

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-LEÓN**



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

**DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE DIPILTO NUEVO, MUNICIPIO
DE DIPILTO, DEPARTAMENTO DE NUEVA SEGOVIA, ENERO JUNIO 2006.**

AUTORA:

Br. JESSICA MARIA SÁENZ GÓMEZ.

TUTORA:

LIC. JOSEFINA VALLADARES VALLEJOS.

Msc. en salud pública.

León, 13 de Septiembre del 2006



DEDICATORIA

Dedicado a todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales del Municipio de Dipilto para que ayuden a mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.



AGRADECIMIENTO

A Dios: por darme la vida y permitirme que llegue hasta este momento.

A mis padres: que me han brindado todo el apoyo para que llegue a culminar mis estudios.

A mi tutora: Licenciada Josefina Balladares que con su voluntad y paciencia me brindó su valioso aporte para la realización de este estudio.

A las instituciones del municipio de Dipilto: MINSA, Alcaldía, MECD y Policía que me apoyaron directa e indirectamente para recolectar la información del estudio.

A los habitantes de la comunidad de Dipilto Nuevo: que participaron en el estudio.



Opinión de la tutora

El presente estudio se trata de un diagnóstico de salud de la comunidad de Dipilto Nuevo, del municipio de Dipilto, en el departamento de Nueva Segovia, al norte del país. El cual fue realizado por la investigadora durante su servicio social, motivada por las precarias condiciones de vida de los pobladores, el entorno adverso del ambiente y los escasos recursos en salud, que influyen de forma negativa en la salud.

Por lo que en este documento se plasma la situación de la comunidad de Dipilto Nuevo en lo concerniente a calidad de vida en general y de salud en lo particular con el fin de identificar los principales problemas y necesidades sociales, ambientales y de salud, que servirá a las instituciones gubernamentales como no gubernamentales para la planificación y desarrollo de programas en beneficio de la comunidad.

Lic. Josefina Valladares V.
Master en salud pública



Resumen

➤ El presente estudio es un diagnóstico de salud de la comunidad de Dipilto Nuevo, municipio de Dipilto, departamento de Nueva Segovia Enero a Junio 2006, cuyo objetivo es Identificar los principales problemas y necesidades sociales, ambientales y de salud de la población de la comunidad de Dipilto Nuevo, por lo cual se recopiló información a través de la observación del perfil higiénico sanitario de las seis comunidades de Dipilto Nuevo, una encuesta dirigida a los pobladores de las 268 casas existentes en la comunidad y un grupo focal con los líderes y brigadistas de las diferentes comunidades, para identificar los problemas más sentidos por la población, así como una revisión de los registros del Centro de salud. Los datos se analizaron a través de tablas de frecuencia, porcentajes, tasas, haciendo comparación de los indicadores locales y nacionales, con estudios ya realizados. Encontrándose que existe una elevada fecundidad y tasa anual de crecimiento demográfico por lo que las condiciones de vida son precarias, existiendo un bajo nivel educativo, los Servicios básicos inadecuados para las viviendas, hacinamiento, la dieta es poco balanceada y la presencia de basureros ilegales. En el sector salud las enfermedades respiratorias agudas son la principal causa de morbilidad, hay una elevada incidencia de casos de Dengue clásico, las principales causas de mortalidad son las afecciones del aparato cardiovascular, las causas externas y mortalidad infantil, a lo que se suma la Cobertura baja en los diferentes programas y la escasez de recursos humanos. Por lo que recomendamos que se Asegure a todos las mujeres, el acceso a servicios de salud en general, de salud reproductiva, servicios de planificación familiar y atención materno-infantil, diseñar programas y estrategias que permitan la incorporación efectiva al sistema educativo, mejorar los servicios básicos y la propia infraestructura de la vivienda por medio del fortalecimiento del plan de desarrollo local con organismos gubernamentales y no gubernamentales y Mejorar el acceso de la población a los servicios de salud.



ÍNDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Opinión de la tutora.....	iii
Resumen.....	iv
Índice.....	v
I. Introducción.....	1
II. Objetivos.....	4
III. Marco teórico.....	5
IV. Material y Método.....	18
V. Resultados.....	23- 49
5.1. Breve descripción de la comunidad.....	23
5.2. Análisis de la población.....	24
5.3. Análisis de morbilidad y mortalidad.....	29
5.4. Análisis de las condiciones de vida.....	35
5.5. Análisis de los recursos y cobertura en salud.....	44
5.6. Análisis cualitativo de los principales problemas.....	51
VI. Lista de problemas.....	54
VII. Prioridades para la acción.....	55
VIII. Referencias.....	56
IX. Anexos.....	58



I. INTRODUCCION

La comunidad al igual que la naturaleza está sometida a determinadas leyes que rigen su desarrollo, todas las leyes de la naturaleza y la comunidad surgen y existen independientemente de la voluntad de los hombres, es decir tienen un carácter objetivo. Esto quiere decir que los hombres no pueden modificarla, cambiarla o abolirla, puede conocerla y aprovecharla en beneficio de la comunidad haciendo uso de sus capacidades físicas y mentales. (1)

El perfil de salud de Nicaragua se caracteriza por la yuxtaposición donde se mezclan las enfermedades propias de un subdesarrollo persistente, emergente y deterioro ambiental y estilos de vida dañinos para la salud. (2)

Para que una comunidad mejore sus condiciones de vida es necesario el esfuerzo de sus miembros lo cual exige un cambio de actitudes, cultura, de sus costumbres y hábitos negativos, requiere por lo tanto un esfuerzo individual y colectivo. El cambio comienza en la mente de cada uno y se refleja a través de hechos concretos, sin embargo el cambio total no es simplemente la aplicación de conocimientos y técnicas; ambas es apenas una de las herramientas que pueden ayudar a la transformación de una comunidad. (3)

Se sabe que la calidad de vida del ser humano, se encuentra en íntima relación con el entorno que lo rodea; en el que se producen diferentes fenómenos, producto de múltiples causas, a las cuales el hombre a través de su raciocinio y experiencia trata de darle respuesta con el único objetivo de modificarla para su propio beneficio.

El desarrollo con que cuenta una comunidad, determinará las condiciones políticas, económicas y culturales de la misma contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida del ser humano. (8)



En el municipio de Dipilto al igual que muchas comunidades pobres de nuestro país cuenta con pocos recursos materiales y humanos para satisfacer las necesidades de la población, es por ello que instituciones como la Alcaldía y el Ministerio de Salud, se han preocupado en realizar estudios, con el fin de identificar los principales problemas y proponer posibles acciones encaminadas a resolverlos. Sin embargo no existe un estudio completo como diagnóstico de comunidad en relación a sus perfiles, por lo que la información existente es inconclusa ya que no se establecen las prioridades por lo cual se hace de nuestro interés realizar un estudio diagnóstico de comunidad el que servirá para identificar problemas sociodemográficos, ambientales y de salud para que instituciones como la alcaldía, el MINSA y líderes comunitarios programen actividades y ejecuten planes en pro de mejorar la calidad de vida de la comunidad.

Dentro de los estudios realizados en el país sobre Diagnóstico de comunidad tenemos:

Diagnóstico de Comunidad, Mina el Limón 1987. (1)

Diagnóstico de Comunidad de Palacaguina, Matriz 1998. (2)

Diagnóstico de Comunidad Cusmapa Matriz 1997. (3)

Diagnóstico de Comunidad realizado en el municipio de Tototalpa, Matriz en el año 1998. (4)

Diagnóstico situacional en la localidad de Papaturro, 2000. (5)

Diagnóstico del casco urbano del Municipio El Jicaral, 1998. (6)

Diagnóstico de comunidad de Telpaneca, Matriz 1997. (7)

Diagnóstico de Comunidad UPE, Punta Neta y Apascalí de Viejo Chinandega en el año 1989. (14)

Diagnóstico de comunidad realizado en el barrio La Arrocera del departamento de León en el año 1989. (16)

Diagnóstico de comunidad San Juan de Río Coco Matriz año 1998. (17)

Diagnóstico de comunidad de Muelle de los Bueyes. (20)



Diagnóstico de Comunidad del Municipio de San Lucas en el año 1998. (21)

La mayoría de los resultados de los estudios llegaron a la conclusión que las condiciones higiénicas sanitarios y de vivienda son desfavorables, las principales causas de morbilidad en niños son IRA, EDA y parasitarias, hay poca accesibilidad a los servicios de salud.

En la revisión bibliográfica realizada se encontró un estudio realizado acerca de la caracterización del Municipio de Dipilto realizado por la Alcaldía municipal de Dipilto en el año 2003, en el cual se describe la historia del municipio, las características sociodemográficas de la población, características de las viviendas y los servicios de salud presentes en el Municipio.

El poder sistematizar la realidad de la comunidad basado en la descripción y análisis de los componentes en el ambiente físico y social que condicionan la situación de salud, los daños a la misma y los recursos existentes para enfrentarla, permitirá por la vía institucional mejorar las condiciones de salud; es por ello que me he motivado a realizar el presente documento que sistematiza el Diagnóstico de salud de la comunidad de Municipio de Dipilto Nuevo, ya que la información recopilada suministrará elementos de mucha importancia para reorientar esfuerzos y políticas que servirán a instituciones como la Alcaldía, el MINSA y la misma comunidad para que se programen actividades y ejecuten planes que den respuesta a la necesidad objetiva de la comunidad.



II. OBJETIVO GENERAL

- ❖ Identificar los principales problemas y necesidades sociales, ambientales y de salud de la población de la comunidad de Dipilto Nuevo, municipio de Dipilto, departamento de Nueva Segovia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar las características sociodemográficas de la comunidad de Dipilto Nuevo.
2. Determinar el perfil epidemiológico de la comunidad.
3. Caracterizar los servicios de salud que brindan atención y facilitan la accesibilidad del servicio a la población.
4. Identificar los principales problemas y necesidades sociales, ambientales y de salud que afectan a la comunidad y que le permitan a las autoridades realizar un plan de intervención.



III. MARCO TEORICO

Definiciones de Diagnóstico de comunidad

El Diagnóstico de salud ha sido conceptualizado por varios autores, tal es el caso del investigador King, quien lo percibe como la modalidad de la enfermedad en la comunidad descrita en términos de los factores importantes que influyen sobre esta modalidad. (1)

Gidson lo describe como la evaluación global del estado de una comunidad, con su relación a su ambiente social, físico y biológico, todo esto se realiza conociendo el perfil epidemiológico.

Sin embargo el diagnóstico se enfoca según el paradigma de salud con que se trabaje y si la visión que se tiene es que salud significa controlar las enfermedades, el diagnóstico girará alrededor de la misma. Por tanto se dice que el diagnóstico de salud de una población es la valorización de la situación de la comunidad en lo concerniente a calidad de vida en general y de salud en lo particular, de manera que se puedan identificar problemas y necesidades de acción. (2)

Los problemas resultan de la comparación objetiva entre la situación local y la situación considerada deseada y al menos a mediano o a largo plazo factible de resolverse.

Las comparaciones se realizan:

- Con otras poblaciones.
- Con la situación de la misma población en momentos diferentes.((3))

Otra definición de diagnóstico de comunidad consiste en el conocimiento sobre la situación de salud de un territorio dependiendo del enfoque que se le de, así se define:

Socio-médico: es la determinación de los componentes del ambiente físico y social que condicionan una situación colectiva de salud.

Médico-asistencial: es parte de un amplio proceso mediante el cual se busca por la vía institucional, el mejoramiento de las condiciones de salud. En dicho proceso el diagnóstico es la base fundamental en tanto se describe y analiza los daños a la salud y



los recursos existentes para enfrentarlo. (4)

Objetivos del Diagnóstico de comunidad

El diagnóstico de comunidad tiene principalmente dos objetivos:

1. Determinar la frecuencia y magnitud de los problemas de salud y establecer los factores causales, así como la cantidad y la calidad de los recursos existentes en la comunidad.
2. A partir de la descripción y análisis de los problemas, implementar programas de salud y desarrollo de comunidad que den respuesta a las necesidades y demandas existentes en la misma.

Podemos afirmar que el diagnóstico de comunidad es el establecimiento y la identificación de prioridades para la planificación y desarrollo de programas de acción relativa a la promoción de la salud, constituyen una manera de dar respuesta a los cambios ocurridos en sectores y de los servicios en expansión. (5)

Requisitos del diagnóstico de comunidad

Para que el diagnóstico de comunidad sirva de base en el proceso de toma de decisiones, debe de cumplir con los siguientes requisitos:

1. Precisión: es la inclusión de los aspectos necesarios y suficientes para la comprensión del problema de estudio.
2. Oportunidad: es cuando la información proporcionada por el diagnóstico se presenta en el momento en que la necesidad de la acción lo señale como oportuno.(6)

Modelo de diagnóstico de comunidad

El modelo de diagnóstico de comunidad ha adquirido tres niveles de estudio:

- I. Descriptivo.
- II. Analítico.



III. Programa de atención para la salud.

I. El nivel descriptivo: El proceso de diagnóstico de comunidad, se basa en la epidemiología descriptiva tradicional, este intenta responder tres preguntas:

¿Quién? ¿Dónde? y ¿Cuándo?

En este nivel es importante describir el estudio demográfico por edad, sexo, grupos étnicos, factores socioeconómicos, características personales como: estado civil, estructura familiar y estilos de vida. (7)

El nivel descriptivo presenta cuatro dimensiones:

1. Descripción de la comunidad.
2. Descripción de los factores de riesgo.
3. Descripción de la salud.
4. Descripción de la atención de la salud.

1- Descripción de la comunidad

Este responde a la pregunta ¿quienes viven en la zona y cuáles son sus condiciones de vida? encontrándose variables importantes a describir como: edad, sexo, grupo étnico, grupos étnicos, educación, estructura familiar, religión, condiciones de vivienda, recreación, recursos políticos y sociales, medios de comunicación y tradiciones.

Para el estudio de este aspecto, la demografía y la estadística vital es la rama más importante de la estadística aplicada al estudio de poblaciones de salud y bienestar de la comunidad, la cantidad de población y su distribución. (7)

Población: Es un número de personas que viven en un lugar geográfico determinado.

Vivienda: Es cualquier edificio o parte de él que se ocupa como residencia o lugar habitual para vivir por uno o más seres.

Es importante conocer que los moradores de una vivienda están sometidos a todos los factores favorables o desfavorables que la habitación pueda ejercer sobre ellos y sobre su salud.



La relación existente entre la cantidad de viviendas y el número de habitantes en ella misma, nos orienta a conocer las condiciones de vida de los riesgos para la salud. La densidad por tanto es un indicador importante a describir en el diagnóstico de salud comunitaria.

El medio Ambiente: En que vive la población es un compendio de valores naturales, sociales y culturales existentes en su comunidad y en un momento determinado influyen en la vida material y psicológica de ella misma. Dentro de este tenemos: el clima, suelo, hidrografía, flora, fauna, grupos étnicos, educación y costumbres. (8)

En este nivel es de mucha importancia que se estudie el índice de necesidades básicas insatisfechas, que identifica la proporción de personas y/o hogares que tienen insatisfecha alguna (una o más) de las necesidades definidas como básicas para subsistir en la sociedad a la cual pertenece el hogar. Capta condiciones de infraestructura y se complementa con indicadores de dependencia económica y asistencia escolar.

NBI. Viviendas inadecuadas: Expresa las carencias habitacionales en cuanto a las condiciones físicas de las viviendas donde residen los hogares.

NBI. Servicios inadecuados: Identifica el no acceso a condiciones sanitarias mínimas, hace referencia a servicios públicos.

NBI. Hacinamiento crítico: Tres o más personas por cuarto, incluyendo sala, corredor y dormitorios y excluyendo cocina, baño y garaje.

NBI. Alta dependencia económica: Con más de tres personas dependientes por persona ocupada y que el jefe tenga una escolaridad inferior a tres años.

NBI. Con ausentismo escolar: Con al menos un niño entre los 7 y 11 años, pariente del jefe del hogar, que no asisten a un centro educativo.

NBI. Miseria: Aquellas personas u hogares que tienen insatisfechas más de dos necesidades definidas como básicas. (9)



2 - Descripción de los factores de riesgo

Factor de Riesgo: Es la característica o atributo cuya presencia en el individuo se asocia con el aumento en la probabilidad de padecer un daño.

Hoy se sabe que la enfermedad no sólo es un equilibrio biológico que se produce en el interior del organismo y sobre el que se puede actuar aisladamente, sino que múltiples estudios epidemiológicos confirman la existencia de varios factores de riesgos entre los que se incluyen los sociales, comportamentales y ambientales.

La vivienda puede ser un factor favorable para el buen desarrollo del individuo, a como puede actuar negativamente. La vivienda para considerarse adecuada no solo debe reunir requisitos arquitectónicos, sino también ciertas condiciones para prevenir enfermedades, accidentes y para satisfacer necesidades de orden moral y mental.

El clima tiene influencia sobre actividades físicas y mentales del hombre sano y sobre la evolución clínica de ciertas enfermedades, ya producidas por otros factores.

La calidad de agua que bebemos y que utilizamos para otros fines es muy importante en la influencia sobre la salud. La importancia sanitaria del agua aumenta si consideramos que puede ser un riesgo para la salud de la población. En el abastecimiento del agua para una población se tiene en cuenta dos aspectos: Suministrar agua en cantidad suficiente y de buena calidad. La cantidad de agua depende de las necesidades del grupo y la calidad se califica de acuerdo a las condiciones físicas químicas y bacteriológicas. El agua es potable cuando está libre de contaminantes bacteriano o parasitario, cuando el contenido de sustancias químicas la hace adecuada para el consumo humano y el uso doméstico.

Otros de los factores de riesgo a mencionar son **el manejo de los desechos sólidos (basura) y desechos líquidos (aguas residuales)**.

De todo lo anterior se puede decir que los peligros para la salud tienen tres componentes:

1. Estilos de vida de la población que comprende hábitos alimenticios, uso de



drogas y de alcohol, tabaco, el sobrepeso, la desnutrición, también la limitación del uso de atención en salud, entre otras.

2. Los factores de peligro físico, químico, biológico, se refieren a las condiciones locales del ambiente. Ejemplo: Agua, suelo, temperatura, clima, etc.
3. Red social fortalecedora de salud: que como consecuencia describe las relaciones de amistad, participación de organismos políticos en obras y afiliaciones religiosas. (10)

3- Descripción de la salud de la comunidad

Esta estudia la forma en que la salud y el bienestar se hayan distribuidos en la comunidad local y cuenta básicamente con los siguientes indicadores:

Mortalidad: Es el indicador más confiable para valorar los daños de la salud, ya que los registros que se disponen son más completos que los de morbilidad. La mortalidad mide el riesgo de muerte que existe a una comunidad en un tiempo determinado; se expresa mediante una tasa a donde el numerador es el número de veces que ocurrió un determinado fenómeno en un área determinada, en un período definido y el denominador indica el número de habitantes de la población en que puede ocurrir el fenómeno descrito.

Se calculan las siguientes tasas de mortalidad:

- Tasa de mortalidad general.
- Tasa de mortalidad por grupo de edad.
- Tasa de mortalidad por sexo.
- Tasa de mortalidad por causas principales.

Estos indicadores señalan el riesgo de muerte para una determinada situación, como la mortalidad no es un fenómeno estático es necesario obtener la información de por lo menos los últimos cinco años para saber si cada uno de estos riesgos de muerte se han incrementado, disminuido o permanecen estables.



Formas de obtener datos de mortalidad

Indirectamente: A través de publicaciones que realizan los diferentes organismos gubernamentales o bien en las distintas oficinas de la salud.

Directamente: El libro de registro civil de las personas, delegación y ayudantía de la municipalidad.

Morbilidad: Este indicador nos expresa el riesgo que tiene la población de enfermar, es un dato menos confiable que la mortalidad, debido al gran sub.-registro.

A pesar de todas las diferencias que existen de datos registrados para casos de padecimientos transmisibles se debe obtener información correspondiente en su comunidad de:

- Casos notificados de enfermedades transmisibles en los últimos cinco años.
- Principales enfermedades transmisibles notificadas en el último año.
- Principales motivos de demanda de consulta externa en los últimos cinco años.(11)

Indicadores de recursos, servicios y cobertura: aquí se encuentran números de médicos por 10.000 habitantes, número de enfermeras por 10.000 habitantes, consultas médicas por habitantes, cobertura del programa de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia (AIMNA) y de inmunización.(12)

determinado fenómeno en un área determinada, en un período definido y el denominador indica el número de habitantes de la población en que puede ocurrir el fenómeno descrito.

Se calculan las siguientes tasas de mortalidad:

- Tasa de mortalidad general.
- Tasa de mortalidad por grupo de edad.
- Tasa de mortalidad por sexo.
- Tasa de mortalidad por causas principales.

Estos indicadores señalan el riesgo de muerte para una determinada situación, como la



mortalidad no es un fenómeno estático es necesario obtener la información de por lo menos los últimos cinco años para saber si cada uno de estos riesgos de muerte se han incrementado, disminuido o permanecen estables.

Formas de obtener datos de mortalidad

Indirectamente: A través de publicaciones que realizan los diferentes organismos gubernamentales o bien en las distintas oficinas de la salud.

Directamente: El libro de registro civil de las personas, delegación y ayudantía de la municipalidad.

Morbilidad: Este indicador nos expresa el riesgo que tiene la población de enfermar, es un dato menos confiable que la mortalidad, debido al gran sub.-registro.

A pesar de todas las diferencias que existen de datos registrados para casos de padecimientos transmisibles se debe obtener información correspondiente en su comunidad de:

- Casos notificados de enfermedades transmisibles en los últimos cinco años.
- Principales enfermedades transmisibles notificadas en el último año.
- Principales motivos de demanda de consulta externa en los últimos cinco años.(11)

Indicadores de recursos, servicios y cobertura: aquí se encuentran números de médicos por 10.000 habitantes, número de enfermeras por 10.000 habitantes, consultas médicas por habitantes, cobertura del programa de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia (AIMNA) y de inmunización.(12)

4. Descripción de los servicios de salud:

El sistema de salud es un conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada, por medio de un proceso administrativo y de una tecnología media para ofrecer prestaciones de salud integral en cantidad suficiente y calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible a los fondos disponibles.



Las prestaciones de salud deben de ser accesibles a toda comunidad sin excepción y en forma continua e integral desde la concepción hasta la muerte. Lo importante es aumentar las coberturas manteniendo buena calidad de las prestaciones sociales; esto exige una decisión política al más alto nivel.

Los servicios médicos se pueden describir, según el objetivo y tipo de actividad y según el grupo específico a que se destina dichas actividades (atención primaria, promoción en salud, tratamiento, Rehabilitación y actividades administrativas) (13)

Al describir los servicios de salud es importante considerar los siguientes aspectos:

- Tipo de atención: presencia de consulta externa, emergencia, farmacia y laboratorio.
- Recursos humanos que atienden en la unidad de salud: Cantidad de médicos y enfermeras.
- Producción de servicios: números de consultas médicas, de enfermería y de actividades de los diferentes programas.
- Servicios ofertados en la unidad de salud: inmunización, Vigilancia del crecimiento y desarrollo, control prenatal, planificación familiar, control del puerperio, detección del cáncer cérvico uterino, morbilidad general, odontología, programa de tuberculosis y vigilancia epidemiológica.(14)

II. El nivel analítico: Swesmer, sostiene que son propuesta de cinco etapas del trabajo de transformación social, propone que la producción de nuevos conocimientos llegó a ser dentro de la perspectiva del paradigma del autor, solo una serie de actividades racionales y orientadas hacia un fin, donde incluye tareas como la formulación de objetivos, producción de instrumentos planificación de acciones, realización de las actividades proyectadas y evaluación de los resultados. Todo esto se tiene que realizar, en estrecha colaboración con administradores políticos y resto de la población. (7)



III. Programas de atención para la salud: El proceso de desarrollo de la comunidad debe hacerse en principios tales como: Feedback, concientización y participación. Lo principal es la participación de la comunidad en la implementación de los programas de atención de la salud, existiendo tres paradigmas predominantes como son:

- Paradigma biológico.
- Paradigma ambiental.
- Paradigma político.

Los dos primeros se basan en el enfoque medio y planificación de la salud, cuando se implementan programas con la participación de la comunidad. El tercer paradigma se basa en el enfoque político de la salud, que destaca la importancia de los factores emocionales, sociales y espirituales sobre la salud de los individuos.

La participación de la comunidad es el resultado de la participación de los pobladores en la atención de la salud o sea el resultado de la participación de la comunidad “AUTO DIAGNOSTICO DE COMUNIDAD”. (7)

Consideraciones del departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UNAN-LEON en relación al diagnóstico de salud:

En el documento: “Bosquejo de un Modelo de Gerencia de los Servicios de Salud a Nivel Municipal”, elaborado por docentes de este departamento y miembros de los equipos de dirección de los centros de salud de Telica, Quezalguaque y Posoltega, se hace referencia al diagnóstico de salud.

En primer lugar, el documento plantea un paradigma de salud, que debe servir de referencia para el diagnóstico y la planificación: considerando que “salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades y dolencias”, se toma como paradigma de salud su asociación con calidad de vida.



De tal manera, se entiende que el grado de salud de la población está reflejado por el hecho de que la misma tiene empleo e ingresos suficientes para llenar sus necesidades básicas y tener una vida agradable; dispone de agua y alimentos en cantidad y calidad apropiados; posee un nivel educativo satisfactorio en general y en salud en particular; dispone de viviendas que proporcionan un mínimo de comodidad y de protección contra factores ambientales adversos; vive en un medio ambiente favorable para un desarrollo sostenible, libre de contaminantes y que sus condiciones adversas están bajo control; goza de paz, justicia social y respeto al orden jurídico; tiene accesibilidad a servicios de salud de calidad y los riesgos de enfermar y los de morir a edades tempranas son bajas.

Si se considera salud indisoluble ligada al mejoramiento de calidad de vida, es necesario conseguir un trabajo intersectorial y con amplia participación comunitaria que, partiendo de un diagnóstico amplio de la situación local, defina y ejecute planes municipales de desarrollo, que tiendan a eliminar la pobreza, a elevar la calidad de vida y a desarrollar acciones que beneficien la salud de la población.

El diagnóstico debiera:

1. Valorar cada aspecto, mediante comparación con otras poblaciones, tanto nacionales, como de otros países.
2. Valorar la situación demográfica, de la morbilidad y mortalidad, y de los factores determinantes de la salud.
3. Identificar problemas y priorizarlos.
4. Ofrecer una explicación de los problemas principales.
5. Identificar factores críticos, que actúan sobre varios de esos problemas.

Además plantea que “la identificación de problemas y prioridades debe tomar en cuenta necesidades y derechos de las personas, y no solo enfermedades”. (6)

El documento plantea que, en el análisis de la morbilidad y mortalidad se tomen en cuenta años de vida potencialmente perdidos, tendencia de los problemas en el tiempo, consecuencias esperadas en caso de interrumpirse la atención al problema,



riesgo relativos de daños, tomando como base de comparación los riesgos en países desarrollados. En el caso de la mortalidad materna se propone el uso de indicadores que tomen en cuenta el número de embarazo de las mujeres y no solo la probabilidad de morir en un embarazo.

En consecuencia, el colectivo de la asignación de administración en salud propone la siguiente guía para el diagnóstico de salud:

1. Breve descripción de la comunidad (Ubicación, extensión).

2. Análisis de la población

- Tamaño y crecimiento.
- Composición.
- Fecundidad.
- Distribución espacial.

3. Análisis de la morbilidad y mortalidad

- Tasa bruta de mortalidad.
- Tasa de mortalidad infantil.
- Mortalidad por causa.
- Morbilidad: Primeros motivos de consulta.
- Enfermedad de notificación obligatoria.
- Enfermedad de transmisión vectorial.
- Datos sobre estado nutricional de los niños menores de 6 años tomados de los registros de vigilancia del control de crecimiento y desarrollo.
- Datos de encuesta sobre problemas específicos.

4. Análisis de la calidad de vida

- Agua.
- Alimentación.
- Medio ambiente.
- Educación y cultura en salud.



- Vivienda (sistema de excretas, paredes, techo, piso, electricidad y agua).
- Accesibilidad geográfica (vías de comunicación, transporte, teléfono, radio, acceso a medios masivos de comunicación).
- Situación económica, empleo y producción.
- Situación relativa a la paz.



IV. MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Diagnóstico de comunidad.

Área de estudio: El presente diagnóstico de comunidad se realizó en la comunidad de Dipilto Nuevo que pertenece al municipio de Dipilto, departamento de Nueva Segovia, ubicado a 11 Km. al norte de la cabecera departamental Ocotál; cuenta con cinco comunidades rurales y una comunidad urbana con un total de 268 casas.

Universo: Son las 268 casas unidades de análisis de las seis comunidades que pertenecen a la comunidad de Dipilto Nuevo del municipio de Dipilto, departamento de Nueva Segovia.

Fuentes de información: Se realizó a través de fuente primaria y secundaria.

Las fuentes primarias son:

1. **Observación:** de las seis comunidades de Dipilto Nuevo para identificar el perfil epidemiológico, problemas ambientales, caracterización de los servicios de salud.
2. **Encuesta:** casa a casa para recopilar los datos sociodemográficos y del perfil higiénico- sanitario.
3. **Entrevista:** con personalidades de la comunidad de Dipilto Nuevo como Alcaldesa, delegado de la iglesia, MECD, MINSA y líderes comunitarios para identificar problemas de salud, sociodemográficos, ambientales y número de recursos de salud existentes para atender a la población.
4. **Grupo focal:** con los líderes y brigadistas de las diferentes comunidades, para identificar los problemas más sentidos por la población.



Las fuentes secundarias son:

1. **Registro del centro de salud:** para determinar las principales causas de morbimortalidad de los pobladores de Dipilto Nuevo.
2. **Documento de Caracterización del municipio de Dipilto 2003**, realizado por la Alcaldía de Dipilto.

Instrumento de recolección de la información: a través de una encuesta previamente elaborada por la autora del estudio que contiene variables sociodemográficas, del perfil higiénico sanitario de las viviendas, de fecundidad y mortalidad, el cual fue probada por el investigador previa aplicación para posterior corrección.

Recolección de la información: Se realizó a través de un equipo conformado por 20 trabajadores de la Alcaldía municipal de Dipilto quienes previa capacitación sobre el formulario de recolección de los datos, procedieron en conjunto con la investigadora a realizar un recorrido por las diferentes comunidades con el fin de observar el perfil epidemiológico de estas y de realizar encuesta a personas mayores de 15 años que se encontraban en ese momento en las casas unidad de análisis, se explicó a las personas el objetivo de estudio procediendo a recolectar la información previo consentimiento de estas.

La entrevista la realizó la autora del estudio previa cita con cada una de las personalidades de la comunidad de Dipilto Nuevo como Alcaldesa, delegado del MECD, MINSA y policía presentes en el municipio, con el fin de recopilar datos acerca de problemas sociales, ambientales y de salud, presentes en las comunidades.

Se realizó un grupo focal en el que la autora del estudio reunió a líderes y brigadistas de las diferentes comunidades de Dipilto Nuevo, quien les realizó preguntas que le ayudaron a identificar los principales problemas existentes en la comunidad.



Procesamiento análisis y presentación de la información:

La información se procesó en el paquete estadístico de SPSS, analizando la información de acuerdo a los diferentes componentes o fases del diagnóstico de comunidad a como siguen sus variables:

- Perfil de la comunidad: Descripción general de la comunidad, en aspectos de topografía, demografía, social y cultural.
- Perfil de riesgo de salud: Se describen todos los factores que condicionan la posibilidad de producir un daño a la salud de la comunidad.
- Perfil de salud: Aquí se analizan las principales causas de morbi-mortalidad, natalidad, y letalidad de la población de Dipilto.
- Perfil de servicios de salud: Se realiza la descripción de los recursos, logros, deficiencias y estrategias con que cuenta este municipio para enfrentar la problemática de salud de la población.

Los datos se analizaron a través de tablas de frecuencia, porcentajes, tasas. Haciendo comparación de los indicadores locales e internacionales, con estudios ya realizados.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	FUENTE
Estructura por edad	- Menores de 15 años como porcentaje del total de la población. - Porcentaje de población de 65 años y más. - Índice de dependencia juvenil y de ancianos.	Encuesta.
Sexo	- Índice de masculinidad	Encuesta.



Distribución espacial	-Rural y Urbana.	Encuesta.
Nivel socio-económico	-Porcentaje de analfabetismo en mayores de 6 años. - Porcentaje de matrícula en niños de 6 a 14 años. - Ocupación.	Encuesta.
Fecundidad	- Tasa de fecundidad general. - Tasa global de fecundidad. - Tasa bruta de natalidad.	Encuesta.
Morbilidad	- Principales motivos de consulta. - Episodios anuales por 1000 habitantes de EDA, IRA, Malaria y Dengue. - Tasa de incidencia: TB, SIDA, cólera.	Registro del centro de salud.
Mortalidad	- Principales causas de muerte. - Años de vida potencial perdidos, por las principales causas de muerte.	Registro del centro de salud y encuesta.

	- Tasa de Mortalidad Materna. - Tasa de mortalidad infantil.	
Servicios de salud	- Recursos humanos por 1,000 habitantes. - Extensión territorial por unidad de salud. - Cobertura de los principales programas: CPN, VPCD, planificación familiar, DOC y atención institucional del parto.	Registro del centro de salud.



V. RESULTADOS

5.1. Breve descripción de la comunidad

La comunidad de Dipilto Nuevo es un sector mayoritariamente rural, la cabecera municipal de Dipilto, en el departamento de Nueva Segovia; creado en 1942 por emigrantes de municipios vecinos movidos por el hallazgo de vetas de oro. Esta ubicado a 11 Kilómetros al norte del Municipio de Ocotal, cabecera departamental de Nueva Segovia y a 240 Kilómetros de la ciudad capital Managua. Tiene una extensión territorial de 104.9 Kilómetros cuadrados de superficie, con una altura aproximadamente de 882-2107 metros sobre el nivel del mar.

Sus límites geográficos son:

- Al norte: República de Honduras.
- Al sur: Municipio de Ocotal.
- Al este: Municipio de Mozonte.
- Al oeste: Municipio de Macuelizo.

La comunidad de Dipilto Nuevo esta conformada por seis comunidades, una urbana: Dipilto Nuevo y cinco rurales: San Agustín, Germán Pomares, Laguna 01, Laguna 02 y Alcántara.

Tradición y cultura: En la comunidad de Dipilto Nuevo se celebran las fiestas patronales en honor a la virgen de Guadalupe, conocida en el corazón del pueblo católico mariano como la virgen de la piedra, cuya imagen fue traída a Dipilto Nuevo el 10 de Febrero de 1947 y desde entonces comenzó a derramar gracias y favores entre los pobladores del lugar, que según la historia acudieron a la imagen para que cesara una peste consistente en calenturas con sudor fétido y gran delirio, llegando a un punto de estar las puertas de las casas cerrada por estar todos sus moradores en cama, siendo este el primer milagro del que hay testimonio en el lugar.

Otra actividad cultural y recreativa de la comunidad de Dipilto Nuevo es la fiesta del



plátano donde cada Noviembre se realizan carreras de cintas, competencias deportivas, bailes, etc.

Medios de comunicación y transporte: La principal vía de acceso la constituye la carretera panamericana, que comunica a la comunidad de Dipilto Nuevo con la frontera de Honduras, siendo una vía internacional, constituyendo así una parada turística para los turistas que ingresan al país.

El municipio de Dipilto no cuenta con Terminal de buses, la comunicación se realiza con la ruta intermunicipal Ocotal- Las manos. La comunicación interna entre comunidades, los pobladores la realizan a pie, al raid, o en vehiculo particular ya que no existen medios de transportes colectivos.

Las telecomunicaciones están limitadas para 11 abonados al servicio de telefonía de ENITEL, en el área urbana de la comunidad de Dipilto Nuevo.

A partir de Enero del presente año se instalaron un radio comunicador en cada una de las cinco comunidades rurales cuya señal está conectada a la Alcaldía municipal, esto como una medida ante la inminencia de desastre natural producto del deslave del cerro El Volcán en la comunidad de Dipilto Viejo.

5.2. Análisis de la población de Dipilto Nuevo

5.2.1. Tamaño, densidad y crecimiento poblacional

La comunidad de Dipilto Nuevo es una comunidad pequeña, teniendo apenas 1106 habitantes, según encuesta realizada en mayo del 2006, motivo por lo cual es difícil calcular la tasa de crecimiento anual, por lo que se trabajó con datos del municipio de Dipilto proporcionados por la Alcaldía municipal, que según datos estadísticos de INEC, la población del municipio de Dipilto en censo realizado en 1995 es de 3,740 y en los últimos 24 años (1971 – 1995) incrementó su población con una tasa anual de crecimiento de 3.5% , para el año 2005 se estima un total de 5,463 habitantes.



Esta tasa anual de crecimiento poblacional supera a la de Nicaragua de 2.6, a la del departamento de Nueva Segovia de 2.3 y la de países como Costa Rica y Canadá. (Gráfico 1).

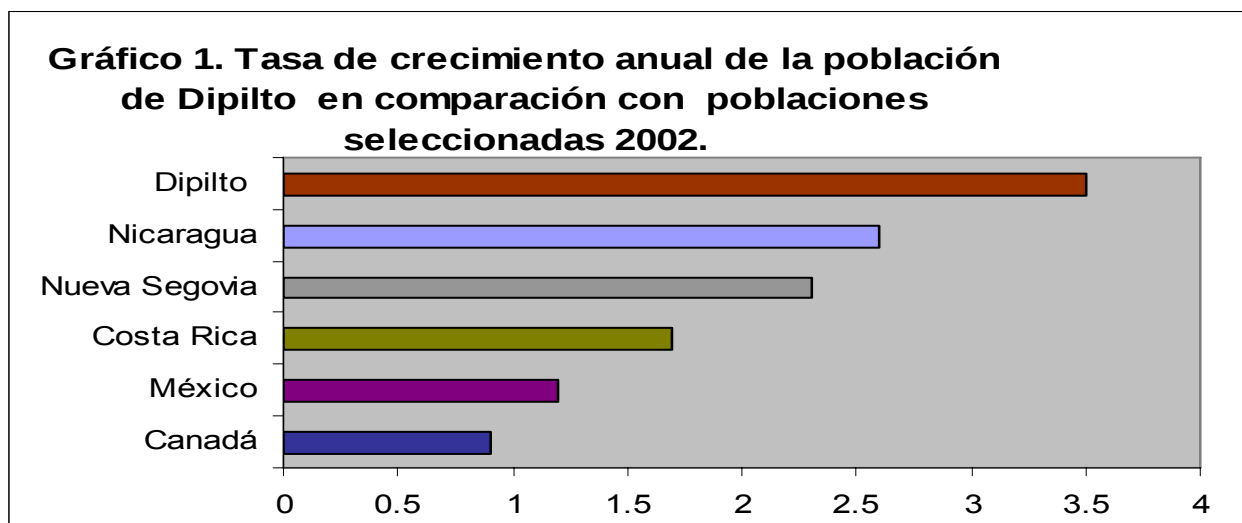
Este rápido ritmo de crecimiento trae implicancias negativas para el gobierno porque no puede cumplir o satisfacer plenamente las necesidades de la población demostrándose esto en sus diferentes sectores como son:

En el sector salud: El volumen de nacimientos genera demandas inmediatas y específicas en el área de salud, relacionadas con el control del embarazo, atención del parto y posparto y el cuidado del recién nacido, mismos que no pueden ser atendidos en su totalidad trayendo como consecuencia un aumento de la morbi-mortalidad materno-infantil, por lo que se necesitarían más personal de salud y medicamentos para suplir este déficit.

En el sector educativo: Un crecimiento demográfico rápido no permitiría que los niños puedan disponer del servicio educativo ya que se necesitarían recursos de infraestructura y humanos para satisfacer la gran demanda.

En la economía: si la tasa anual de crecimiento es alta esto nos indica de que habrá una mayor demanda de empleo, si la cual no es satisfecha toda esa fuerza laboral se sumará al desempleo contribuyendo a más pobreza.

Además un rápido crecimiento demográfico provoca una gran demanda de viviendas y por ende de otros servicios relacionados con ella como: transporte, alumbrado, agua potable, alcantarillado y recolección de desechos todos los cuales repercuten en la calidad de vida y salud de la población por lo que se requiere de una fuerte inversión en desarrollo e infraestructura para satisfacer las necesidades. Sin embargo los recursos disponibles no se duplican con la misma rapidez que la población, situación que viene afectar más a la gente de escasos recursos.



Fuente: alcaldía municipal Dipilto, indicadores básicos América 2002.

La elevada tasa de crecimiento poblacional en Dipilto Nuevo se puede explicar por una fuerte influencia inmigratoria de personas provenientes de municipios y departamentos vecinos para trabajar en el café a lo que se suma la elevada fecundidad que se verá mas adelante.

La densidad poblacional de Dipilto Nuevo es similar al nacional de 44 habitantes por kilómetros cuadrados.

5.2.2. Estructura de la población por edad y sexo

La población de Dipilto Nuevo se caracteriza por tener una población relativamente joven, predominando la población en edad de trabajar de 15 á 64 años con un 60.5% siendo una de las mayores a nivel nacional, lo que se puede explicar por la gran cantidad de inmigrantes en edad productiva que llegan a trabajar en el café, los que sirven de sostenimiento económico en sus hogares, negándose la oportunidad de superarse académicamente contribuyendo al poco desarrollo social existente. En segundo lugar se encuentra el grupo menor de 15 años con un 35.3% y sólo el 4.2%



tienen más de 65 años, lo que da una razón de dependencia económica de 65 por 100 persona activas económicamente. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución porcentual de la población según tres grandes grupos de edad, en Dipilto Nuevo y poblaciones seleccionadas 2006.

Poblaciones	Menores de 15 años	15- 64 años	65 años a más
Dipilto nuevo(a)	35.3	60.5	4.2
Nueva Segovia (b)	44.5	52.7	2.8
Nicaragua (b)	41.9	55.0	3.1
Estados unidos(c)	22.5	66.3	11.2

Fuente: (a) Encuesta.

(b) indicadores básicos Nicaragua 2002.

(c) indicadores básicos América 2002.

En cuanto a la estructura de la población de Dipilto nuevo por sexo hay un predominio del sexo masculino con un 50.9% en comparación con 49.1% de mujeres de acuerdo a la encuesta. Existe un índice de masculinidad de 103.6 que al compararse con Nicaragua (97.0) y otras poblaciones es alto. (Tabla 2) Esta situación se puede explicar por la inmigración predominantemente masculina que llegan a estas comunidades a realizar labores agrícolas y a la emigración de mujeres hacia el país vecino de Honduras para la realización de trabajos domésticos.

Tabla 2. Índice de masculinidad en Dipilto Nuevo, en comparación con otras poblaciones 2006.

Población	Índice de masculinidad
Dipilto Nuevo	103.6
Nueva Segovia	100
Nicaragua	97
Canadá	87

Fuente: (a) Encuesta.

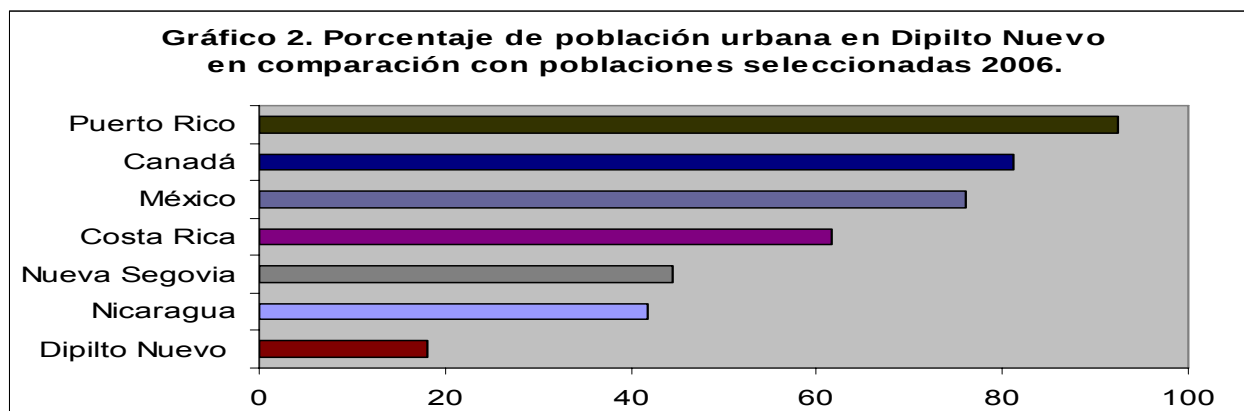
(b) indicadores básicos Nicaragua 2002.

(c) indicadores básicos América 2002.



5.2.3. Distribución espacial

La comunidad de Dipilto Nuevo esta distribuida mayoritariamente en el área rural. De las 268 casas encuestadas que están habitadas por 1106 personas, el 18.1% habita en el área urbana, este porcentaje es mínimo comparado con el departamento de Nueva Segovia donde el área urbana corresponde al 44.5%, y el nacional 41.9% y en comparación con otros países que su población radican en el área urbana. Lo que significa que más de la mitad (81.9%) habitan en el área rural, traduciéndose esto en una desigualdad de condiciones de vida, accesibilidad a los servicios básicos y de salud en detrimento de este sector más vulnerable. (Gráfico 2)



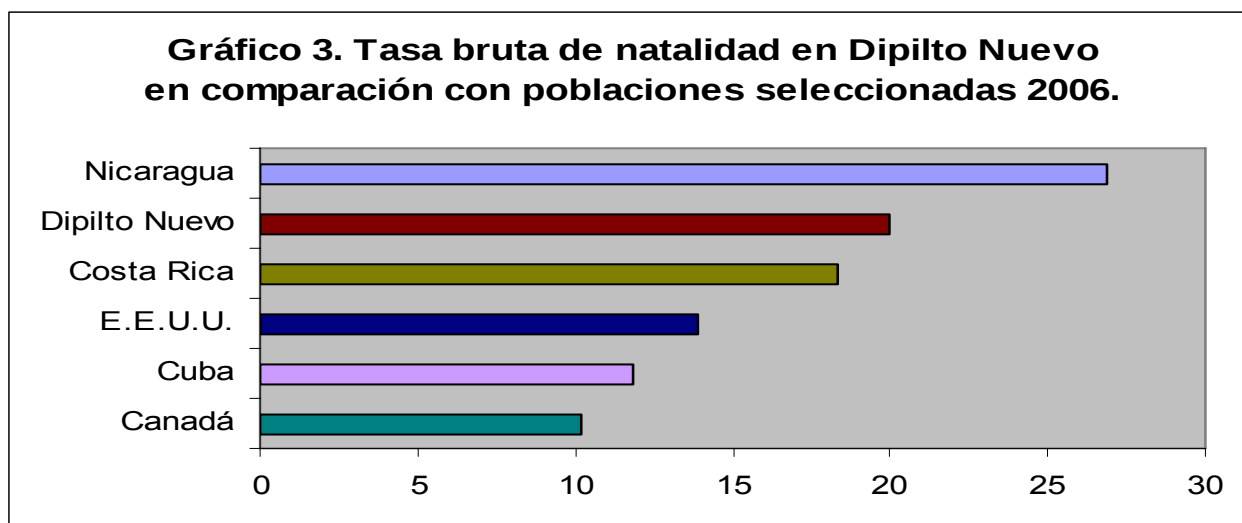
Fuente: (a) Encuesta.
(b) indicadores básicos Nicaragua 2002.
(c) indicadores básicos América 2002.

5.2.4. Fecundidad

En la encuesta realizada como parte del estudio, se encontró que en la comunidad de Dipilto Nuevo nacieron 22 niños vivos en el año 2005, calculándose así la tasa de fecundidad general que es de 72 nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil la que se acerca a la nacional de 116. Como Dipilto Nuevo es una comunidad pequeña no se pudo calcular la tasa global de fecundidad, por lo que se trabajó con los datos del departamento de Nueva Segovia reflejados en ENDESA 2001 la cual es de 3.9, una de las más altas que supera la nacional de 3.2.



La tasa bruta de natalidad en Dipilto Nuevo es de 20 por mil habitantes la que solo es superada por la del país que es de 26.9, siendo estas las más altas en comparación con otros países. (Gráfico 3)



Fuente: (a) Encuesta.
(b) indicadores básicos Nicaragua 2002.
(c) indicadores básicos América 2002.

Esta situación de alta fecundidad puede ser debida a la inaccesibilidad de factores reproductivos como: La educación particularmente de la mujer, el acceso a los servicios de salud en general y de planificación familiar, la incorporación de la mujer a fuentes de trabajo y la participación libre, responsable y planificada de la pareja para decidir sobre el número de hijos que desean tener. Lo que provocaría un rápido crecimiento demográfico y deterioro de la salud materno infantil.

5.3. Análisis de Morbilidad y Mortalidad

5.3.1. Morbilidad por enfermedades agudas (EDA, IRA, MALARIA Y DENGUE)

La incidencia anual de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en las comunidades de dipilto Nuevo es el doble 502.4 por 1000 habitantes que en el SILAIS de Nueva



Segovia (296.8 por 1000 habitantes) y a nivel nacional (262.8 por 1000 habitantes), lo cual es provocado por la ubicación del territorio de Dipilto Nuevo en un lugar montañoso, donde el clima es húmedo y versátil.

En cuanto a las enfermedades diarreicas agudas (EDA) se observa que la incidencia en Dipilto Nuevo es de 30.4, siendo inferior a la del SILAIS Nueva Segovia con 55.4 casos por 1000 habitantes y a la nacional con un 43.1 casos por 1000 habitantes. Esto puede deberse a que los casos no están acudiendo a la unidad de salud ya sea por que están siendo tratados en clínicas o con médicos privados o por que se estén automedicando constituyendo esta ultima acción un peligro para la salud ya que la diarrea mal tratada conlleva a la muerte, que en nuestro país ataca al sector más vulnerable: la niñez.

La morbilidad por malaria en las comunidades de Dipilto Nuevo según registros del centro de salud de Dipilto desde hace cinco años no se ha reportado ningún caso a pesar de que se lleva una estrecha vigilancia, pues las encuestas entomológicas realizadas este año en el período de Enero a Junio han resultado negativas. (Tabla 3)

Tabla 4. Incidencia anual de las IRA, EDA, Malaria y Dengue en el centro de salud de Dipilto 2005.

Localidad	IRA	EDA	Malaria	Dengue
Dipilto Nuevo	502.4	30.4	----	4.8
Nueva Segovia	296.8	55.4	47.1	5.38
Nicaragua	262.8	43.1	19.63	4.37

Fuente: (a) estadísticas del centro de Salud Dipilto.

(b) Vigilancia epidemiológica Nacional, MINSA.

Tasa por 1000 habitantes.

El dengue clásico constituye un problema de salud en las comunidades de Dipilto Nuevo ya que la incidencia de casos es mayor que la nacional 4.8 por 1000 habitantes en comparación con 1.37 por 1000 habitantes, aunque inferior que la del SILAIS Nueva Segovia que reporta 5.38 por 1000 habitantes esto a causa de que es una región de



bosques, lluviosa, húmeda que favorece el hábitat del mosquito y si a esto le sumamos las deficientes medidas higiénico sanitarias de la población que contribuyen a fortalecer el ciclo infeccioso.

5.3.1. Principales motivos de consulta

Dentro de los cinco principales motivos de consulta registrados en las hojas de consulta diaria del centro de salud de Dipilto, en el período de Enero a Junio del 2006 el primer lugar lo ocupa las infecciones respiratorias agudas con 24.1% esto es debido a las condiciones climáticas variables y a la quema de los bosques que es frecuente en esta región del país, sumado esto a la poca importancia que le dan las personas a las infecciones respiratorias, que los lleva a la automedicación y la asistencia tardía a la unidad de salud; lo que provoca que aproximadamente una tercera parte de los casos se compliquen con neumonía la que ocupa el quinto lugar con un 8.1%. La parasitosis intestinal ocupa el segundo lugar con un 17.1% y en tercer lugar están las enfermedades de la piel con un 14.4%, las que probablemente sean causadas por la mala calidad del agua, deficientes condiciones higiénico sanitarias y las bajas condiciones socio-económicas en la que viven la mayoría de los habitantes de estas comunidades. La infección de vías urinarias ocupan el cuarto lugar con un 11.5% que puede ser el resultado de los pobres hábitos de ingesta de agua que tienen los pobladores de estas comunidades la que es sustituida por la ingesta de café y a la automedicación lo que favorece la reconsulta por la misma patología. (Tabla 4)



Tabla 3. Principales motivos de consulta en el centro de salud Dipilto Enero a Junio 2006.

MOTIVOS	Nº	Porcentaje
Enfermedades Respiratorias	170	24.1
Agudas		
Parasitosis intestinal	150	17.1
Enfermedades de la piel	138	14.4
Infección de vías urinarias	120	11.5
Neumonía	85	8.1
Artritis reumatoidea	78	7.5
Enfermedades hipertensivas	63	6.0
Enfermedad diarreica aguda	40	3.8
Infecciones de transmisión sexual	40	3.8
Otras	35	3.3
Total	1040	100

Fuente: estadísticas del centro de Salud Dipilto.

5.3.3. Mortalidad

Se disponen de datos poco confiables en el registro civil acerca del número de muertes que ocurren en las comunidades de Dipilto Nuevo por lo tanto recolectamos directamente los datos a través de la encuesta aplicada a la población, sin embargo se reportaron menos defunciones en los últimos cinco años, aparentemente hubo un ocultamiento de este hecho vital, por razones ignoradas. A causa de este sesgo de información se realizó el análisis de mortalidad de los registros del centro de salud de Dipilto. Con fines de obtener mayor confiabilidad en las cifras, se analizó un período de cinco años (2000- 2005).



Las principales causas de muerte en las comunidades de Dipilto Nuevo son: Enfermedades del sistema circulatorio, que al igual que a nivel nacional ocupa el primer lugar siendo los adultos los más afectados, en segundo lugar se encuentran las causas externas, el tercer lugar lo ocupa ciertas afecciones originadas en el período perinatal y malformaciones congénitas, en cuarto y en quinto lugar están las afecciones del sistema respiratorio y digestivo. (Tabla 5)

Calculándose para cada una de estas enfermedades los años de vida potencialmente perdidos obteniéndose para ciertas afecciones en el periodo perinatal y malformaciones congénitas 265 años de vida potencialmente perdidos ya que se da al inicio de la vida, 86 años para las causas externas de mortalidad (accidentes) ya que interrumpen súbitamente la vida de las personas en edades tempranas , 61 años para la muertes por neumonía, 51 y 21 años para las enfermedades del sistema digestivo y circulatorio respectivamente; estas causas de muerte están incidiendo más en las personas mayores, los que se pudiesen evitar si se tuviese la cultura de acudir al médico para chequeos de rutina.

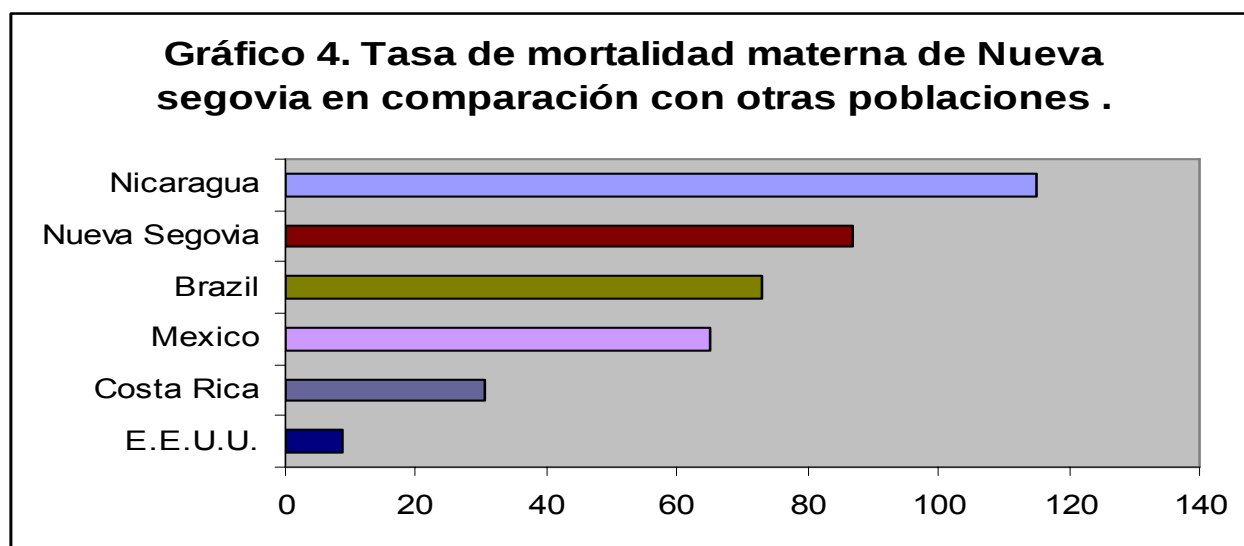
Tabla 5. Causas de mortalidad general de la comunidad de Dipilto Nuevo 2000-2005.

Causas de muerte				Años de vida potencialmente perdidos (n = 18)
Ciertas afecciones perinatales y malformaciones congénitas				265
Causas externas				86
Neumonía				61
Enfermedades del sistema digestivo				51
Enfermedades del sistema circulatorio				21

Fuente: estadísticas del centro de Salud Dipilto.



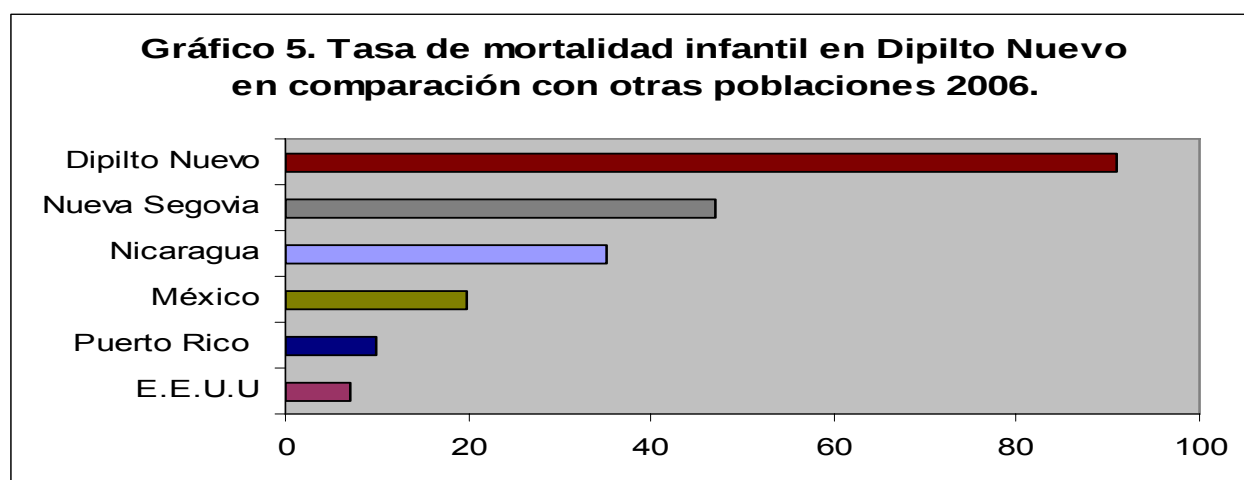
En cuanto a la mortalidad materna aunque en Dipilto Nuevo no ha ocurrido ninguna muerte desde el año 2000, esto no descarta que represente un problema. Debe tenerse presente que en este territorio ocurrieron 22 nacimientos en un año. En estas condiciones, los datos de todo el departamento deben ofrecer un reflejo de los riesgos que tienen las mujeres de morir por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio; por lo que según ENDESA 2001 la tasa de mortalidad materna en Nueva Segovia es de 87 por 100000 nacidos vivos, la cual es alta comparada con otras poblaciones (Gráfico 4). Esta situación puede deberse a dificultades de acceso a los servicios de salud, la insuficiente cobertura en atención prenatal y la falta de recursos para atender las emergencias obstétricas, sumada a la elevada fecundidad de las mujeres que les multiplica el riesgo de morir.



Fuente: (a) ENDESA 2001.
(b) indicadores básicos América 2002.



En lo que respecta a la mortalidad infantil en la comunidad de Dipilto Nuevo en el año pasado (2005) ocurrieron dos muertes de niños menores de 1 año a causa de Neumonía y septicemia, lo que da una tasa de mortalidad infantil de 91 por 1000 nacidos vivos, la que supera a la del SILAIS Nueva Segovia de 47 por 1000 n.v. y la nacional de 35 por 1000 n.v., siendo estas las más altas en comparación con otras poblaciones. (Gráfico 5)

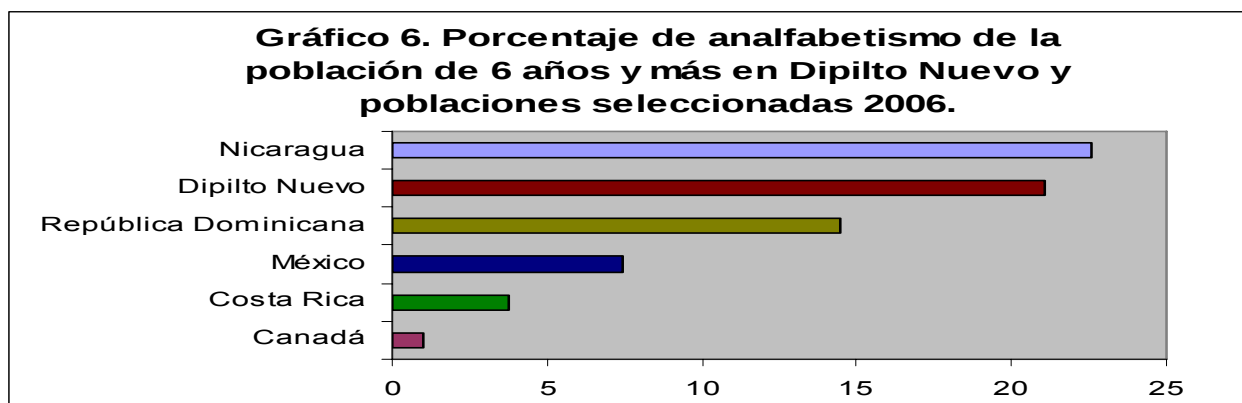


Fuente: (a) Encuesta.
(b) indicadores básicos Nicaragua 2002.
(c) indicadores básicos América 2002.

5.4. Análisis de las condiciones de vida

5.4.1 Educación

El nivel de educación predominante en la comunidad de Dipilto Nuevo es la primaria incompleta con 51.0% de la población, le siguen los analfabetas con 21.1% valor que se acerca al nacional con 22.6% los cuales son altos en comparación con otros países. (Gráfico 6)

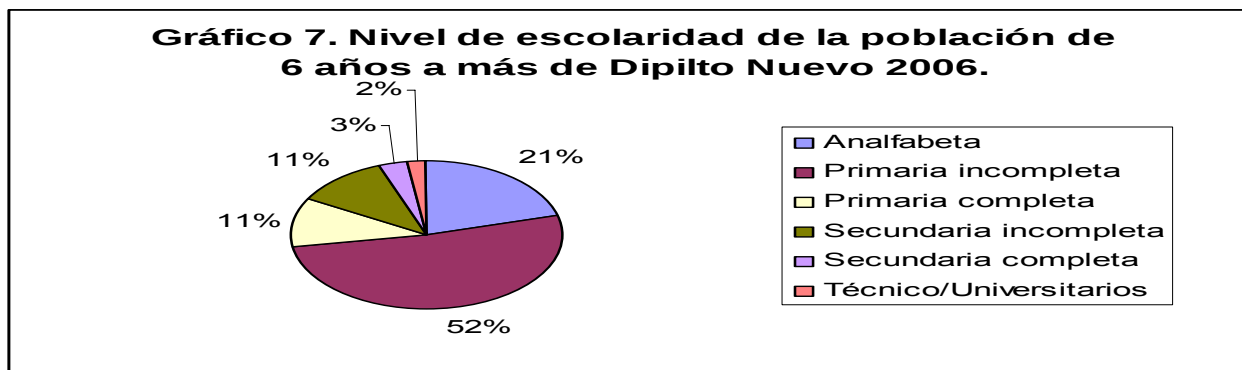


Fuente: (a) Encuesta.

(b) indicadores básicos Nicaragua 2002.

(c) indicadores básicos América 2002.

Esta situación es el resultado de que existe limitado acceso al sistema educativo ya que en la comunidad existen tres escuelas primarias ubicadas en: Dipilto Nuevo, Laguna 01 y la Laguna 02, y hasta hace un año se creó una escuela secundaria ubicada en el área urbana de Dipilto Nuevo, por lo que el 11.4% tiene nivel educativo de secundaria incompleta, solo el 10.7% terminó la primaria y el 3.3% concluyó los estudios de secundaria. El 2.1% corresponden a los técnicos y el 0.1% al nivel educativo superior que equivale a un pequeño porcentaje (Gráfico 7). El bajo nivel de escolaridad implica una limitante en las condiciones de vida, de salud y en el desarrollo social de una comunidad.



Fuente: Encuesta.

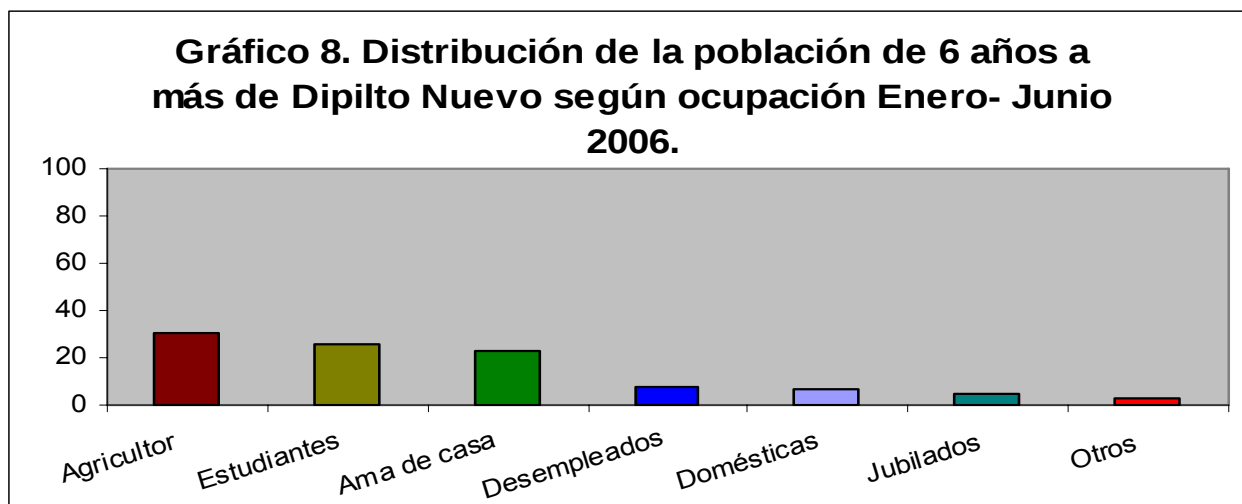


5.4.2. Situación económica (Ocupación)

La población económicamente activa de las comunidades de Dipilto Nuevo corresponde a 670 personas mayores de 15 años lo cual equivale al 60.5% de la población total.

Esta población económicamente activa tiene las características de ser mayoritariamente joven. Los niños varones y mujeres son utilizados como fuerza de trabajo a partir de los 10 años.

En cuanto a la distribución de la población según ocupación en la encuesta realizada en este estudio reveló que el 30.1% de la población de Dipilto Nuevo se dedica a trabajar en la agricultura, ya que es una zona meramente cafetalera, siendo los hombres los que mayoritariamente se dedican a esta labor, le siguen los estudiantes con un 25.5% y las ama de casa con un 23.0%, esta es una cantidad considerable de la población que no recibe remuneración económica y que dependen del primer grupo para subsistir. El 7.2% estaban desempleados al momento de la encuesta; el 6.2% de las mujeres ejercen trabajos domésticos remunerados y el 4.7% no trabajan por tener mas de 65 años y el 3% ejerce otros trabajos remunerados económicamente. (Gráfico 8)



Fuente: Encuesta.



5.4.3 Condiciones de la vivienda

En cuanto a la infraestructura de las viviendas de las 268 casas encuestadas pertenecientes a las seis comunidades de Dipilto Nuevo, el 81.3% son del área rural predominando en los materiales de construcción el techo de zinc con un 70.9%, paredes de concreto (64.9%) y el piso embaldosado (54.9%) lo que revela que todavía existe un porcentaje considerable de viviendas en condiciones precarias (Tabla 6).

En las comunidades de Dipilto Nuevo existe un promedio de 6 habitantes por vivienda, lo que indica que existen condiciones de hacinamiento constituyendo un factor negativo para la propia privacidad del individuo así como para la salud, ya que el hacinamiento es un condicionante para la propagación de enfermedades infecciosas.

Tabla 6. Infraestructura de las viviendas de la comunidad de Dipilto Nuevo 2006.

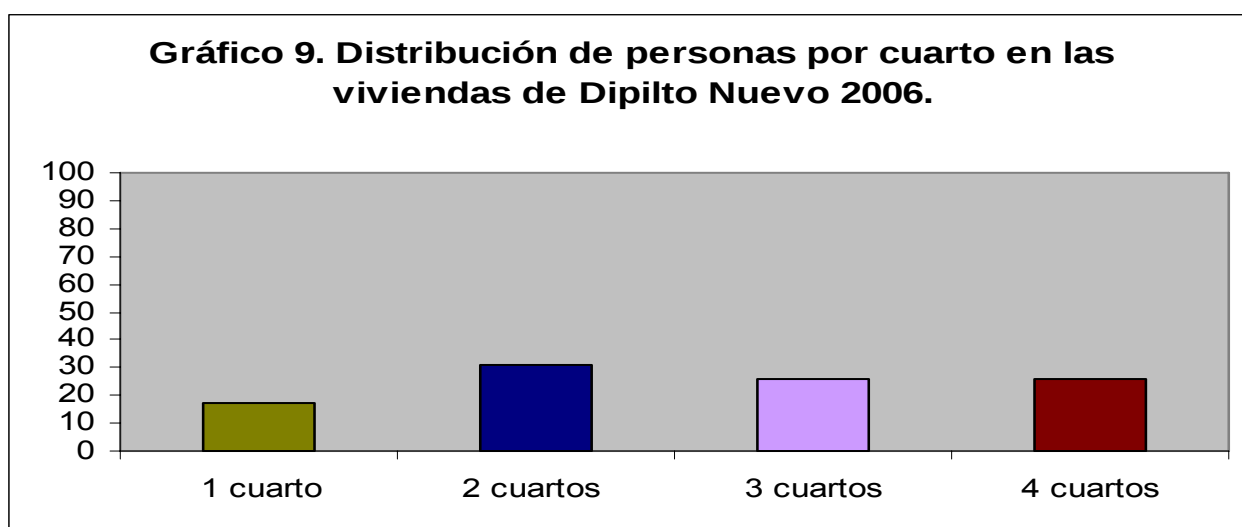
Características	Frecuencia	Porcentaje
Techo		
Zinc	190	70.9
Tejas	174	27.6
Tablas	1	0.4
Plástico	3	1.1
Paredes		
Concreto	174	64.9
Madera	47	17.5
Taquezal	46	17.2
Plástico	1	0.4
Piso		
Embaldosado	147	54.9
Tierra	116	43.3
Ladrillo	5	1.9
Total	268	100

Fuente: Encuesta.



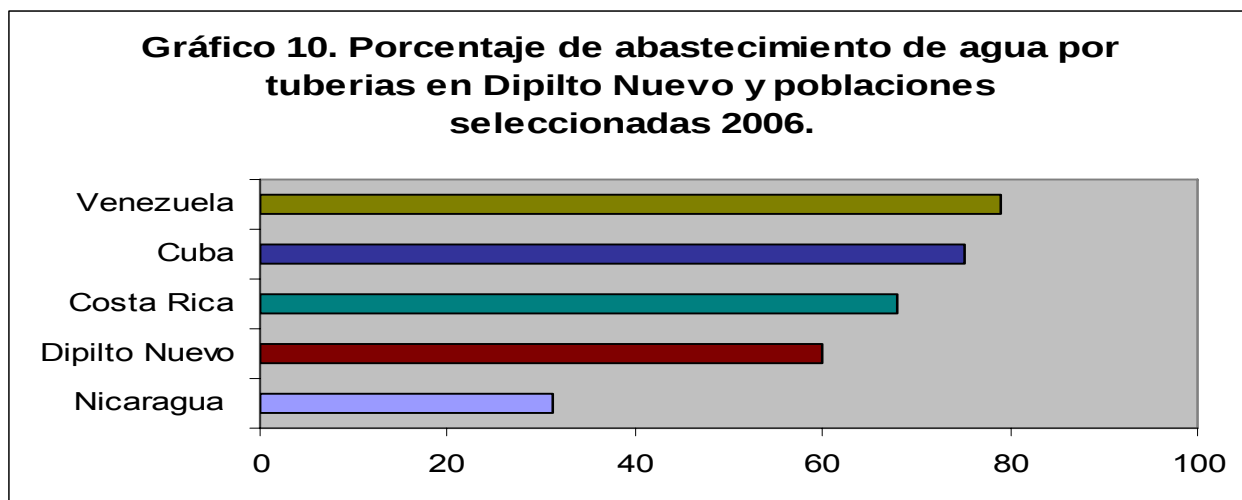
De las 268 casas encuestadas el 36.6% tiene dos dormitorios, el 34.7% un dormitorio, el 20.9% hay tres dormitorios y solo en el 7.8% hay cuatro dormitorios.

Al analizar el número de personas por cuarto el 31.0% hay dos persona por cuarto, seguido del 17.2 % que duerme una persona por cuarto, el 26.1% hay tres personas por cuarto y el 25.7% hay cuatro personas por cuarto; lo que representa que en la cuarta parte de las viviendas hay hacinamiento. (Gráfico 9)



5.4.4. Agua

En la comunidad de Dipilto Nuevo el abastecimiento de agua para consumo en el 60.1% de las viviendas es a través de tuberías intradomiciliar, el cual es bajo comparado con otros países, pero supera al nacional de 31.1% (Gráfico 10); sin embargo el 37.3% se abastece de pozos y el 2.6% de ríos lo que implicaría un riesgo para la salud al estar consumiendo agua de mala calidad, contaminada, lo que los expone a que se desencadene enfermedades infecciosas como la diarrea.



Fuente: (a) Encuesta.
(b) indicadores básicos Nicaragua 2002.
(c) indicadores básicos América 2002.

5.4.4.2. Energía eléctrica (alumbrado)

En cuanto al servicio de energía eléctrica el 56.8% de las viviendas cuenta con este servicio, que corresponden al área urbana de Dipilto Nuevo y a las comunidades aledañas a la cabecera municipal, quedando el restante 43.7% de las viviendas rurales iluminadas por candil y/o velas.

5.4.5. Medio ambiente

El clima de la comunidad de Dipilto Nuevo esta clasificado como sabana tropical de altura con una temperatura que oscila entre los 23- 26 grados Centígrados y una precipitación media anual que oscila entre los 1000-1200 mm caracterizándose por una buena distribución de las lluvias durante todo el año.

Este clima es propicio para el hábitat de los mosquitos transmisores del dengue y la malaria e influye en la aparición de problemas respiratorios.



Hidrografía: El río Dipilto es un recurso hídrico de vital importancia para los habitantes de los municipios de Dipilto y Ocotlán ya que de su caudal depende el abastecimiento de agua potable. También es útil en la producción cafetalera y de árboles en la zona.

A pesar de ser de vital importancia el río Dipilto está siendo contaminado principalmente por descargas orgánicas provenientes de la pulpa de café de las haciendas cafetaleras y residuos de los aserraderos ubicados en sus proximidades que afectan la calidad natural de las aguas y provocan efectos negativos en la salud.

Flora: en las comunidades de Dipilto Nuevo existen árboles de madera preciosa, medicinales y frutales. Los que son sometidos al despale indiscriminado del hombre para la utilización de leña, venta de madera.

Se producen quemaduras forestales accidentales en época de verano y para la preparación de las tierras que vienen a contaminar la atmósfera y favorecen las infecciones respiratorias.

Riesgos de desastres naturales: El territorio de las comunidades de Dipilto Nuevo está sujeto frecuentemente a sufrir en la época de invierno por los huracanes, inundaciones a causa del desbordamiento del río Dipilto o deslizamientos en las cimas de los cerros producto de los despales; Lo que constituye un riesgo potencial para la vida de los pobladores de esta zona.

5.4.6. Disposición de los desechos sólidos, líquidos y de excretas

En las comunidades de Dipilto Nuevo, no existe el servicio de recolección de basura por lo que según la encuesta realizada el 59.0% queman la basura, esta conducta propicia la aparición de las infecciones respiratorias agudas, el 27.6% la entierra y el 13.4% la deposita en basureros ilegales de los que hay dos: uno ubicado en la comunidad de la Laguna 01 y el otro en la comunidad de San Agustín, convirtiéndose en focos de contaminación del suelo y el río de Dipilto con proliferación de moscas, ratones y cucarachas reconocidos vectores de transmisión de enfermedades.



Tabla 7. Perfil higiénico sanitario de las viviendas de Dipilto Nuevo.

Variables	Frecuencia	Porcentaje n = 268
Disposición de la basura		
Quema	158	59.0
Entierra	74	27.6
Basurero ilegal	36	13.4
Disposición de los desechos líquidos		
La riega	178	66.4
Sumidero	65	24.3
Deja correr por la calle	25	9.3
Disposición de las excretas		
Letrinas	216	80.6
Inodoro	38	14.2
Aire libre	14	5.2
Total	268	100

Fuente: Encuesta

Lo que respecta a los desechos líquidos el 66.4% la riega al patio, el 24.3% tienen sumidero y el 9.3% la deja correr por la calle a como se puede observar se crean las condiciones propicias de humedad para el hábitat de mosquitos.

En cuanto a la disposición de las excretas el 80.6% de las casas poseen letrina de las cuales el 40% se encuentran en deficiente estado en la infraestructura, el 14.2% poseen inodoros estos están en el área urbana de Dipilto Nuevo y el 5.2% practican



fecalismo al aire libre lo cual constituye un riesgo para la propagación de enfermedades transmisibles.

5.4.7. Alimentación

Se realizó un grupo focal con líderes comunitarios, brigadistas y autoridades locales de las comunidades de Dipilto Nuevo en cuanto a los hábitos de consumo alimenticios diarios que reveló que la dieta esta basada principalmente en la ingesta de carbohidratos arroz y frijoles en los tres tiempos, ocasionalmente productos lácteos que son producidos por ellos mismos (leche, queso, cuajada y crema) así como verduras como: chayote, malanga, tomate entre otros. Y una vez a la semana se ingiere carne ya sea de res, Cerdo o pollo. Esta dieta no es balanceada por lo que el riesgo de desnutrición en esta comunidad es latente.

5.4.8. Clima de paz y violencia.

En la comunidad de Dipilto Nuevo no hay bandas armadas, existen dos pandillas de antisociales que están conformadas por diez jóvenes procedentes de la comunidad Laguna 1, que en reiteradas ocasiones asaltan y agraden a las personas que transitan en los caminos rurales, los que están registrados en la policía nacional que vela por la seguridad ciudadana.

Entre los delitos registrados en la policía nacional de Enero a Junio 2006 están:

- ❖ Seis casos de litigio que se están resolviendo por vía legal.
- ❖ Doce casos de Violencia intrafamiliar.



5.5. Recursos y coberturas en salud.

5.5.1 infraestructura de la unidad de salud

El sistema de salud en las comunidades de Dipilto Nuevo esta constituido por un centro de salud ubicado en la cabecera municipal de Dipilto en la comunidad urbana de Dipilto Nuevo.

Este es un centro de salud con cama, clasificado según nivel de resolución como tipo A, el cual fue remodelado a inicios de este año constando actualmente con un consultorio médico, un consultorio de enfermería donde se atiende el programa de AIMNA, una sala de unidad de rehidratación oral, una sala de emergencia, una sala donde se almacenan los biológicos, un consultorio de odontología, una farmacia y su bodega, una sala de labor y parto y un cuarto de descanso médico. Existe agua potable ocasionalmente y hay luz eléctrica. Se cuenta con dos letrinas en buen estado.

5.5.2 Recursos humanos

En el centro de salud de Dipilto Nuevo cuenta con el siguiente personal: una médica que es la directora municipal que se encarga de las funciones administrativas, una médico en servicio social que atiende a los 1106 pobladores de las comunidades de Dipilto Nuevo, una auxiliar de enfermería y una enfermera que atiende los programas de AIMNA, VPCD, planificación familiar, PAI; un higienista que se encarga de la vigilancia epidemiológica, un educador en salud que realiza la labor de prevención y promoción de la salud, una odontóloga contratada por la alcaldía municipal y que brinda atención una vez a la semana, una persona responsable de la farmacia y una conserje. Al compararlo con otras poblaciones se evidencia que hay pocos recursos humanos en el sector salud, que se podría traducir en un déficit en las coberturas de los diferentes programas, así como una atención inadecuada a los pacientes lo que no ayudaría a mejorar su salud y calidad de vida de la población.

El centro de salud es apoyado en las actividades comunitarias por 14 brigadistas, 8 parteras las cuales se les ha capacitado previamente para su labor y 7 colaboradores



voluntarios que están distribuidos en las diferentes comunidades. (Tabla 8)

Tabla 8. Recursos humanos en el centro de Salud de Dipilto Nuevo en comparación con otras poblaciones.

Recursos humanos	Dipilto Nuevo	Nagarote	Telica
Médicos generales	1	4	7
Odontólogos	1	1	3
Farmacéuticos	0	1	1
Enfermeras profesionales	1	2	2
Auxiliar de enfermería	1	4	13
Higienista	1	1	1
Educador en salud	1	1	1
Brigadistas	14	16	10

**Fuente: (a) Registro del Centro de Salud de Dipilto.
(b) Diagnóstico comunitario de Nagarote y Telica.**

5.5.3. Organización de la unidad de salud

El horario de atención del centro de salud esta regido por el Ministerio de Salud (8:00 a.m.- 5:00 p.m.), realizando turnos nocturnos, brindando los servicios de morbilidad general, emergencia, programas de AIMNA, VPCD, inmunizaciones, programa de tuberculosis, ETS/SIDA, inyectología, cirugía menor, curaciones, APN, PAPS, URO, Planificación familiar, atención a pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles, odontología, promoción y prevención en salud.

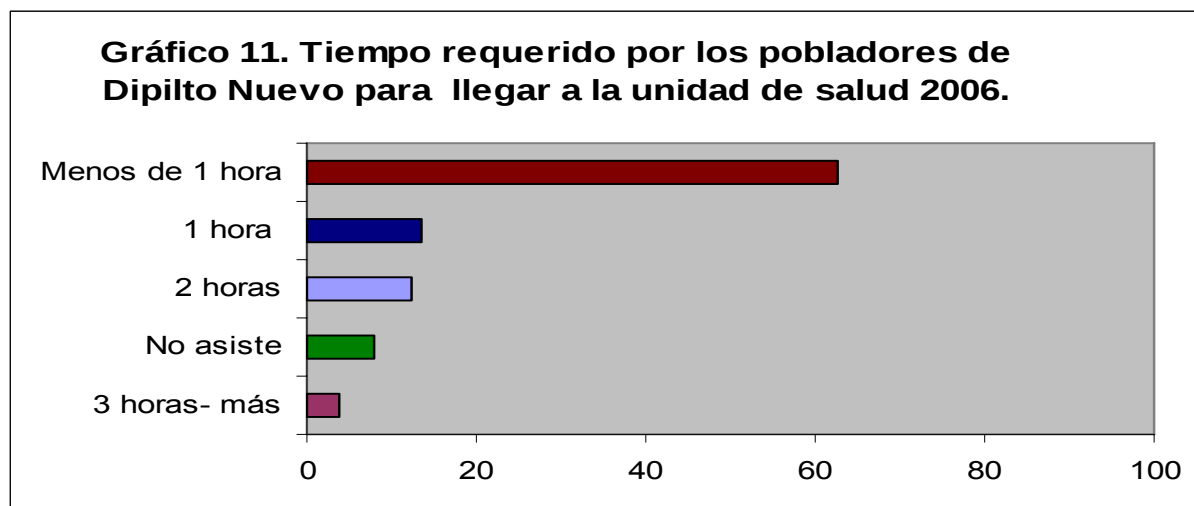


Algo que es importante señalar es que debido al poco personal médico los turnos nocturnos en ocasiones son realizados solo por personal de enfermería, las que no tienen la capacidad de resolución máxima ante casos graves de emergencia, por lo que se traslada estos casos al hospital Alfonso Moncada Guillén de la ciudad de Ocotlán.

5.5.4. Accesibilidad a los servicios de salud

El centro de salud de Dipilto Nuevo está ubicado en el área urbana del municipio de Dipilto Nuevo cuyo acceso es por vía terrestre, a través de los caminos de tierra de las áreas rurales y la carretera panamericana. La distancia del centro de salud a las diferentes comunidades rurales es la siguiente: Barrio San Agustín: un Km., barrio Germán Pomares: un Km., laguna 1 y laguna 2: 45 y 35 Km. respectivamente, y la comunidad más lejana es Alcántara a 20 Km.

En la encuesta que se realizó se logró traducir esta distancia de las comunidades a horas para llegar a la unidad de salud, encontrándose que al 62.7% de la población le queda a menos de una hora, el 13.4% viaja una hora, el 12.3% duran dos horas, el 7.8% refirió no saber ya que no asiste a la unidad de salud y el 3.7% que corresponde a los habitantes de la comunidad de Alcántara dilatan tres horas en llegar a la unidad de salud. Esto significa que la unidad de salud queda accesible para una parte de la población y que la otra parte tarda más de una hora en llegar a la unidad de salud lo que los desmotiva a visitar la unidad de salud o a que lleguen cuando el proceso de su enfermedad está avanzado por el largo viaje que implica, el cual lo hacen a pie la mayoría y solo unos pocos en Vehículo. (Gráfico 11)

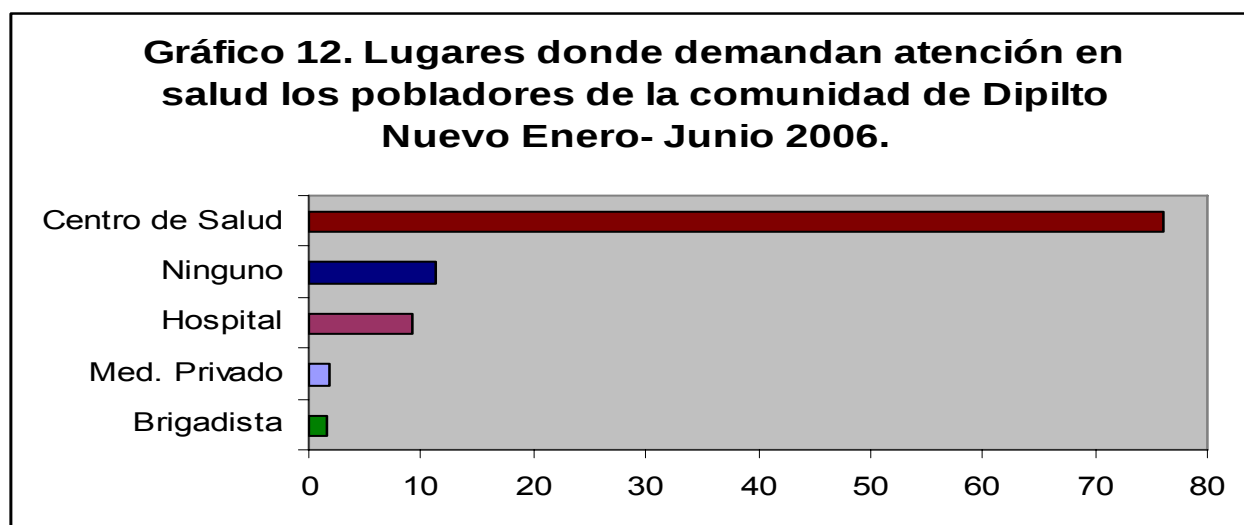


Fuente: Encuesta.

5.5.5. Utilización de los servicios de salud

A través de la encuesta realizada a los pobladores de la comunidad de Dipilto Nuevo para conocer la utilización de los servicios de salud la última vez que se enfermaron resultó que el 76.1% acudieron al centro de salud, el 11.2% no buscó atención médica, el 9.3% acudieron al hospital ya que queda accesible, el 1.9% fue a médico privado y solo el 1.5% donde el brigadista. (Gráfico 12)

A como se puede observar gran porcentaje hace uso de los servicios de la unidad de salud a pesar de que para algunos queda a gran distancia, sin embargo desde el punto de vista económico la población no tiene problema para recibir atención en salud, ya que es gratuita.



Fuente: Encuesta.

5.5.6. Cobertura del Programa Vigilancia y Promoción de Crecimiento y Desarrollo del niño en el centro de salud de Dipilto 2005

Según datos registrados en el centro de salud de Dipilto en el año 2005, se realizaron en total 133 controles de los cuales 22 eran de niños menores de 1 año, para una cobertura de 68.75% y 111 controles a niños de 1-4 años con una cobertura de 79.8%. La cobertura es baja lo que probablemente repercutiría en la salud infantil de manera negativa ya que no se detectaría a tiempo los problemas de desnutrición entre otros (Tabla 9)

Tabla 9. Cobertura del Programa Vigilancia y Promoción de Crecimiento y Desarrollo del niño en el Centro de Salud de Dipilto 2005.

PROGRAMA VPCD	Población Blanco	Cobertura (%)
Menores de 1 año	32	68.75
1_4 años	139	79.8

Fuente: Registro del Centro de Salud de Dipilto.



5.5.7. Cobertura del Programa de Atención Integral a la Mujer.

La cobertura del programa de planificación familiar en el año 2005 es de 65%. Esto indica que la cobertura de planificación familiar esta disminuida, lo que trae como consecuencia un aumento en las tasas de natalidad y anual de crecimiento demográfico, lo que significa que va a existir una mayor dependencia económica, hacinamiento en la que se van a ver afectadas las familias de escasos recursos económicos; existiendo una menor cobertura para los controles prenatales y programa de vigilancia crecimiento y desarrollo. Asimismo el espaciamiento que va ha tener la madre entre un embarazo y otro, va ha ser menor que el deseado (dos años), el cual es un factor que afecta la salud de la madre y la sobrevivencia de los recién nacidos aumentando las tasas de mortalidad materno-infantil.

En cuanto a la cobertura del programa Detección Oportuna del Cáncer Cérvico-uterino del año 2005 es de 50%, lo que demuestra que la mitad de la población de mujeres en edad fértil, están más susceptibles a que se le diagnostique cáncer de cérvix en etapas mas tardías repercutiendo en la salud de la mujer. (Tabla 10)

Tabla 10. Cobertura de los programas de Atención Integral a la mujer en el Centro de Salud de Dipilto 2005

Programa	Población Blanco	Cobertura (%)
Planificación familiar	206	65
Detección oportuna del cáncer	306	50
Control prenatal	28	71

Fuente: Registro del Centro de Salud de Dipilto.



5.5.8. Cobertura del Control Prenatal

La cobertura del programa de control prenatal según datos del centro de salud de Dipilto en el año 2005 es de 71%, la que al compararla con otras poblaciones es baja, esta menor cobertura de control prenatal da como consecuencia la no detección de riesgos por el que pasan las madres y los niños durante el embarazo y parto, principalmente aquellos clasificados como alto riesgo que requieren de mayor atención para minimizar el riesgo de complicaciones y muerte tanto para la mujer como para el niño o niña. (Ver tabla 8)

Tabla 8. Cobertura del control prenatal en el Centro de Salud de Dipilto en comparación con poblaciones seleccionadas.

Población	Cobertura (%)
Cuba (a)	100
Nicaragua (a)	81.5
Chontales (c)	73.7
Dipilto Nuevo (b)	71
Nagarote (c)	62

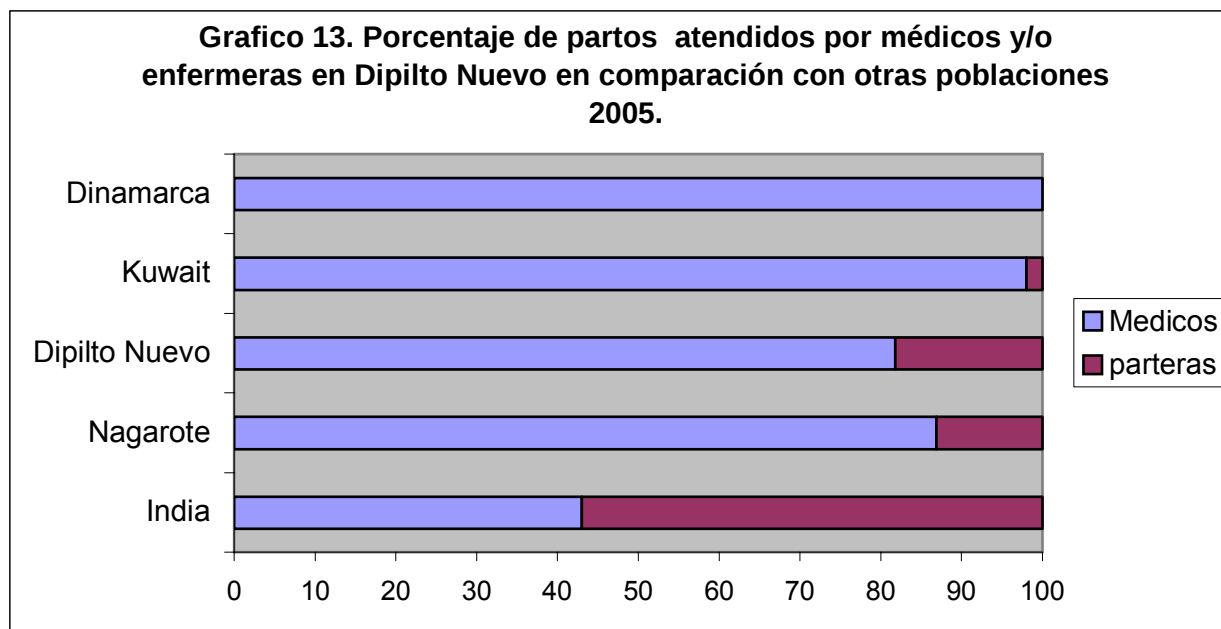
Fuente: (a) Estado de la población mundial 2002.
(b) Registro del Centro de Salud de Dipilto.
(c) Diagnósticos de comunidad.

5.5.9. Atención Institucional del Parto.

En cuanto a la atención del parto en el 2005 según registro del centro de salud de Dipilto el 81.8% son institucionales y el 18.2% son domiciliarios. Asimismo el 81.8% son atendidos por médicos y/o enfermeras y el 18.2% es atendido por partera. Haciendo comparación con otras poblaciones, la comunidad de Dipilto ocupa el tercer lugar de partos atendidos por médicos y/o Enfermeras, hecho que recubre especial importancia ya que al ser la mayoría de partos atendidos por personal capacitado, en condiciones de asepsia se minimizan o evitan las complicaciones durante el parto como en el



postparto tanto para la mujer como para el niño o la niña, reduciendo así la morbi-mortalidad materno-infantil. (Gráfico 13)



**Fuente: (a) Estado de la población mundial 2002.
(b) Diagnóstico de comunidad Nagarote.**

5.6. Análisis cualitativo de los principales problemas planteados por los líderes, brigadistas y autoridades locales de la comunidad de Dipilto Nuevo

En el grupo focal realizado en la casa comunal de Dipilto Nuevo con los líderes, brigadistas y autoridades locales como: delegada del MINSA, MECD, policía nacional y la alcaldía municipal, con el objetivo de investigar los principales problemas ambientales, sociales y de salud, encontrándose lo siguiente:

Problemas ambientales:

- ❖ La quema de bosques: las cuales en la mayoría de los casos son intencionales según la policía nacional. El delegado de la Alcaldía expresó que esta quema contamina el ambiente provocando que los cerros queden desarborizados lo que



constituye un riesgo en época de invierno por el peligro de deslave. La delegada del MINSA refirió que esta situación trae consecuencias negativas a la salud como aumento de las infecciones respiratorias agudas y conjuntivitis.

- ❖ Las aguas mieles del río Dipilto (expresaron los delegado de las instituciones arriba mencionados y los líderes y brigadistas comunitarios de Dipilto Nuevo) a causa del procesamiento del café en las haciendas cafetaleras, contaminando las aguas, por lo que los pobladores tratan el agua con medios físico-químicos (hervir y clorar) antes de consumirla.
- ❖ La presencia de basureros ilegales: expresaron los líderes y brigadistas comunitarios de las comunidades afectadas (Laguna 1 y San Agustín) que contaminan el ambiente por el mal olor que expelen y ponen en riesgo la salud ya que acuden roedores e insectos transmisores de enfermedades a lo que estuvieron de acuerdo los demás asistentes.

Problemas sociales:

- ❖ El desempleo que provoca que muchas familias no puedan satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, servicios básicos, educación, etc.) expresaron los líderes y brigadistas comunitarios.
- ❖ Existe poco acceso a la educación ya que muchos niños tienen que caminar grandes trayectos para asistir al colegio, por lo que algunos padres de familia deciden que los niños no estudien, expresó la delegada del Ministerio de Educación Cultura y Deporte (MECD) a lo que estuvieron de acuerdo los demás asistentes.
- ❖ “Las características físicas de las viviendas son inadecuadas” expresó el líder comunitario de la comunidad Laguna 1 y demás asistentes, ya que las casas son pequeñas y están construidas con materiales poco resistentes que no brindan seguridad, ni privacidad a sus moradores.



- ❖ No existe un sistema de transporte entre comunidades por lo que se hace difícil el asistir a la unidad de salud por ejemplo, expresaron los líderes y brigadistas comunitarios.
- ❖ No hay energía eléctrica en los sectores rurales más alejados de la cabecera municipal de Dipilto, expresaron los líderes y brigadistas comunitarios, lo que pone en riesgo la seguridad ciudadana por los antisociales que aprovechan la oscuridad para realizar sus actividades.

Problemas de salud:

- ❖ Falta de accesibilidad a los servicios de salud, expresaron los líderes y brigadistas comunitarios ya que hay personas de las comunidades de Alcántara, Laguna 1 y 2 que no asisten por razones de distancia.
- ❖ Escasez de personal de salud para mejorar la calidad de atención expresó la delegada del MINSA para aumentar la cobertura y disminuir los problemas de salud de la comunidad a lo que estuvieron de acuerdo los demás asistentes.
- ❖ Existen muchos casos de Infecciones respiratorias agudas y diarreas sobre todo en los niños a causa del clima, problemas higiénico-sanitarios, entre otros, expresaron la delegada del MINSA y los líderes y brigadistas comunitarios.



VI. LISTA DE PROBLEMAS

I. Demográficos

- Tasa anual de crecimiento demográfico elevada.
- Alto porcentaje de la población es del área rural.
- Elevada fecundidad.

II. Morbilidad y Mortalidad

- Las enfermedades respiratorias agudas son la principal causa de morbilidad.
- Elevada incidencia de casos de Dengue clásico.
- Las principales causas de mortalidad son las afecciones del aparato cardiovascular y las causas externas.
- Alta tasa de mortalidad infantil.

III. Condiciones de Vida

- Bajo nivel educativo.
- Condiciones de las viviendas inadecuadas con hacinamiento.
- Servicios básicos inadecuados para las viviendas.
- Presencia de basureros ilegales.
- Dieta poco balanceada.

IV. Recursos en Salud

- Cobertura baja del programa de Atención integral a la mujer y Vigilancia, promoción del crecimiento y desarrollo del niño.
- Escasez de recursos humanos.



VII. PRIORIDADES PARA LA ACCION

A partir de los problemas identificados, considerando tanto el papel de cada uno como la factibilidad de transformarlos, se propone priorizar:

- Asegurar a todas las mujeres, el acceso a servicios de salud en general, de salud reproductiva, servicios de planificación familiar y atención materno-infantil.
- Diseñar programas y estrategias que permitan la incorporación efectiva al sistema educativo, para mejorar el nivel de instrucción de la población.
- Mejorar los servicios básicos y la propia infraestructura de la vivienda por medio del fortalecimiento del plan de desarrollo local con organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- Mejorar el acceso de la población a los servicios de salud.



VIII. REFERENCIAS

1. Barrios Chica, Róger. Proceso de Diagnóstico de comunidad, Mina de Limón, 1987.
2. Irías Salazar Ángela Xiomara. Diagnóstico de comunidad Palacagüina, Madriz 1997.
3. Guido Valladares Mariela Lisset Diagnostico de comunidad Cusmapa Madriz 1997, León Nicaragua 1997.
4. Casco Valladares, Emma de Jesús. Diagnóstico de comunidad, Municipio de Totogalpa, Madriz, 1998.
5. López Delgado, Eduardo Ramón. Diagnóstico situacional en la localidad del Papaturro, 2000.
6. Blandón Méndez Rosa María Diagnostico del casco urbano del Municipio El Jicaral. 1996
7. Canales Pérez Ángela. Diagnostico de comunidad Telpaneca, Madriz 1997.
8. Canal F. Estadística médica y salud pública. (1998)
9. [http //www.mipagina.cantv.net/jbhuerta/indicadores.htm](http://www.mipagina.cantv.net/jbhuerta/indicadores.htm).
10. Centro Latinoamericano de perinatología (CLAP) OMS-OPS. Enfoque de riesgo (1996)
11. OPS/OMS. Salud para todos en el año 2000. Estrategias 1980. Pág. 4.
12. Ministerio de salud, Nicaragua. Indicadores básicos de salud/ MINSA, Managua, Nic: OMS, OPS 2002.
13. Talavera Manuel, Rivera Carlos. Diagnóstico de Comunidad Palacagüina Madriz 1997.
14. Chávez Medina, Octavio Adolfo. Diagnóstico de Comunidad, UPE, Punta Nãta y Apascalí, El viejo Chinandega, 1989.
15. UNAN-León. Compendio de Diagnóstico de comunidad. Folleto mimeografiado, Pág., 21.



16. López Calero, Margarita. Diagnóstico de Comunidad, Barrio la arrocera, León 1989.
17. Lindo Moradel Róger. Diagnóstico de comunidad San Juan de Río Coco Madriz 1997.
18. Medicina preventiva, UNAN León (sin fecha) Diagnostico de comunidad. Folleto mimeografiado.
19. Mendoza Salinas Rafael A. Proceso de Diagnostico de comunidad Tonalà Chinandega región II Nicaragua Octubre 1988 Marzo 1989.
20. Méndez Jenny Carlota. Diagnostico de salud del Municipio Muelle de los Bueyes, en el año 2000.
21. Ocón Pedro. García Luis. Diagnóstico de comunidad Municipio de San Lucas, Departamento de Madriz. 1997.
22. López Eduardo. Medina Alonso. Diagnóstico situacional en la localidad de Papaturro, San Carlos, Departamento de Río San Juan. 1999.
23. MINSA. Encuesta nicaragüense de Demografía y Salud 1998. INEC 1999.
24. <http://www.deyc-corrientes.gov.ar/glosario.htm>.
25. <http://www.ideam.gov.co/indicadores/socio5.htm>.
26. Organización panamericana de la salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos de salud 2003. OPS 2002.

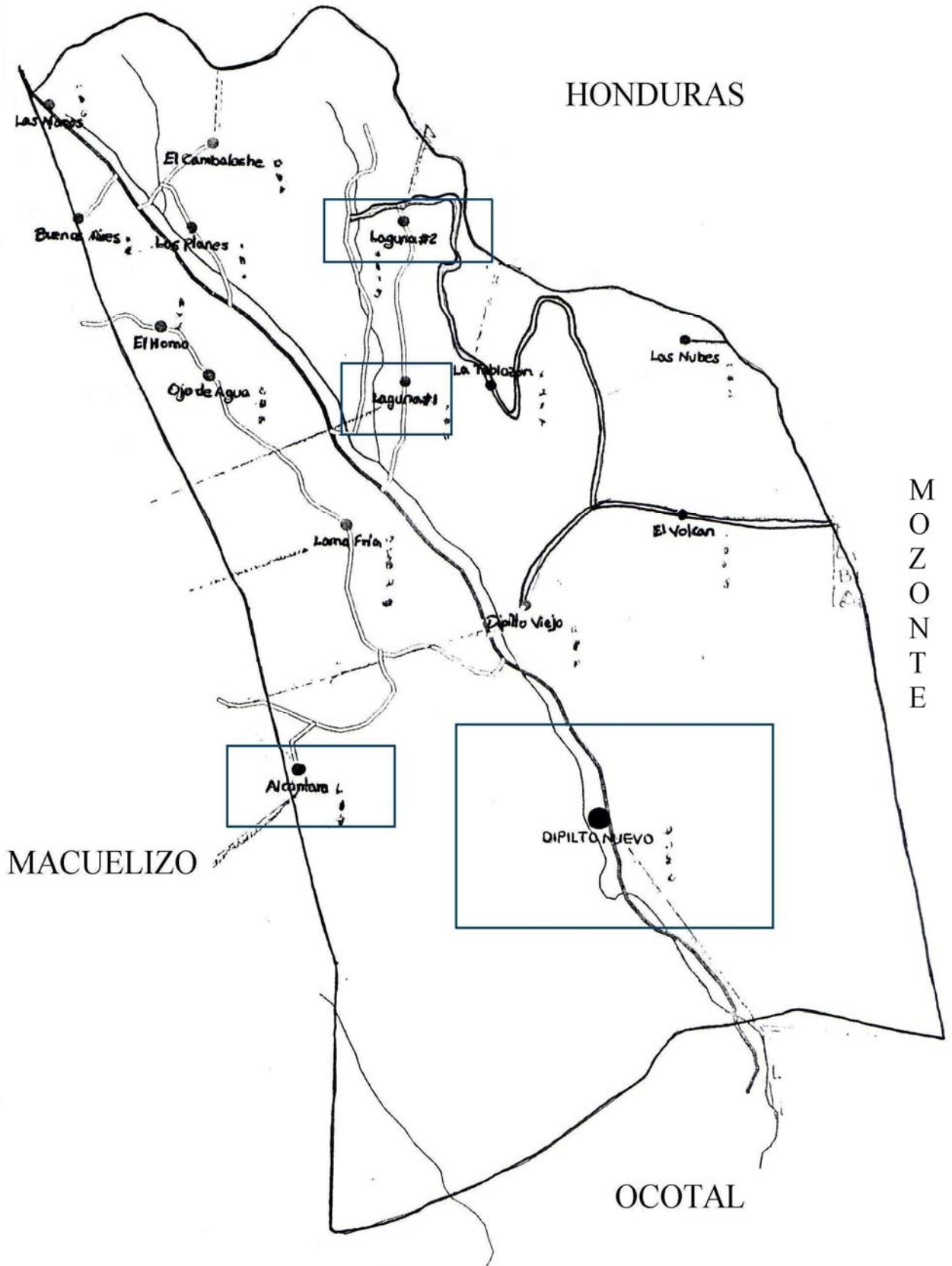


IX. ANEXOS

1. Mapa de Dipilto.
2. Fotografías del territorio
3. Encuesta.

MUNICIPIO DE DIPILTO

HONDURAS



MACUELIZO

OCOTAL

MOZONTE



Imagen 1. Parque del municipio de Dipilto Nuevo.

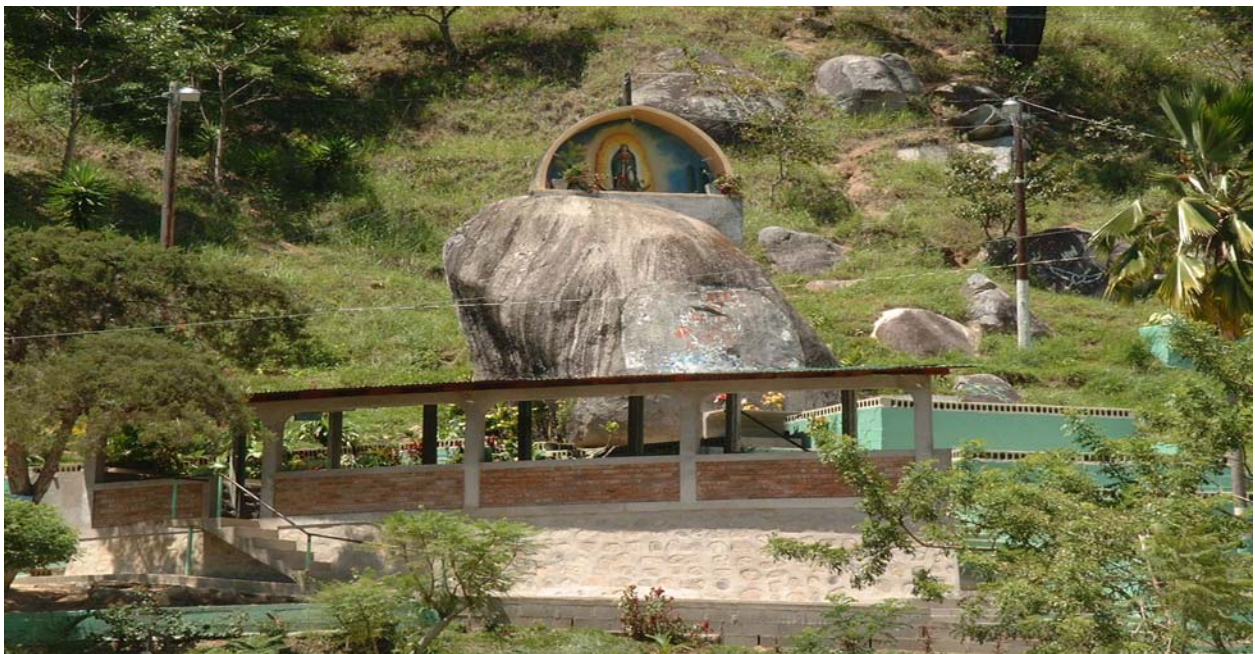


Imagen 2. Santuario mariano Virgen da la piedra, Patrona del municipio de Dipilto.



Imagen 3. Río Dipilto que atraviesa la comunidad de Dipilto Nuevo.



Imagen 4. Presencia de charcas en los caminos rurales de la comunidad Germán Pomares, de Dipilto Nuevo.



Imagen 4. Características físicas de las viviendas en las comunidades rurales de Dipilto Nuevo.

**FORMULARIO DE RECOLECCION DE LOS DATOS
DIAGNOSTICO DE LA COMUNIDAD DE DIPILTO NUEVO
GUIA DE OBSERVACIÓN**

1. Datos higiénicos sanitarios:

1.1. Ambiente:

Presencia de polvo en el aire: Si _____ No _____

Hay mal olor en el ambiente: Si _____ No _____

1.2. Tipo de calles:

Pavimentadas: Si _____ No _____ Cuántas? _____

Tierra: Si _____ No _____ Cuántas? _____

Adoquinadas: Si _____ No _____ Cuántas? _____

1.3. Basureros ilegales:

Si _____ No _____ Cuántos? _____

Ubicación: _____

1.4. Presencia de charcas en las calles:

Si _____ No _____ Cuántas? _____

Ubicación: _____

2. Unidad de salud:

2.1. Tipo de atención:

Presencia de consulta externa: Si _____ No _____

Emergencia: Si _____ No _____

Farmacia: Si _____ No _____

Laboratorio: Si _____ No _____

2.2. Recursos humanos que atienden en la unidad de salud:

Cantidad de médicos: _____

Cantidad de enfermeras: _____

2.3. Producción de servicios:

Promedio de números de consultas médicas mensual: _____

Promedio de números de consultas por enfermería mensual: _____

Promedio de números de actividades de los diferentes programas mensual:

2.4. Servicios ofertados en la unidad de salud:

Inmunización: Si _____ No _____

Vigilancia del crecimiento y desarrollo: Si _____ No _____

Control prenatal: Si _____ No _____

Planificación familiar: Si _____ No _____

Control del puerperio: Si _____ No _____

Detección del cáncer cérvico uterino: Si _____ No _____

Morbilidad general: Si _____ No _____

Odontología: Si _____ No _____

Programa de tuberculosis: Si _____ No _____

Vigilancia epidemiológica: Si _____ No _____

FORMULARIO DE RECOLECCION DE LOS DATOS
DIAGNOSTICO DE LA COMUNIDAD DE DIPILTO NUEVO

La presente encuesta es para recolectar datos para el estudio de Diagnóstico de comunidad Dipilto Nuevo, municipio de Dipilto, departamento de Nueva Segovia; los cuales son confidenciales y servirán para dicho estudio, agradeciendo de antemano su colaboración.

I. CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS

Nombres y apellidos	Edad	Sexo	Ocupación	Escolaridad	Religión

II. PERFIL HIGIENICO SANITARIO

Características de la vivienda:

1. Techo:

a) Zinc_____

b) Tejas_____

c) Tabla_____

d) Plástico_____

2. Paredes:

a) Concreto_____

b) Madera_____

c) Plástico_____

3. Piso:

- a) Embaldosado_____
- b) Ladrillo_____
- c) Tierra_____

4. Cuántos cuartos hay en la vivienda ? _____

5. Cuántas personas duermen por cuarto, incluyendo a los tiernos ? _____

6. De dónde toman el agua para beber?

- a) Cañería intradomiciliar _____
- b) Pozo _____
- c) Río _____

7. Qué tipo de iluminación tiene la vivienda?

- a) Luz eléctrica _____
- b) Candil _____

8. ¿Dónde depositan las excretas?

- a) Letrina-----
- b) Inodoro-----
- c) Aire libre-----

9. ¿Dónde depositan la basura?

- a) Entierra-----
- b) Quema-----
- c) Basurero ilegal-----

10. ¿Dónde depositan los desechos líquidos?

- a) Sumidero _____
- b) La riega al patio _____

c) Deja correr por la calle _____

III. FECUNDIDAD

1. En la casa hay alguna mujer embarazada?

Si: _____ No: _____ Cuantas: _____

2. Cuántas de las mujeres embarazadas de la casa son menores de 19 años? _____

3. Desde el primero de Enero del 2005 hasta este momento. Ha nacido vivo algún niño de esta familia? Si: _____ No: _____ Cuántos: _____

IV. MORTALIDAD

Desde el primero de Enero del 2000 hasta este momento. Ha fallecido algún recién nacido, persona anciana u otra persona que vivía con ustedes por enfermedad, violencia u otro motivo? Si: _____ No: _____ Cuantos: _____

Número de fallecido	Edad	Sexo	Fecha del fallecimiento	Causa

V. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. La última vez que alguien de esta casa se enfermó a dónde lo llevaron?

a) Brigadista: _____

b) Partera: _____

c) Puesto de salud: _____

d) Hospital: _____

e) Ninguno: _____

2. A cuánto tiempo le queda la unidad de salud? _____ Horas

FORMULARIO DE RECOLECCION DE LOS DATOS
DIAGNOSTICO DE LA COMUNIDAD DE DIPILTO NUEVO
GUIA DE GRUPO FOCAL A LÍDERES Y BRIGADISTAS COMUNITARIOS

1. Qué tipo de alimentación es la que consume más la mayoría de los habitantes de las comunidades de Dipilto Nuevo?

a) Arroz: _____

b) Frijoles: _____

c) Huevos: _____

d) Legumbres: _____

e) Carnes:

Pollo: _____ Res: _____ Cerdo: _____ Pescado: _____

f) Leche: _____

g) Productos lácteos: _____

h) Otros: _____ Especifique: _____

2. Cuáles consideran ustedes son los principales problemas sociales que afectan más a las comunidades de Dipilto nuevo?

3. Cuáles consideran ustedes son los principales problemas o necesidades que afectan más a las comunidades de Dipilto nuevo en cuanto al medio ambiente?

4. Cuáles consideran ustedes son los principales problemas o necesidades que afectan más a las comunidades de Dipilto nuevo en cuanto a salud?

FORMULARIO DE RECOLECCION DE LOS DATOS
DIAGNOSTICO DE LA COMUNIDAD DE DIPILTO NUEVO
GUIA DE INFORMACION QUE SE VA A RECOLECTAR DE LOS REGISTROS DE LA
UNIDAD DE SALUD

1. Datos de morbilidad:

1.1 Principales motivos de consulta en niños menores de 1 año:

Dermatitis _____

Resfriado común: _____

Neumonía: _____

Enfermedad Diarreica: _____

Enfermedad febril: _____

Otras: _____ Especifique: _____

1.2 Principales motivos de consulta en niños de 1 a 5 años:

Dermatitis _____

Infección respiratoria aguda: _____

Neumonía: _____

Enfermedad Diarreica: _____

Parasitosis intestinal: _____

Otras: _____ Especifique: _____

1.3 Principales motivos de consulta en escolares:

Dermatitis _____

Infección respiratoria aguda: _____

Neumonía: _____

Enfermedad Diarreica: _____

Parasitosis intestinal: _____

Otras: _____ Especifique: _____

1.4 Principales motivos de consulta en Adolescencia:

Infección respiratoria aguda: _____

Neumonía: _____

Enfermedad Diarreica: _____

Parasitosis intestinal: _____

Trastornos del desarrollo: _____

Infección del tracto genitourinario: _____

Otras: _____ Especifique: _____

1.5 Principales motivos de consulta en Adultos:

Problemas dérmicos: _____

Infección respiratoria aguda: _____

Neumonía: _____

Enfermedad Diarreica: _____

Parasitosis intestinal: _____

Infección del tracto genitourinario: _____

Otras: _____ Especifique: _____

2. Datos de mortalidad:

Principales causas de mortalidad en niños menores de 1 año.

Principales causas de mortalidad en niños de 1 a 5 años.

Principales causas de mortalidad General.

Principales causas de muerte materna.