salud integral por parte de los trabajadores.</p> <p data-bbox="1123 1287 1563 1439">No se cumplen los requisitos para la muestra de sueros pasados en tiempo y forma.</p>	<p data-bbox="1625 341 1942 895">En 1987 no se reportaron casos de dengue por E.N.O. en el área, 1988 se reportaron 109 casos presuntivos de los cuales a 23 se les tomó segunda muestra de sueros para ser pasados resultando 6 casos con dengue clásico. Durante 1988 el área ocupó el tercer lugar de importancia en la región III en alertas epidemiológicas.</p>

A N E X O No. 13

RELACION DE LOS NUDOS CRITICOS CON LOS PRINCIPALES

PROBLEMAS DE SALUD EN EL AREA 5-7

PROBLEMAS NU- DOS CRITI COS.	EDA	MALARIA	MORTALIDAD NEONATAL	POT. EP. DENGUE
1 Deterioro de las condiciones Higiénico-Sanitarias.	X	X	--	X
2 Bajo nivel de Educación Popular en salud y no utilización de los medios de comunicación social y Otros métodos de propaganda	X	X	X	X
3 Deficiente integración de los organismos de masas y otras instituciones en el abordaje de los problemas prioritizados	X	X	-	X
4 Deficiente desarrollo de la educación continúa orientada hacia los problemas prioritizados	X	X	X	X
5 Bajo nivel organizativo de los programas relacionados con los problemas prioritizados.		-	X	X
6 Poco desarrollo organizativo del trabajo de terreno relacionados con los problemas prioritizados.	X	-	X	-
7 Insuficiente integración del trabajo de las partes en el área.	X		X	-



20-9-90

CFES-00152-0997-1989

