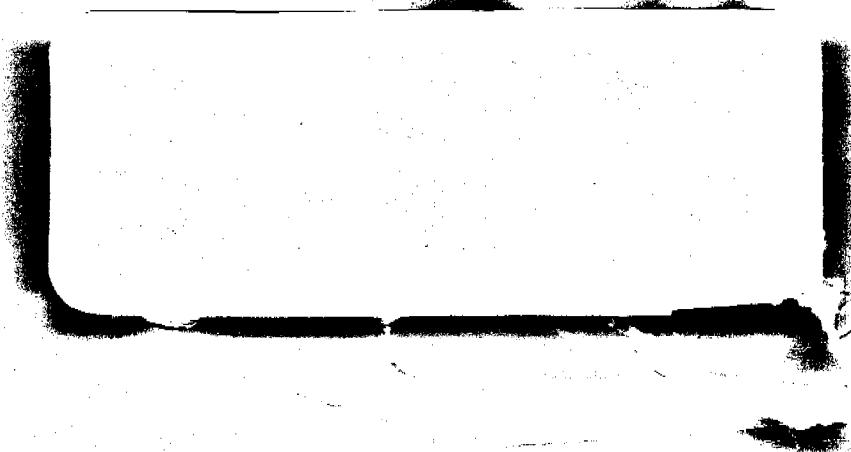


CHS

827
CO.CH 85

Convenio Colombo Holandés



**Programa de Atención
Primaria en Salud**

827 CO.CH 85
4106

CONVENIO COLOMBO HOLANDES

EVALUACION INTERNA

C H O C O

LIBRARY, INTERNATIONAL REFERENCE
CENTRE FOR COMMUNITY WATER SUPPLY
AND SANITATION (IRC)
P.O. Box 93190, 2509 AD The Hague
Tel. (070) 814911 ext. 141/142

RN:

wh 4106

LO:

827 CO.CH 85

1 9 8 5

I N D I C E

PRIMERA PARTE

EVALUACION INSTITUCIONAL..... 1

SEGUNDA PARTE

EVALUACION COMUNITARIA 460

PRIMERA PARTE

EVALUACION INSTITUCIONAL

INTRODUCCION			1
CAPITULO PRIMERO	:	ASPECTOS GENERALES	3
CAPITULO SEGUNDO	:	INFRAESTRUCTURA, DOTACION Y SUMINISTROS	
CAPITULO TERCERO	:	ATENCION A LAS PERSONAS	71
CAPITULO CUARTO	:	CAPACITACION, SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA	229
CAPITULO QUINTO	:	SANEAMIENTO BASICO	279
CAPITULO SEXTO	:	EDUCACION EN SALUD	327
CAPITULO SEPTIMO	:	PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD	352
CAPITULO OCTAVO	:	COSTOS	400

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

A través de esta Evaluación se pretende presentar el progreso que ha tenido el Programa de Atención Primaria en Salud (Convenio Colombo - Holandés) en los cinco años de labor desarrollados en el Departamento del Chocó. Su implementación se ha hecho en tres áreas así :

Para el **AREA 1**, corresponde a los Municipios de Bojayá y Ríosucio, se cuenta con información desde 1980 hasta 1984.

Para el **AREA 2** corresponde al Alto Atrato y Andágueda, representada por los Municipios de Lloró y Bagadó, se cuenta con una información desde el año de 1981 hasta 1984.

Para el **AREA 3**, correspondiente a la región del San Juan, Municipios de Tadó, Istmina, Condoto, Nóvita, se cuenta con información desde 1983 hasta 1984.

La información del primer año de cada área, no es suficiente para su comparación con los demás años, ya que generalmente corresponde al Diagnóstico en el cual no es posible medir todas las actividades de la Promotora.

La Evaluación contiene: la descripción de experiencias por Componentes, análisis de los datos y resultados de todas las actividades del Programa basada en el sub-sistema de información CIMDER, que maneja la Promotora Rural de Salud, una Evaluación Complementaria para profundizar mas el análisis por componente de acuerdo a las adaptaciones que se han hecho en el Programa y a la situación presentada en las áreas de trabajo, una Evaluación Participativa para obtener una visión de la opinión que tienen las diferentes comunidades sobre el Programa.

La Evaluación complementaria fue hecha por la doctora ELLY ENGELKES, Ase
Asesora del Programa; la Evaluación Participativa por las trabajadoras
sociales AYDA OBREGON y LUZ MARINA DONATO, con la asesoría de la trabaja-
dora social LUZ MARIA VALDERRAMA; los datos del sub-sistema de informa-
ción de las Promotoras Rurales de Salud, se tomaron del Informe de Pro-
greso del Estadístico LUIS MARIANO MORENO.

Se espera que las conclusiones y recomendaciones sean un gran aporte pa-
ra hacer los ajustes pertinentes en el Programa de Atención Primaria.

C A P I T U L O P R I M E R O

ASPECTOS GENERALES

J U S T I F I C A C I O N

Todo Programa en su planeación debe llevar incorporado un sistema de evaluación, que permita la medición de los resultados, para que éstos sir - van como base en la planeación y distribución de los recursos, tanto humanos como financieros. También sirve para reorientar la política y los servicios.

Por eso el Programa Rural de Salud, después de 5 años de trabajo ha decidido evaluar todas las actividades desarrolladas, para reflexionar pro - fundamente sobre todas las acciones realizadas y así poder aplicar los correctivos que se consideren pertinentes.

O B J E T I V O S

GENERALES

1. Evaluar el progreso del Programa por Componentes, tomando como base - todas las actividades desarrolladas en el área programática durante un período de 5 años.
2. Analizar los logros de cada Componente del Programa, como también - los obstáculos que han impedido el desarrollo de las actividades pa - ra que sirvan como base en la planeación, orientación y distribución de los recursos, tanto humanos como financieros.
3. Evaluar todas las actividades del Programa, con base en los resulta - dos orientar las políticas y los servicios.

ESPECIFICOS

1. Presentar los Diagnósticos preliminares por áreas de trabajo
2. Presentar una descripción de los Componentes por área de trabajo.
3. Analizar los datos por área de acuerdo a el año de implementación - del Programa.
4. Analizar los datos por área de acuerdo a el año de implementación. - del Programa
5. Analizar el comportamiento de la morbilidad y los cambios en el tiem - po.
6. Medir el grado de progreso que se haya logrado en cada actividad del Programa, tomando en cuenta el objetivo de cada actividad.

MARCO TEORICO

La Evaluación es una etapa de la administración que ha sido definida como el proceso de determinar cuantitativa y cualitativamente, a través de métodos apropiados el valor de una cosa o acontecimiento. También se dice - que es un proceso a través del cual se determina hasta donde se están logrando o se han logrado los objetivos.

Los sistemas de Evaluación de un Programa deben ser planeados al mismo - tiempo que se planea el programa e incorporado al plan de operaciones, - con el fin de que conformen un conjunto único con la planeación del mismo y por lo tanto que permita la medición de los resultados por quienes lo dirigen. Además porque tan pronto como un Programa o Plan se pone en acción, debe ser supervisado, controlado, coordinado y evaluado hasta su - realización total.

La Evaluación es un proceso difícil, puesto que no solo es necesario medir el rendimiento en cantidad sino también en calidad y lo mas importante, medir el grado en que los objetivos están siendo alcanzados. Puede ir desde la contabilización de hechos hasta el análisis de situaciones - que no pueden someterse a números, pero de preferencia debe tenerse una base numérica para evaluar, pues no conviene evaluar a base de apreciaciones personales; ésto refuerza la necesidad de fijar objetivos cuantificables o metas.

Para poder apreciar el progreso hacia el logro de los objetivos establecidos necesitamos reunir información suficiente y fidedigna, que pueda ser sometida a un proceso de cuantificación y comparación para poder estimar los resultados y determinar el progreso.

La Evaluación es un medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el fomento de una planificación mas satisfactoria mediante una selección rigurosa entre las distintas posibilidades de acción futura.

Debe ser un proceso permanentemente encaminado a aumentar la pertinencia, la eficiencia y la eficacia de las actividades de Salud. Su aplicación supone un espíritu abierto, capaz de ejercer una crítica constructiva para llegar a un juicio válido.

El proceso de Evaluación esta formado por una serie ordenada de acciones vinculadas entre sí, que incluyen la formulación de las políticas y de los programas y la preparación de presupuestos, así como la ejecución de esos programas por conducto de los distintos servicios e instituciones, la evaluación y la reprogramación cuando sea oportuna, contando siempre con el apoyo de la información necesaria.

Requiere la formulación de juicios basados en un análisis cuidadoso y un estudio crítico de situaciones específicas, con el fin de sacar conclusiones bien fundadas y de hacer útiles propuestas de una acción futura. Basándose en información válida, pertinente y sensible que sea fácil de obtener y que se facilite a todos los que puedan necesitarla.

La Evaluación es difícil en cualquier caso, presenta problemas particulares en el sector de la Salud debido a la propia naturaleza de estas actividades, que a menudo no se prestan fácilmente a la determinación de lo alcanzado por relación a un objetivo establecido de antemano en términos cualitativos, basado de ser posible en datos cuantitativos fidedignos. Hay que tener en cuenta las intrincadas relaciones que existen entre la Salud y otros Sectores Sociales y económicos.

Los cambios de la situación sanitaria son a menudo provocados por elementos ajenos a este sector, lo que añade dificultades a la evaluación y en particular a la eficacia y los efectos.

Ello hace aún mas necesario establecer indicadores sensibles y fidedignos para la identificación de los cambios de la situación o de las mejoras conseguidas en la prestación de Atención en Salud'

Otra limitación con la que se tropieza con frecuencia es cierta resistencia intrínseca en principio a aceptar la evaluación y sus resultados como instrumentos de gestión válido . La autodefensa induce con frecuencia a rechazar la Evaluación. No es difícil demostrar que el proceso de evaluación no es lo bastante "científico" para aceptar una base "sólida" - en que fundar las decisiones relativas al Programa y tampoco es difícil desacreditar los resultados de la evaluación atacando la validez de ciertos criterios aplicados.

La evaluación debe ser responsabilidad de los individuos y grupos responsables del establecimiento y de la aplicación de ese proceso en los diversos escalones de las políticas y de las operaciones.

Las principales características de los Componentes del proceso de Evaluación son los siguientes :

1. LA PERTINENCIA

Guarda relación con las razones para adoptar políticas de Salud en consecuencia con la política social y económica y con el establecimiento de los programas, actividades, servicios, instituciones, de modo que respondan a las necesidades humanas básicas y a las políticas y prioridades del Sector Social y el de la Salud.

2. LA SUFICIENCIA

Supone que se ha prestado bastante atención a ciertos cursos de acción previamente determinados tales como las diversas cuestiones que deben tenerse presentes durante la programación general.

3. LOS PROGRESOS

Se determinan por comparación entre las prestaciones efectivas de un programa y las que se habían previsto, teniendo en cuenta las razones del éxito y el fracaso con indicación de la solución para el último. La determinación de los progresos sirve para facilitar la vigilancia general y operativa de las actividades en curso. En este contexto la vigilancia consiste en el seguimiento cotidiano de una actividad durante su ejecución, con el fin de velar porque las operaciones se ajusten al plan y al calendario fijados. Se observan así las actividades en ejecución, los hitos conseguidos, los asuntos de personal, suministros y equipo y el dinero empleado en relación con las asignaciones presupuestarias.

4. LA EFICIENCIA

Expresa la relación entre los resultados obtenidos de un programa o actividades en salud y los medios aplicados a su realización, sean estos humanos, financieros o de otra clase, procesos y técnicas de Salud y tiempo. La evaluación de la eficiencia tiene por objeto mejorar la ejecución y contribuye al examen de los progresos teniendo en cuenta los resultados de la vigilancia. Incluye además un examen de otros aspectos, tales como la medida en que son apropiados los planes y operaciones, los cronogramas de trabajo, los métodos aplicados, el personal empleado y la suficiencia y el empleo de los recursos financieros, con miras a mejorarlos, si fuese necesario con el mínimo costo.

5. LA EFICACIA

Es la expresión de los efectos que se desea obtener de un Programa, - Servicio, Institución o actividad auxiliar para reducir la importancia de un problema de Salud o mejorar una situación sanitaria deficiente. La eficacia determina por lo tanto, la medida en que han logrado los objetivos y metas establecidas para un Programa, Servicio o Institución.

La evaluación de eficacia sirve para mejorar la formulación de un Programa o las funciones y la estructura de los Servicios e instituciones de Salud, mediante el análisis de la medida en que se ha alcanzado los correspondientes objetivos. Esa medida debe expresarse en términos cuantitativos de ser posible ; de lo contrario debe proceder sea un análisis hasta que se disponga de un método mas preciso de medición. La evaluación de la eficiencia comprende también la del grado de satisfacción expresado por la comunidad ante los efectos del Programa, Servicio o Institución. De ser posible, debe evaluarse la relación costo - eficacia y efectuarse un análisis de la relación costo-beneficiario.

6. LOS EFECTOS

Expresan la influencia general de un Programa, Servicio o Institución en el desarrollo sanitario y socio-económico relacionado con la salud. La evaluación de los efectos sirve por tanto, para identificar los cambios necesarios de orientación de los Programas de Salud, de manera que contribuyan mas al desarrollo general del Sector de la Salud y del socio-económico.

Aunque la Evaluación es un proceso por momento, sus resultados deben resumirse y notificarse en determinados momentos o intervalos de tiempo. Durante todo el proceso de la evaluación deben emplearse medios auxiliares, ciertos indicadores y criterios, pueden emplearse también para la planificación y la programación. Son variables que facilitan la determinación de las modificaciones intervenidas. Son instrumentos de evaluación que pueden determinar las modificaciones directa o indirectamente. Hay que tener en cuenta que éstos sean válidos, objetivos, sensibles y específicos. El proceso de Evaluación debe aplicarse de manera flexible y conviene adaptarlo a las circunstancias en las que deba emplearse.

M E T O D O L O G I A

Dentro de la metodología que la Evaluación presenta, se va a tener en cuenta el análisis de los datos basados en el subsistema de información que maneja la Promotora. Estos son tabulados cada año de acuerdo a el año de implantación del Programa de las áreas dando como resultado un informe de progreso anual. La Evaluación Complementaria que se hizo en el terreno para profundizar mas los datos de los informes de progreso y la Evaluación Participativa.

A medida que ha ido avanzando el trabajo, se han incluido otros Componentes que no estaban considerados en el subsistema de información - CIMDER, ni en su metodología de trabajo. El trabajo en Atención Primaria se ha ido adaptando mas a la región, el conocimiento de las comunidades y la labor continua ha servido para introducir algunos cambios que han permitido consolidar mas la Atención Primaria en el Chocó.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA RURAL DE SALUD

ANTECEDENTES

Después de haberse protocolizado el "Acuerdo Administrativo" con el cual se formaliza el Programa de Atención Primaria en Salud del Convenio Colombo Holandés, (30 de noviembre/79) es a partir del mes de marzo de 1980, cuando se comienzan a realizar actividades en el Programa de Atención Primaria en el Chocó, determinando en primer lugar, la organización de este Proyecto, en una prestación de servicios adaptados a las necesidades y circunstancias de los grupos objeto, con la cual se tuvieron en cuenta aspectos como acercamiento institucional y multidisciplinario como una integración con otros sectores de desarrollo.

La participación de la comunidad en la planeación y estrategias con base en las necesidades sentidas y en la ejecución y control de actividades, identificación de líderes y entrenamiento de ellos como Promotores de Salud. Tecnología adaptada con respecto a obras de infraestructura, de servicios operacionales y de entrenamiento, coordinación y referencia en los Servicios de Salud mas organizados y con los niveles intermedios

SUPERVISION Y ASESORIA PERMANENTE

Se basa en la Atención Primaria de Salud, por lo tanto estan realizando acciones indispensables para atender las necesidades básicas de salud de la comunidad, en los aspectos promoción, conservación, de la misma, como de reparación y prevención de la enfermedad, se está tratando de que sea una atención prestada de forma aceptable para los individuos, la familia y la comunidad de los que exigen su plena participación, es una atención de salud facilitada a un costo que la comunidad pueda sufragar.

1. CARACTERISTICAS BASICAS DEL PROGRAMA

A. COBERTURA MIXTA :

Inicialmente se había planteado cumplir en el Programa una cobertura de servicios de cuidado primario muy alto (100%), pero la experiencia demostró la verdadera realidad, resultando ser una meta muy ambiciosa, ya que hay comunidades poco accesibles, es costoso llegar a las mismas y en un futuro lo que se quiere es que donde se implante el Programa pueda garantizarse el seguimiento del mismo por el Servicio Seccional de Salud del Chocó, pues como se tiene concebido a medida que vaya implantando el Programa en las diferentes áreas, el Servicio Seccional de Salud debe asumirlo. Hasta la presente ha sido muy difícil para el Servicio responsabilizarse totalmente del Area 1 y 2 por los déficit presupuestales.

Por razones de tipo programático para el desarrollo del Proyecto del Programa Rural de Salud, el Chocó se dividió en seis áreas así:

- AREA 1 : Municipios de Bojayá y Ríosucio
- AREA 2 : Alto Atrato, Andágueda, Municipios de Lloró y Bagadó
- AREA 3 : San Juan, Municipios de Tado, Istmina, Condoto, Nóvita.
- AREA 4 : Costa Pacífica, Juradó, Nuquí, Bahía Solano, Alto y Bajo Baudó.
- AREA 5 : Costa Atlántica, Acandí Unguía
- AREA 6 : Quibdó, Carmen de Atrato y San José del Palmar

Las áreas se había programado cubrirlas en 9 años, 5 años de trabajo, solamente se han cubierto 3 áreas : AREA 1, 2 y 3. En la última área apenas se está implantando el Programa con todos sus componentes, solamente hay aportes hasta 1987, año que termina el Convenio. Por eso se planteaba inicialmente que la programación había sido muy ambiciosa, solamente conociendo las áreas profundamente y trabajando arduamente en el campo, los resultados nos han demostrado algo diferente, es parte de la experiencia adquirida en el trabajo.

De acuerdo a lo planteado anteriormente, la cobertura alcanzada para 1984, con servicios de Atención Primaria por el Programa es el siguiente :

- * Del total del Chocó está atendido 6.0% de la población
- * Del total de la población rural del Chocó, se está atendiendo el - 8.5%

En relación con los Municipios que reciben servicios de Atención Primaria con el Convenio, Areas 1, 2, 3 se han obtenido los siguientes datos :

- * Se está atendiendo el 12.9 % de la población total de estos Municipios.
- * Del total de la población rural de esos Municipios se cubre el 16.2%

En relación a las áreas tenemos :

AREA 1

- * Se está atendiendo el 20.4% de la población total
- * Al 24,1% de la población rural

A

AREA 2

- * Se está atendiendo el 20.0% de la población total
- * El 25% de la población rural

AREA 3

- * Se está atendiendo el 9.5% de la población total
- * El 12.1% de la población rural

B. DELEGACION DE FUNCIONES

La delegación de funciones es un componente fundamental dentro de la Atención Primaria. Al hablar de Atención Primaria y Delegación de Funciones generalmente se piensa en los Promotores de Salud y se identifica a ésta con la Atención Primaria. Se debe recordar que ella es parte fundamental por ser el primero de los eslabones de contacto con la Comunidad, pero no es el único personal responsable, ya que la Atención Primaria es integral y la realiza todo el Equipo de Salud.

Con ésto no se trata de quitar a los profesionales sus actividades propias, sino de asignar algunas de ellas a otros miembros del Equipo de Salud, para que haya una mejor racionalización de los recursos. En el Programa se ha tenido en cuenta para la Delegación de Funciones las establecidas por el Ministerio de Salud.

C. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

Partiendo del hecho de que la Salud por si misma es un aglutamiento permanente para fundamentar la Participación de la Comunidad, se han utilizado varias metodologías que en el correr del tiempo nos ha permitido adquirir experiencias dentro de este Componente.

C U A D R O No. 1

POBLACION CUBIERTA EN EL AREA 1

BOJAYA - RIOSUCIO

CHOCO - 1980 - 1984

GRUPOS ETAREOS	1980		1981		1982		1983		1984	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0 a 11 meses	211	3.9	325	6.6	256	5.8	237	5.3	274	6.0
12 a 71 meses	1149	21.4	1040	21.2	979	22.1	1020	22.8	991	21.7
6 a 14 años	1411	26.3	1211	24.7	1054	23.8	1123	25.0	1148	25.2
15 y mas años	2596	48.4	2322	47.4	2144	48.4	2101	46.9	2150	47.1
T O T A L	5367	100.0	4898	100.0	4433	100.0	4481	100.0	45.63	100.0

C U A D R O . No. 2

POBLACION CUBIERTA EN EL AREA 2

LLORO - BAGADO

CHOCO - 1981 - 1984

GRUPOS ETAREOS	1 9 8 1		1 9 8 2		1 9 8 3		1 9 8 4	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0 a 11 meses	201	5.2	235	6.0	189	5.6	204	6.0
12 a 71 meses	785	20.3	862	22.1	737	22.1	741	21.8
6 a 14 años	1020	26.3	1023	26.2	852	25.5	832	24.4
15 y mas años	1867	48.2	1781	45.7	1565	46.8	1628	47.8
T O T A L	3873	100.0	3901	100.0	3343	100.0	3405	100.0

C U A D R O No. 3

POBLACION CUBIERTA EN EL AREA 3

TADO - ISTMINA - CONDOTO - NOVITA

CHOCO - 1983 - 1984

GRUPOS ETAREOS	1983		1984	
	No.	%	No.	%
0 a 11 meses	353	4.5	462	5.6
12 a 71 meses	1517	19.2	1617	19.8
6 a 14 años	2046	26.0	1997	24.4
15 y mas años	3966	50.3	4102	50.2
T O T A L	7882	100.0	8178	100.0

C U A D R O No. 4

POBLACION CUBIERTA EN LAS AREAS

1, 2 y 3

CHOCO - 1980 - 1984

GRUPOS ETAREOS	1980		1981		1982		1983		1984	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0 a 11 meses	211	3.9	526	6.0	491	5.9	779	5.0	940	5.8
12 a 71 meses	1149	21.4	1825	20.8	1841	22.1	3274	20.8	3349	20.7
6 a 14 años	1411	26.3	2231	25.4	2077	24.9	4021	25.6	3977	24.6
15 y mas años	2596	48.4	4189	47.8	3925	47.1	7632	48.6	7880	48.8
T O T A L	5367	100.0	8771	100.0	8334	100.0	15706	100.0	16146	100.0

D. REGIONALIZACION

El mejor aprovechamiento en el empleo de los recursos de Salud se hizo necesario plantear como estrategias fundamentales del Sistema de Salud, la regionalización y prestación de servicios de Salud por niveles de atención.

Usualmente el Campesino toma decisiones mas autónomas que el hombre de la ciudad para resolver problemas de Salud en la familia. Esto ocurre por su aislamiento e inexistencia de Institución de Salud en la zona rural. Por lo tanto se ha tenido en cuenta estos determinantes para la regionalización de los servicios.

La situación de salud que no pueden resolver con acciones de Cuidado Primario en Salud requieren un mecanismo de apoyo complementario que asegure el suministro oportuno de acciones en Cuidado secundario y terciario, usualmente en áreas urbanas.

Uno de los componentes de dicho mecanismo es la UPA (Unidad Primaria de Atención), el cual consiste en un conjunto de recursos para estimular el sistema rural de servicios y facilitar la utilización de infraestructuras de servicios existentes en las zonas urbanas . Las UPAS sirven de apoyo a las U.C.P. (Unidades de Cuidado Primario). Actualmente se ha implantado el Programa en coordinación con el Servicio Seccional de Salud en tres zonas : Zona 1 Medio y Bajo Atrato, UPA de Bellavista, UPA de Ríosucio; Zonas Alto Atrato y Andágueda, UPA Lloró, UPA Bagadó; Zona 3 San Juan, UPA Palestina, UPA Tadó, apoyadas por el Hospital Regional de Isthmina.

2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA RURAL DE SALUD

A. GENERALES

1. Poner a disposición del 80% de la población rural del área programática cubierta, servicios de salud en un período de 7 años.
2. Mejorar la accesibilidad a los servicios de cuidado primario al menos para el 80% de la población del área programática cubierta en un período de 7 años.
3. Reducir la morbi-mortalidad relacionadas con enfermedades vulnerables, en un 50% en la población rural de las áreas programáticas.

B. ESPECIFICOS

EN LAS PAREJAS

1. Reducir el número de embarazos en las parejas multíparas
2. Disminuir la tasa de embarazos no deseados
3. Prevenir el aborto inducido

EN LAS MADRES

1. Reducir la morbi-mortalidad maternal prenatal
2. Control de un 100% de las embarazadas y puerperas de bajo y medio riesgo por la Promotora o Partera Capacitada.
3. Atención de partos y bajo riesgo por la Promotora y Partera capacitada en un 100%
4. Remisión de embarazos y partos de alto riesgo
5. Reducción de morbi-mortalidad maternal y perinatal

EN LOS ESCOLARES

1. Reducir la morbi-mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles.
2. Aplicar el esquema completo de vacunación al 80% de los pre-escolares en el área programática.
3. Reducir la frecuencia y/o severidad de la mortalidad por deficiencias nutricionales, enfermedad diarreica aguda, e infecciones parasitarias.
4. Desparasitar periódicamente a los niños menores de 15 años
5. Atender las patologías sencillas según las normas establecidas
6. Hacer seguimiento al tratamiento mandado por el Médico a los escolares remitidos.

ADULTOS

1. Reducir la morbi-mortalidad de las siguientes Entidades: Paludismo, TBC, Diarrea, Infección respiratoria aguda, infección intestinal, accidentes y otras enfermedades que pueden ser reducidas por la tecnología médica disponible.

SANEAMIENTO AMBIENTAL

1. Lograr la accesibilidad de agua segura a un 100% de la población del área cubierta
2. Disminuir la morbilidad de las enfermedades transmitidas por el agua.
3. Educar a la comunidad para el manejo del sistema de abasto de agua elegido.

4. Proveer un sistema de disposición de excretas adecuado, para la población del área programática.
5. Lograr a través del S.S.S. Chocó la vacunación de los animales caninos y felinos.
6. Lograr una disposición correcta de basuras
7. Educar a la comunidad en todos los aspectos relacionados con el componente de Saneamiento Ambiental.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

1. Lograr la plena participación de la comunidad en el diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación y control de las acciones de Salud.
2. Lograr la plena participación de la comunidad en el diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación y control de las acciones de - Salud.
3. Lograr que la comunidad a partir de la identificación de su con texto socio-económico, político y cultural pueda desarrollar un proceso de participación comunitario que apunte hacia la consecución de mejores niveles de vida.
4. Lograr que las comunidades a partir de la identificación del - problema de Salud y sus factores condicionantes establezcan es trategias que les permitan obtener la solución de éste y satisfacción de sus necesidades humanas básicas, aportando los recur sos locales y orientando su demanda hacia las entidades o agen cias estatales que tienen que ver con el desarrollo integral.
5. Lograr que las comunidades a través del proceso aumenten la - confianza en sus propias capacidades e identifiquen sus recur - sos y la mejor manera de utilizarlos

6. Incorporar a través de la participación de la comunidad, los Médicos Tradicionales y las parteras al Programa de Atención Primaria.

SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA

1. Planear periódicamente las supervisiones en todos los componentes del Programa.
2. Supervisar a la Enfermera, Auxiliar de Enfermería y Promotora - periódicamente.
3. Aplicar instrumentos de supervisión, para obtener una mejor evaluación de las actividades que desarrolla el Programa para brindar una mejor asesoría al personal en su trabajo.
4. Capacitar periódicamente al personal con base en las áreas críticas detectadas en la supervisión.

EDUCACION EN SALUD

1. Capacitar a los Agentes Educativos en el manejo de técnicas pedagógicas, sobre educación no formal y técnicas de ayudas didácticas que les permita establecer un verdadero diálogo y así lograr una verdadera retroalimentación entre el Agente Educativo y su Comunidad.
2. Capacitar a los miembros de la comunidad en el cuidado primario de la salud y del medio ambiente, para que aprendan a cuidarse a si mismo, a su familia, a su medio, implementando el Programa de Educación en Salud con participación y apoyo de las personas que van a beneficiarse.

3. Lograr que el individuo, la familia y la comunidad se apropie de los conocimientos impartidos a través del Programa de Educación en Salud y sea capaz de aplicar lo aprendido a situaciones concretas de Salud y de su medio ambiente.
4. Generar mensajes instruccionales para y desde las comunidades de las diferentes áreas programáticas, que corresponda adecuadamente a sus necesidades, expectativas e intereses. (y los motive).

2)

METODOLOGIA DE TRABAJO EN EL PROGRAMA RURAL DE SALUD

El Sistema de Información del Servicio Seccional de Salud del Chocó presenta notables limitaciones para obtener una cuantificación precisa del nivel de salud y de los posibles cambios que puedan ocurrir en el tiempo. debido a que siempre que se piensa implantar un Programa en una zona, esta situación ha sido una barrera. En nuestra metodología de trabajo se ha establecido :

A. LA VISITA O RECONOCIMIENTO DEL AREA Y PROMOCION DEL PROGRAMA RURAL DE SALUD.

El objeto de esta visita es permitir que cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario haga un reconocimiento completo del 'área de trabajo , nivel de vida, situación de salud y hacer conocer a las comunidades el objetivo del Programa y la importancia de la participación comunitaria.

Antes de implantar el Programa se aplica el "diario de registro de campo" , tomando una muestra representativa de la comunidad. Se formulan cinco preguntas de cada uno de los diferentes aspectos, que -

esten relacionados con la salud, educación, egreso, producción y organizaciones de base existentes en la comunidad. Esta información es - tomada directamente y complementada con la observación. Las preguntas que diseñan para contestarlas directamente, Los datos obtenidos se tabulan y se analizan y sirven para hacer un diagnóstico preliminar del área de trabajo, base fundamental para operatizar el Programa.

B. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD (PACO)

Uno de los pilares fundamentales de las estrategias de Atención Primaria, es la Participación de la Comunidad, por eso en las distintas - áreas programáticas se ha impulsado este componente a través de: La autogestión comunitaria que parte desde formas organizativas simples impulsadas por Salud (Uniones Familiares de Salud), cuyos objetivos - van más allá de la salud y propenden por un bienestar humano-integral, hasta conseguir un Sistema de Organización Asociativa (SOA) que le permite a las comunidades obtener cierta independencia económica, social y política frente a los agentes externos estatales o privados para de mandar y negociar la cantidad y la calidad de bienes y servicios necesarios de acuerdo a sus necesidades y recursos .

Partiendo de la experiencia anterior y de las necesidades que el desarrollo del Programa ha implantado, se han definido a nivel del Componente PACO, algunos puntos mínimos para el trabajo que han permitido no solamente la implementación de ésta, sino también la sistematización de acciones a través de los elementos básicos :

- * Investigación y Diagnósticos Participativos
- * Identificación de agentes y recursos de la medicina tradicional
- * La Educación en Salud a la comunidad

C. SERVICIOS

Por la organización de la red de servicios en la zona rural se han tenido en cuenta las siguientes restricciones :

- * La distribución especial de las familias rurales
- * El relativo aislamiento físico, económico y cultural entre la familia rural y los Servicios de Salud actuales.

Los grupos comunitarios organizados también son recurso humano para parafomento y desarrollo de las actividades comunitarias de salud (educacación, letrinas, promoción de campañas de inmunización, construcción de infraestructura sanitario como : Pozos, eliminación de vectores), con las parteras y curanderos que piensan hacer adiestramiento comcomplementario al recurso humano de la Unidad de Cuidado Primario.

D. INFRAESTRUCTURA FISICA

Cada Programa Rural de Salud existente en la zona dará apoyo logístico y servicios a un conjunto de unidades de cuidado primario de sasalud a el grado de dispersión de la población y vías de comunicación existentes en el área de trabajo.

Cada Unidad de Cuidado Primario, tiene por lo menos un Micropuesto de Salud, manejado por la Promotora Rural de Salud, en el cual sumisuministra prácticamente los mismos servicios que se prestan en el Puesto de Salud.

E. INFRAESTRUCTURA FISICA

Cada Programa Rural de Salud existente en la zona dará apoyo logístico y servicios a un conjunto de unidades de cuidado primario de salud de 6 a 12 unidades de cuidado primario de acuerdo a el grado de dispersión de la población y vías de comunicación existentes en el área de trabajo.

Cada Unidad de Cuidado Primario, tiene por lo menos el Micropuesto de Salud, manejado por la Promotora Rural de Salud, en el cual suministra prácticamente los mismos servicios que se presentan en el Puesto de Salud.

F. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

Las actividades administrativas en una UCP, realizadas por Promotoras y la comunidad son las siguientes :

1. Definición de tarifas de servicios prestados por la UCP
Definición de tarifas para los medicamentos suministrados por la UCP.
2. Obtención de materiales y suministros para la UCP
3. Registros y envío de información sobre actividades de la UCP
4. Comunicación con la UPA y otros niveles del Sistema para recibir apoyo logístico.
5. Registros contables de entradas y salidas por el manejo de servicios de cuidado primario. Con base en las Unidades de Cuidado Primario del Sistema, se suministrarán los siguientes servicios:

* Servicios Personales de Salud

* Servicios Personales de Salud

ATENCION A LAS PERSONAS

Para los niños de 6 años

- ° Administración del esquema completo de inmunización
- ° Vigilancia y control del estado nutricional
- ° Prevención y tratamiento precoz de la diarrea
- ° Desparasitación periódica
- ° Detección y tratamiento de las enfermedades mas comunes del niño.
- ° Fomento de la lactancia materna
- ° Educación en Salud

Para los niños de 6 y 14 años

- ° Administración del esquema completo de inmunización
- ° Prevención y tratamiento precoz de la diarrea
- ° Desparasitación periódica
- ° Detección y tratamiento de las enfermedades comunes del niño
- ° Educación en Salud

Para los Adultos

- ° Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades comunes del campesino.
- ° Diagnóstico e iniciación del tratamiento para la hipertensión y la Tuberculosis
- ° Reducción de incapacidad por enfermedad
- ° Educación en Salud.

Para las Parejas

- Educación en Planificación Familiar
- Servicios de Planificación Familiar
- Control de los métodos usados por las parejas

Para Embarazadas

- Detección, clasificación del embarazo en bajo, medio y alto riesgo.
- Control de embarazo de bajo riesgo
- Referencia de embarazo de medio y alto riesgo
- Control de Pos-parto
- Educación en Salud

* Servicios Ambientales de Salud

ATENCIÓN AL MEDIO AMBIENTE

- Protección de fuentes de agua
- Control de Calidad de Agua
- Clasificación del estadio sanitario del abastecimiento de agua
- Tratamiento casero de agua
- Control de la disposición de excretas
- Clasificación del estado sanitario de los sistemas de disposición de excretas
- Control de vectores y roedores
- Mejoramiento de la vivienda
- Disposición correcta de basuras
- Ayuda técnica para construcción de abastos, desinfección de agua, construcción de sistemas de disposición de excretas y mejoramiento de vivienda
- Educación Sanitaria

G. UPAS Y FACILIDADES CON CAMA

Otros componentes constituyen el mecanismo de apoyo a las UCP de la Salud y está formado por UPAS y las Instituciones de Salud con camas.

La UPA es un conjunto de recursos humanos, financieros y de logística que puede no requerir una estructura física nueva. La función primordial de estas UPAS es dinamizar todos los recursos de la comunidad y otras agencias de desarrollo para mantener funcionando eficientemente al sistema rural de servicios de salud. En nuestro caso la UPA, son los Centros de Salud de las cabeceras municipales y los Hospitales Locales que se encuentren ubicados en las áreas urbanas de las zonas.

Las facilidades con camas, son todas las Instituciones de la región que pueden ofrecer cuidados de hospitalización (Centros de Salud con camas, Hospitales Locales, Hospitales Regionales), constituyen el nivel local y regional de la estructura funcional establecida por el Servicio Seccional de Salud del Chocó.

H RECURSOS HUMANOS

Las UPAS cuentan con un grupo multidisciplinario en Salud. Según la norma establecida por el Ministerio de Salud deben tener :

- * Un médico
- * Una enfermera
- * Un odontólogo
- * Una Higienista dental
- * Una baciloscopista
- * Auxiliares de Enfermería
- * Ayudantes de Enfermería

- * Promotores de Saneamiento
- * Auxiliar de Farmacia

Este personal según la distribución establecida por la misma UPA, debe responsabilizarse de los diferentes Programas (H.P.A. T.B.C., Lepra, Venéreas, P.M.I.)

Los servicios de salud que ofrece la UPA, a través de sus recursos humanos, es el que da apoyo inmediato al personal ubicado en una Unidad de Cuidado Primario . UCP. La Unidad de Cuidado Primario tiene cuatro tipos diferentes de personal de Salud :

- * Promotora Rural de Salud

Es una residente en el área rural quien puede leer y escribir, es conocida y aceptada por sus vecinos, dispone de tiempo, está dispuesta a trabajar en estrecha relación con la Comunidad y está entrenada para trabajar con las familias rurales en promoción de la salud y cuidado médico delegado. Pueden ser personas mayores de 20 años, casadas y residentes en el área donde van a trabajar.

- * Comités de Salud

Es un grupo de líderes de las familias vecinas con las responsabilidad de promover, apoyar y contribuir en el desarrollo integral de la comunidad.

- * Parteras

Es una mujer tradicionalmente aceptada por las familias rurales para la atención del parto en la casa, se encarga de los deberes domésticos de la madre durante el post-parto.

* Médicos Tradicionales

Es una persona reconocida por la propia comunidad en que vive, como un componente para prestar atención de salud mediante empleo de productos vegetales, animales, y minerales y aplicación de algunos otros métodos de origen social, cultural y religioso, basándose en conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad en lo que respecta al bienestar físico, mental y social y al origen de la enfermedad y la invalidez.

I. DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO PARA EL CUIDADO PRIMARIO DE SALUD

Parte del esfuerzo que se ha concentrado en el desarrollo del recurso humano requerido para la prestación de servicios de cuidado primario. El desarrollo del recurso humano dentro del Programa de Atención Primaria constituye una de las bases fundamentales para brindar una atención planificada, eficaz y de alta calidad.

Descripción del Trabajo : El análisis de tareas, la organización de actividades, la definición de funciones nos han permitido la planeación del contenido para adiestrar al personal que participa en el Programa.

J SUPERVISION

Este Componente se considera vital dentro de la estrategia de Atención Primaria.

La Supervisión de las Promotoras en su UCP se está utilizando la metodología CIMDER, cuyos instrumentos están basados en las actividades que realiza el P.R.S. Las responsables de esta Supervisión son : Las Auxiliares de Enfermería, la Enfermera Jefe y otro personal del Equipo Multidisciplinario de la UPA, de acuerdo a la necesidad del área a supervisar y a la planeación realizada. Se han diseñado otros

otros instrumentos donde se hacen una Supervisión mas cualitativa de las actividades que realiza la Promotora. También existen instrumentos diseñados para la Supervisión que hace la Enfermera a la Auxiliar de Enfermería .

K. EDUCACION CONTINUA

Esta es una modalidad dentro del Componente de Capacitación en el programa, a través de la Educación Continua se refuerzan los contenidos del adiestramiento y se amplían según la necesidad.

La Supervisión directa es el mecanismo utilizado para detectar las áreas críticas del personal supervisado.

L. COORDINACION INTRAINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL DEL PROGRAMA RURAL DE SALUD DEL CHOCO.

En vista de las dimensiones del Programa se ha hecho necesario aprovechar al máximo los recursos humanos y la poca infraestructura en salud que existe en nuestro Departamento, así mismo debe haber una coordinación y correlación de actividades que una u otra forma tienen que ver con la prestación de servicios a las comunidades como por ejemplo : INAS, CODECHOCO, SEM, ICBF, DIAR, etc.

Como el Programa Rural de Salud del Chocó, está enmarcado dentro del Organigrama del Servicio Seccional de Salud, se deben entrar a analizar todas las acciones que se desarrollan conjuntamente con las Divisiones y Secciones del Servicio Seccional.

M. APOYO INTRA INSTITUCIONAL

1. DIVISION DE ATENCION MEDICA

En coordinación con la División Médica, en las UPAS se diseña un Cronograma de actividades de manera que se dediquen 10 días al mes a visitas extramurales.

La División brinda apoyo en las UPAS a todo lo relacionado con la atención en las personas y respalda la ubicación del personal necesario para brindar servicios de cuidado primario.

2. DIVISION DE SANEAMIENTO

La coordinación con esta División ha permitido la participación de los Promotores de Saneamiento en todas las obras de saneamiento que han sido impulsadas por el Programa (Abastos de Agua Lluvia, Acueductos Rurales etc). Los Promotores de Saneamiento han brindado asesoría a las Promotoras Rurales en la instalación de tazas sanitarias. También participan en la Educación Continua y Supervisión de Promotoras en el área de Saneamiento Ambiental, como también realizan las actividades propias de Saneamiento.

3. DIVISION ADMINISTRATIVA

Por intermedio de esta División se asignó personal de contrapartida :

- Un motorista
- Una secretaria
- Un estadístico Grado II
- Una Auxiliar de Enfermería

4. SECCION DE ODONTOLOGIA

Esta Sección facilitaba inicialmente al Programa periódicamente - personal profesional y auxiliar para prestar atención odontológica en las áreas del Programa. Colaboraba con la Profilaxis - oral.

5. SECCION DE ENFERMERIA

Ha permitido la ubicación de las Auxiliares en cada una de las localidades que funcionan las UPAS: se coordinan los adiestramientos de las Auxiliares y Ayudantes de Enfermería.

6. SECCION VIAS RESPIRATORIAS

Se han ubicado Baciloscopistas en cada una de las UPAS. Las Promotoras remiten las B.K. a este personal para que sean leídas al mismo tiempo los casos positivos, en coordinación con el Médico de la UPAS, se le suministra el tratamiento y la Promotora hace el seguimiento de dicho tratamiento.

El Médico de esta Sección con la Enfermera, capacita a la P.R.S. en la toma de Baciloscopías y en las normas establecidas por el Ministerio de Salud para el Programa de T.B.C. y en la detección precoz de estos pacientes.

Se había pensado que la Baciloscopista, previo adiestramiento en Malaria y en la Sección de Lepra del Servicio de Salud, podría leer las placas para hemoparásitos y leer placas de moco nasal y exudados para detectar Bacilo de Hansen, pero a pesar de que el Programa dotó a las UPAS de microscopio, esto no se ha logrado.

7. SECCION DE LEPROSA

Se capacitó a la Promotora para detectar pacientes con lepra y remitirlos a la Sección responsable de este Programa. La Promotora hace seguimiento de este tratamiento a los pacientes en su Unidad de Cuidado Primario, los que padecen de esta enfermedad.

8. SECCION DE MATERNO INFANTIL

El personal Directivo del Programa Materno Infantil es el que se encarga de coordinar y establecer los cronogramas de Supervisión, pues el Programa Rural de Salud hace el diseño y el montaje y posteriormente el P.M.I. es el responsable de la coordinación con las otras Divisiones y Secciones del Servicio de Salud. del apoyo logístico y técnico; ya que el Servicio debe ir asumiendo paulatinamente este personal a través de esta Sección, Participación en la Capacitación y Educación Continua de las Promotoras.

El trabajo del Programa está estrechamente ligado con el personal de esta Sección, ya que ellos son los responsables de dirigir la estrategia de Atención Primaria en el Servicio de Salud.

N. COORDINACION INTER INSTITUCIONAL

1. CON EL S E M

La Promotora tiene generalmente en su casa el Puesto de Información de Malaria, toma la placa a los pacientes febriles y los remite al SEM. Aplica el tratamiento de acuerdo al esquema establecido por el SEM.

2. CON EL INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR

Se coordinan programa de alimentación y nutrición con la asesoría técnica del ICBF. La Auxiliar de Enfermería lleva el control de crecimiento y desarrollo a los niños del CAIP. .

En una época se impulsaron programas de nutrición en coordinación con el ICBF. Actualmente no hay mucha integración

3. CODECHOCO

Las Promotoras Rurales y los Promotores Agrícolas han asistido al adiestramiento impulsado por la Corporación.

4. CON EL SENA

Se ha tratado de que los Instructores que enseñan algunas técnicas al campesino asesoren a las comunidades en el cultivo de legumbres y hortalizas para mejorar el contenido proteínico, vitamínico de estas comunidades y por ende contribuir a una mejor salud en los niños. Esta integración no se ha logrado.

5. SECRETARIA DE EDUCACION

La mayoría de las U.C.P. carecen de maestros, ha sido alguna de las necesidades sentidas por la comunidad la educación de los niños, se ha planteado esta situación para la asignación de este recurso en las veredas que lo necesitan. En algunas comunidades los maestros participan en el Programa de Educación en Salud, probando materiales en las Escuelas y haciendo sugerencias.

La coordinación intersectorial ha sido difícil lograrla, existen - otras Instituciones con quien debiera trabajarse en forma coordinada, pero priman los intereses clientelistas, antes que el bienestar de la comunidad. Por eso solamente se presentan aquellas comunidades que de una u otra forma han trabajado parcialmente con el Programa.

O. ADMINISTRACION DEL SISTEMA

APOYO FINANCIERO

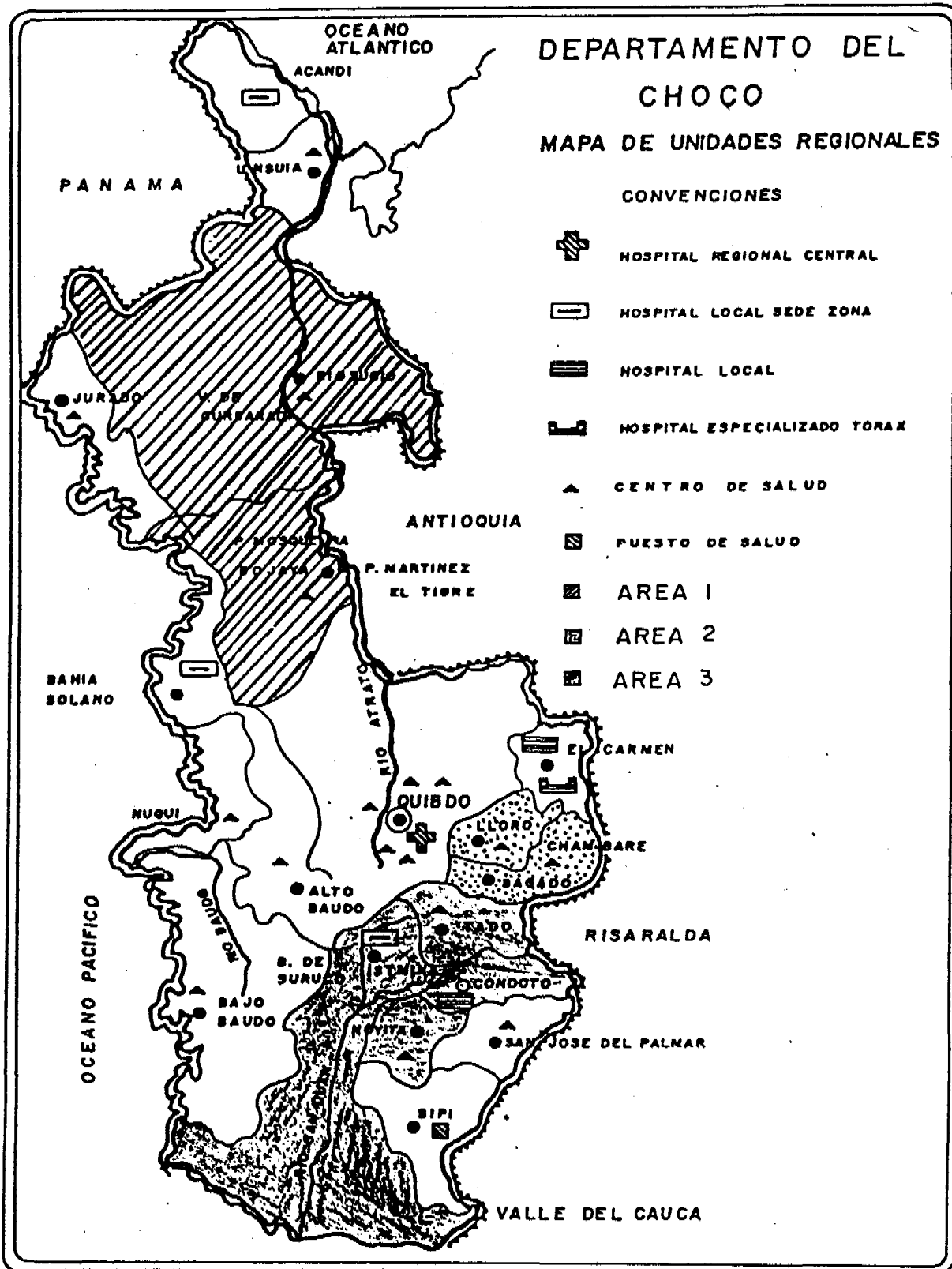
El establecimiento de un Programa Rural de Salud en el Chocó, ha requerido de un apoyo financiero especial de origen externo y uno de - origen nacional. El de origen externo es un aporte del Gobierno Holandés, el Nacional se hace a través de las contrapartidas nacionales , está representado en recursos humanos y material fungible.

CANALES DE DECISION

El Programa tienen un grupo multidisciplinario, formado por un Médico Holandés, Una Enfermera, una Trabajadora Social, un Estadístico y una Secretaria; existe una coordinadora, que con la participación del equipo es responsable de las decisiones que toman en el grupo.

P. EVALUACION DEL SISTEMA

Para la evaluación del sistema se han tomado como parámetros, indicadores de eficiencia y efectividad. Estos indicadores están dados en - términos porcentajes (%), promedio (*), y tasas cuyas constantes para el Departamento del Chocó. es por 1.000 habitantes.



4. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS AREAS A EVALUAR

A. MUNICIPIO DE BOJAYA

Fue creado por ordenanza N° 13 de 1960 la cual fue modificada por ordenanza N° 7 de noviembre de 1961.

LOCALIZACION :

El Municipio de Bojayá se encuentra localizado en la parte oriental del Departamento. su cabecera es Bellavista, capital y centro administrativo del Municipio, situado en la margen izquierda del río Atrato, a pocos metros de la desembocadura del río Bojayá, a los 6:34' de latitud norte y de 76 54" longitud oeste de Greenwich. Esta a una altura de 50 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura media de 28°C.

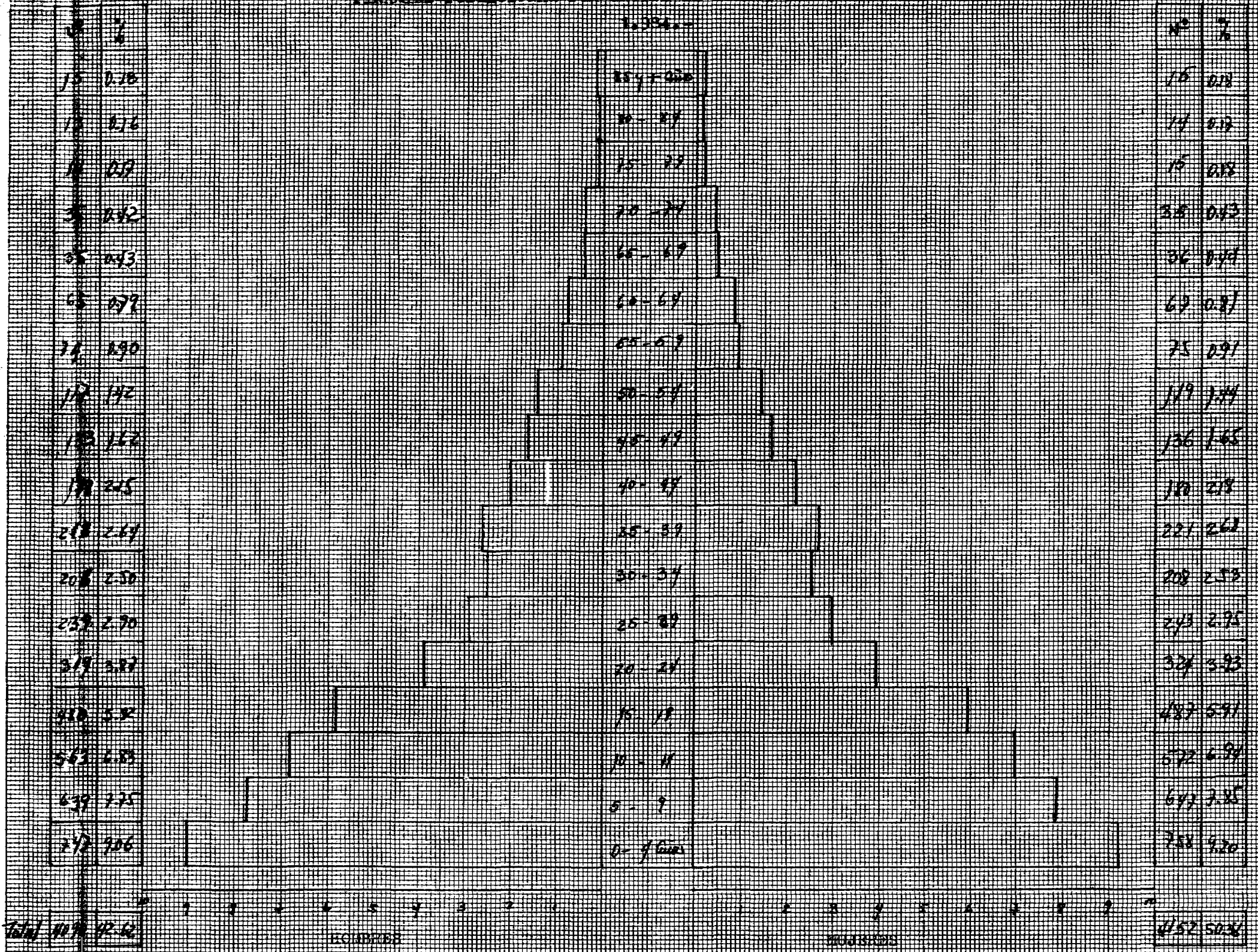
LIMITES

Por el Norte con el Municipio de RIOSUCIO, por el Oriente con el Departamento de ANTIOQUIA, por el Sur con los Municipios de QUIBDO y ALTO BAUDO, por el Occidente con BAHIA SOLANO.

FACTORES FISICOS

El territorio municipal está comprendido entre el río Atrato al Este y la Serranía del Baudó, al Oeste, se distinguen dos regiones definidas : una plana, baja y selvática en las proximidades del río Atrato y otra relativamente montañosa en la zona occidental y cuyo relieve corresponde a la Serranía del Baudó, presentando su máxima altura en el denominado Alto del Buey, con 1810 metros sobre el nivel del mar.

PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, MUNICIPIO DE DOAJA



La mayor parte del suelo es fértil para la agricultura, su clima es cálido húmedo .

POBLACION

Este Municipio es de características rurales en toda su extensión tienen una población de 8.242 habitantes encontrándose solamente 6.4% en la cabecera municipal, El 50.38% son mujeres y el 49.62% son hombres. Tiene una extensión de 2.990 Km² y una densidad de población de 2.8 habitantes por Km². La estructura poblacional esta conformada como indican los siguientes porcentajes 1984.

GRUPOS ETAREOS	Nº	%
- 1 AÑO	327	3.97
1- 5 AÑOS	1.645	19,96
6-14 AÑOS	1.970	23.90
15 Y MAS	4.300	52.37
EMBARAZADAS		4.86

PIRAMIDE POBLACIONAL

La pirámide poblacional muestra gráficamente la composición de una población por edad y sexo.

La pirámide poblacional del Municipio de Bojayá, se caracteriza por tener gran concentración de la población en edades jóvenes y una menor proporción en edades superiores. Tienen igual perfil expansivo con una forma piramidal aguda. (Ver gráfico # 1) tiene una base alta como efectos de las altas tasas de fecundidad a partir de los 5 años se van agudizando paulatinamente, como consecuencia de las altas tasas de mortalidad infantil.

EDUCACION

Dispone de un establecimiento de educación media y varios de enseñanza primaria, además posee el Instituto Agrícola en la Loma (Bojayá).

SALUD

Tiene un Centro de Salud con camas en funcionamiento. El área rural propiamente dicha está cubierta por 6 Puestos de Salud para 8.242 habitantes y 11 Promotoras Rurales de Salud, las cuales se encuentran en las 12 UCP.

OTROS

Cuenta también con un correo nacional , telégrafo y energía eléctrica

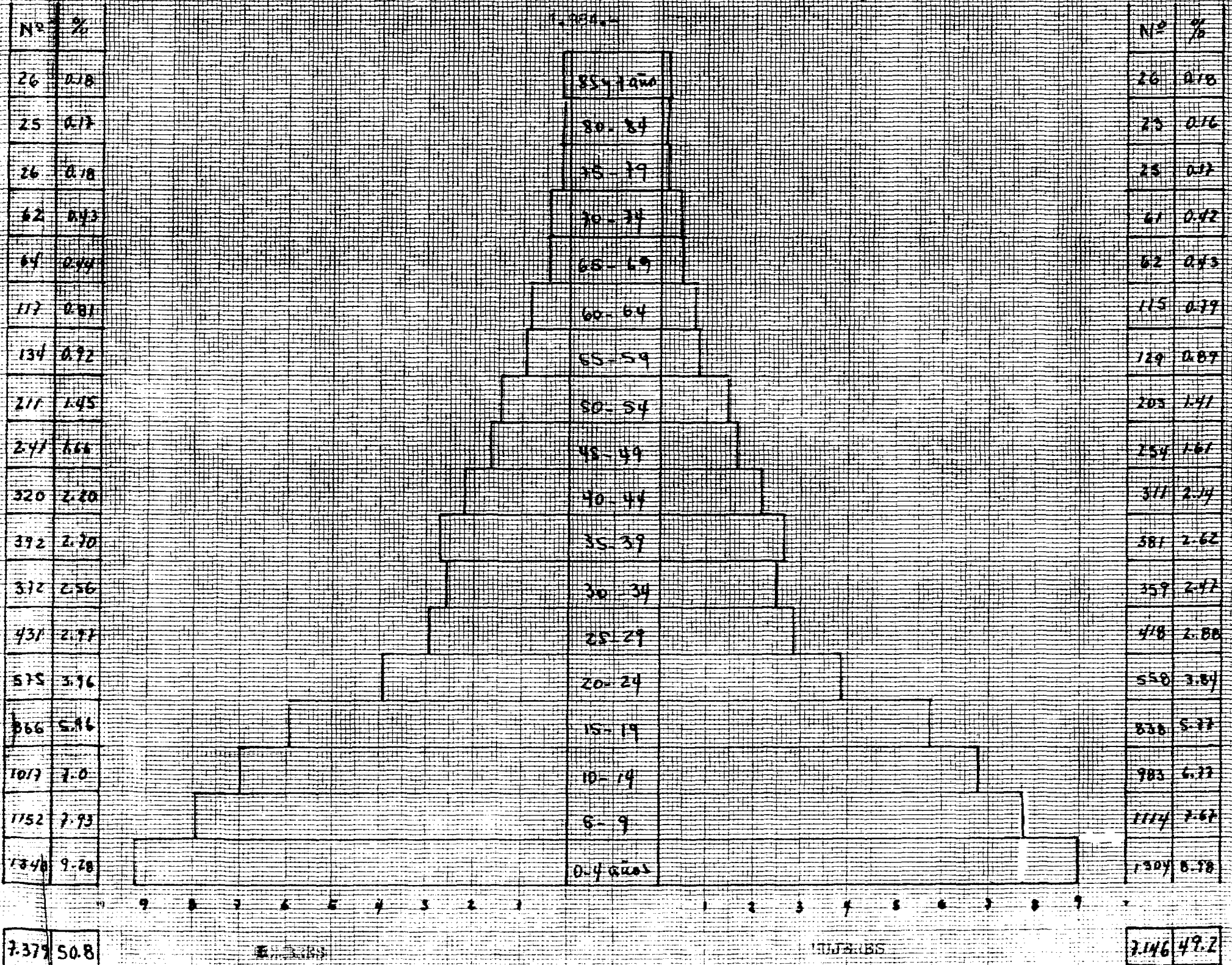
B. MUNICIPIO DE RISUCIO

La creación del Municipio de Ríosucio data desde 1821

LOCALIZACION

Un área de 9.625 Km² según la Oficina Cartográfica de la Dirección Nacional de Estadística de la República. Se encuentra localizado a orillas del río Atrato, Es un puerto fácil y aprovechable para embarque y desembarque de los productos que contribuyen a la fuente principal de ingresos y consumos de la población.

GRAFICO NUMERO 2
 EVOLUCION DEMOGRAFICA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, MUNICIPIO DE RIOSUCIO



SEXOS

PERCENTAJES

50 217

CHICAGO

SECTION

2650 2177

516 295

516 295

516 295

084 159

084 159

084 159

687 365

687 365

687 365

685 87

685 87

685 87

068 225

068 225

068 225

652 262

652 262

652 262

152 012

152 012

152 012

332 222

332 222

332 222

612 181

612 181

612 181

691 301

691 301

691 301

121 021

121 021

121 021

160 01

160 01

160 01

017 01

017 01

017 01

102 05

102 05

102 05

36 03

36 03

36 03

36 03

36 03

36 03

020 01

020 01

020 01

09 01

09 01

09 01

110 01

110 01

110 01

0 0

0 0

0 0

PLANTING POSITIONS FOR EXPOSURE OF SOIL & ROCK. MUNICIPALITY OF CHICAGO. 1907

C. MUNICIPIO DE LLORO

Fue creado por ordenanza N° 15 del 1° de diciembre/55

LOCALIZACION

El Municipio de Lloró astronómicamente se encuentra localizado a - 50° 30'. 39" de latitud norte y 20° 25'05" al oeste de Bogotá.

LIMITES

La mitad al Norte con los Municipios de Quibdó y el Carmen, por el Sur con los Municipios de Bagadó y Tadó, por el Este con el Carmen y Bagadó y por el Oeste con Quibdó.

FACTORES FISICOS

Los terrenos del Municipio de Lloró, están bajo los efectos de la erosión acelerada debido a las faldas de la Cordillera y las proximidades de los ríos que con su fuerza constante acaban las bases - y provocan derrumbes.

HIDROGRAFIA

Entre los principales sobresalen : El Atrato, Andaguada, Capa, Tumutumbudó; quebradas como Boraudó, Yacoradó, El Guayabo, Nipurudú.

DIVISION POLITICA

La capital es Lloró, cuenta con las veredas de Tápera, Boraudó, Peñaloza, Cauchidó, Las Hamacas, Boca del Capa, Pozo Certeguí, Ogodó y Canalete.

GRUPO	ETAREO	Nº	%
1 AÑO		577	3.97
1- 5 AÑOS		2.899	19.96
6-14 AÑOS		3.471	23.90
15 Y MAS		4.578	52.37

EBAMARAZADAS 4.85%

* Fuente de información, Sección de Información del Servicio de Salud del Chocó.

PIRAMIDE POBLACIONAL

Tiene las mismas características que las del Municipio de Bojayá (Ver gráfico # 3).

EDUCACION

Tiene un establecimiento de secundaria y tres escuelas primarias.

SALUD

En la actualidad cuenta con un Centro-Hospital no en muy buen estado y un hospital en construcción, en el área rural existen 4 Puestos de Salud sin dotación, 20 Promotoras ubicadas en 10 U.C.P.

OTROS

Cuenta con un telégrafo, energía eléctrica no permanente y correo nacional.

Al oriente del Cerro Buey se presentan estructuras petrolíferas - hasta la altura del Río Domingodó, hacia los cerros de Quía que - forma parte de la línea cordillera internacional con Panamá, existen también aluviones suríferas, así como en las cabeceras del - río Salaquí.

VÍAS DE COMUNICACION

Existe una vía carretable hace años proyectada ya en ejecución, está conduciendo al corregimiento de Sautatay, el Municipio de Acandí, con una distancia aproximada de 86 Km², lleva construída 25 K².

Otra vía carretable es la que lleva 15 km que conducirá de Ríosucio a Pavarandocito, tocando una vereda agrícola muy importante, Bajirá, bajo la extensión total de 76 km, la vía mas importante de la comunicación es el río Atrato.

POBLACION

Tiene una población total de 14.525 habitantes, con una extensión de 9625 km², para una densidad de 1.5 habitantes por km², el 20.21% es población urbana y el resto de la población se encuentra ubicada en el área rural del Municipio.

El 49.20% son mujeres y el 50.80 son hombres.

La estructura poblacional 1984, está conformada como indican los siguientes porcentajes :

HIDROGRAFIA

La principal arteria del sistema hidrográfico del Chocó y en especial del Municipio de Ríosucio, es el río Atrato, recibe las aguas del Jiguamiandoy el Ríosucio por la margen derecha y de los ríos - Domingodó, Truando, Salaquí y Perancho que desciende de la Serranía del Baudó por el margen izquierdo.

DIVISION ADMINISTRATIVA Y POLITICA

La Sede donde se ejerce el radio de acción político-administrativo municipal, es Ríosucio, cabecera municipal.

Políticamente se encuentra dividido en los siguientes corregimientos: Boca de Curbaradó. Cacarica, Jiguamiandó, Domingodó, La Grande, La Honda, La Larga, Peyé, Salaquí, Santata, Tamboral, Truandó, Turriquitado, Vigía de Curbaradó.

Los principales productos agrícolas son : Arroz, banano, plátano ; caña de azúcar, caucho, palma africana, fibras, textiles y frutas. El municipio tiene tierras aptas para la ganadería también en sus ríos se encuentra una variedad de pescado que contribuye a mejorar la alimentación en esta región.

Al Occidente del río Atrato desde la confluencia del Napipí y Domingodó, existen huellas de yacimientos petrolíferos, las que se tornan ya inconfundibles en la cuenca del río Salaquí en donde se hallan afloraciones que los indígenas aprovechan para su uso doméstico. Entre los ríos Truando y Salaquí, a nivel de los brazos, existe un chupadero de sal poco estudiado.

SITUACION

Ríosucio es la capital que lleva su nombre, situado al margen derecho del río Atrato. Los terrenos donde se encuentran sus instalaciones urbanas es deleznable y muy bajo, razón por la cual llegando el invierno ha sufrido inundaciones que duran a veces varios meses.

LIMITES

El Sector urbano o de la cabecera municipal, está ubicado en el vértice que forma las aguas del Ríosucio al entregarse al Atrato, el Ríosucio corre al oriente de aquel y paralelo a él deja una angosta faja aprovechable para la urbanización.

Límita así cardinalmente : Por el Norte con el Municipio de Acandí, por el Este con el Departamento de Antioquia, por el Sur con el mismo Departamento y el Municipio de Bojaya, por el Oeste con el Municipio de Juradó, por el Nor-Oeste con la República de Panamá.

FACTORES FISICOS

Los suelos están formados por una zona característicamente cenagosa de abundantes lluvias e inundaciones que producen el doble efecto de abonar y fecundar los terrenos bajo el curso del río Atrato desde Tagachí hasta la salida del Golfo de Urabá, en una anchura aproximada de 9 kms.

El clima es el resultado de varios fenómenos meteorológicos como la precipitación, temperatura, nubes de luminosidad. En términos generales el territorio chocano tiene un clima ardiente húmedo, igual ocurre con el Municipio de Ríosucio, ubicado en la zona Tórrida y de ninguna elevación.

FACTORES ECONOMICOS

Se dedican en forma rudimentaria a los cultivos de caña de azúcar, arroz, piña, maíz, plátano, cacao, yuca y frutales en general. La ganadería es poca a pesar de que cuenta con algunos terrenos aptos para la misma.

Respecto a la industria minera, al comenzar el siglo firmas mineras estuvieron en Andagueda, explotando oro con dragas de vapor y rendimiento, solamente quedaron las montañas de piedras inútiles.

VIAS DE COMUNICACION

Hasta hoy los únicos caminos o vías de penetración que utilizan los vecinos de Lloró, son los naturales, los ríos, quebradas por donde mueven los productos de su labor cotidiana.

POBLACION

Lloró tiene una población de 8.350 habitantes, solamente se encuentra en la zona urbana el 15.26% de ésta población y el resto se encuentra ubicada en la zona rural. El 50.05% son mujeres y el 49.97% son hombres. La población es negra, zambos e indios. Tiene una extensión de 6.0 Km² y una densidad de población de 13.9 habitantes por Km².

GRUPOS ETAREOS	Nº	%
1 AÑO	331	3.97
1 a 5 AÑOS	1.667	19.96
6 a 14 AÑOS	1.996	23.90
15 Y MAS	4.356	52.37
EMBARAZADAS	4.87%	

* Fuente de Información. Sección de Información del S.S.S. CHOCO

SALUD

Cuenta con un Centro de Salud con recursos básicos y tres Puestos de Salud sin dotación, 12 Promotoras Rurales de Salud, las cuales se encuentran 11 en corregimientos de esta zona.

OTROS

Cuenta con un telégrafo, canchas deportivas, cuartel de policía, acueducto y alcantarillado.

D. MUNICIPIO DE BAGADO

Fue creado por la ordenanza 65 del 15 de diciembre de 1909.

LOCALIZACION

Su cabecera está localizada en la margen izquierda del río Andagueda a los 50° 25" latitud norte, 76° 24' de longitud, al Oeste de Greenwich. altura sobre el nivel del mar 90 metros.

LIMITES

Por el Norte con Lloró, Quibdó y El Carmen, por el Oriente con el Departamento de Antioquia, por el Sur con el Departamento de Risaralda y el Municipio de Tadó, por el Occidente con Lloró.

FACTORES FISICOS

Posee un terreno quebrado y un suelo variado, su clima corresponde a una temperatura media con grados de elevación superior a la cálida, Las riquezas dentro de los recursos regionales son variadas y nutritas, posee un gran recurso forestal explotable.

1930	DESCRIPTION	HOURS	AMOUNT
1930		0-10-20	576 966
1930		1-7	161 089
1930		10-14	667 009
1930		15-18	285 115
1930		19-21	166 046
1930		22-22	562 352
1930		23-24	257 612
1930		25-28	977 282
1930		29-30	112 521
1930		31-31	191 611
1930		0-21	241 421
1930		22-22	160 66
1930		23-23	080 02
1930		24-24	160 58
1930		25-25	080 28
1930		26-26	160 58
1930		27-27	080 28
1930		28-28	160 58
1930		29-29	080 28
1930		30-30	160 58
1930		31-31	080 28
1930			7 0

Tiene lugares aptos para la agricultura y posee cerros importantes como los Cerros de Caramanta con 3.900 metros y San Nicolás con - 3.780 metros-.

HIDROGRAFIA

La principal arteria fluvial del Municipio de Bagadó es el río Andaguada, que desemboca en el río Atrato, frente a Lloró y el mas torrencioso del Departamento, sigue el río Azul , Colorado, Churima, Chichigó, Deudo, Panagra y numerosas quebradas.

DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA

Su capital es Bagadó, cabecera municipal, también hacen parte el - Municipio de Aguasal, Dabeiba, Engrivadó, La Sierra, San Marino, Muchichí, Chambaré, Piedra Honda, Tapera, Engrivadó.

FACTORES ECONOMICOS

La ganadería no se encuentra tan desarrollada , donde mas abunda es en la zona de Aguasal.

En la agricultura sobresalen en orden de cultivo el maíz, plátano, caña de azúcar, yuca y cacao. Se extrae oro en Dabeiba, entre los ríos Colorado y Baboso.

VIAS DE COMUNICACION

Como vía de comunicación se sirve el río Andaguada, aunque cuenta con gran dificultad por lo torrencioso del río.

POBLACION

Cuenta con una población de 8.704 habitantes, de la cual el 24,54% forma el casco urbano, el resto es la población rural.

Su extensión es de 1.220 km² para una densidad de 7.1 habitantes por km². El 49.91 son mujeres y el 50.09 son hombres.

GRUPOS ETAREOS	Nº	%
1 AÑO	346	3.97
1 a 5 AÑOS	1.737	19.96
6 a 14 AÑOS	2.080	23.90
15 Y MAS	4.541	52.37

EMBARAZADAS 4.87%

* Fuente de información. Sección de Información S.S.S. CHOCO

PIRAMIDE POBLACIONAL

Tiene la mismas características que las de los Municipios anteriores.

EDUCACION

Existen establecimientos públicos de orden primario, Funcionan escuelas nacionales, patrocinadas por el Vicariato, hay colegios de enseñanza mixto, existe un albergue infantil y un kinder.

SALUD

Actualmente cuenta con un Centro de Salud, en remodelación, 2 Puestos de Salud mal dotados, 10 Promotoras Rurales de Salud, repartidas en 9 corregimientos del Municipio.

OTROS

Cuenta con telégrafo, correo nacional y energía eléctrica

E. MUNICIPIO DE CONDOTO

Fue creado por ordenanza N° 33 del 17 de agosto de 1982 y fundado - en 1758, por LUIS LOZANO ESCIPION.

LOCALIZACION

Condoto capital del Municipio del mismo nombre, está situado al mar gen izquierdo del río Condoto , a los 5° 06',01" de latitud norte y a los 2°, 32', 44" de longitud occidental

LIMITES

Por el Norte con la cima de la cordillera que divide agua entre los ríos San Juan y Tumaná y entre las quebradas Platina y Río Iró, has ta llegar al río Condoto, con un punto frente a la desembocadura de la quebrada Guarapo. Por el Sur con el divorcio de agua entre río Opopadó y los afluentes del río San Juan, hasta subir a la Cor dillera Occidental que separa las aguas de los ríos Tumaná y San Juan. Por el Oriente con el Departamento de Risaralda por el Oc - cidente con el Municipio de Istmina, por el cauce de la quebrada ÷ Guarapo hasta su secadero, luego una línea que toca la confluencia de las quebradas de Santa Barbara y los Negros .

FACTORES FISICOS

Los datos geológicos obtenidos mediante investigaciones de carac - ter científico, tienen su valor económico como factor determinante en la formación física y química de este suelo. La industria mi - nera tiene en este ramo de la ciencia un conductor seguro que le - permite justificar la riqueza probable del suelo de esta región.

GRANDE POR GRUPO DE EDAD Y SEXO. MUNICIPIO CONDOTO. 1994.

Edad	Sexo	Nº	%
0-4	M	571	0.17
0-4	F	571	0.17
5-9	M	54	0.16
5-9	F	54	0.16
10-14	M	89	0.24
10-14	F	89	0.24
15-19	M	81	0.23
15-19	F	81	0.23
20-24	M	189	0.53
20-24	F	189	0.53
25-29	M	197	0.55
25-29	F	197	0.55
30-34	M	180	0.50
30-34	F	180	0.50
35-39	M	149	0.41
35-39	F	149	0.41
40-44	M	127	0.34
40-44	F	127	0.34
45-49	M	100	0.27
45-49	F	100	0.27
50-54	M	89	0.24
50-54	F	89	0.24
55-59	M	76	0.21
55-59	F	76	0.21
60-64	M	59	0.16
60-64	F	59	0.16
65-69	M	34	0.09
65-69	F	34	0.09
70-74	M	29	0.08
70-74	F	29	0.08
75-79	M	17	0.05
75-79	F	17	0.05
80-84	M	12	0.03
80-84	F	12	0.03
85-89	M	8	0.02
85-89	F	8	0.02
90-94	M	5	0.01
90-94	F	5	0.01
95-99	M	3	0.01
95-99	F	3	0.01
Total		3400	100

El suelo de Condoto en su mayor parte es montañoso y su relieve - corresponde a la Cordillera Occidental de los Andes, con alturas - superiores de 1.800 metros sobre el nivel del mar, en las cuales - se encuentran los Cerros de Chigorodó con 185 metros y Tarena con 1.800 metros.

El clima del Municipio del Condoto es cálido-húmedo con una temperatura de 28° con una altitud de 68 metros y 8.000 mm de lluvia - anual. La vegetación especialmente es de bosque y selvas donde se encuentran finas maderas.

HIDROGRAFIA

Los ríos del Municipio de Condoto son varios : El Condoto, El Iró, Opopadó, San José, Tajuató, Tapacundó, Soledad.

DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA

Su Capital es Condoto, su cabecera municipal forman parte de sus corregimientos : Santa Rita, Santa Ana, Santa Barbara, Opopadó, - Viro-Viro, Acosó, Corodó, El Guano, La Florida, La Muriña, Mandin- ga Tajuato.

FACTORES ECONOMICOS

La agricultura existente es de muy baja escala, de ahí que este Mu- nicipio se surta de Istmina. El ganado es muy escaso y se dá en poca cantidad en los sitios poblados cerca de la Cordillera Occiden- tal, La explotación minera que se hace en este Municipio es con el fin ampliamente industrial , han sido organizadas por capitalistas extranjeros. La minería es la principal y primera industria de - Condoto, con sus explotaciones municipales de oro y platino.

El platino colombiano que viene de los aluviones chocoanos, especialmente de los ríos Condoto e Iró ocuparon el primer puesto en la producción mundial.

VIAS DE COMUNICACION

Las principales vías de comunicación son: La fluvial, la Carretable, caminos de herradura, trochas, la aérea.

POBLACION

Tiene una población de 20.155 habitantes encontrándose el 32% de la población en el área urbana, el resto se encuentra en el área rural. El 51.93% de su población son mujeres y el 48.07 son hombres. Tiene una densidad de 24 habitantes por Km². Su estructura poblacional está conformada así :

GRUPO ETAREO	Nº	%
- 1 AÑOS	800	3.97
1 a 5 AÑOS	4.023	19.96
6 a 14 AÑOS	4.817	23.90
15 Y MAS	10.515	52.17

EMBARAZADAS 4.87%

* Fuente de Información, Sección Información . S.S.S. Chocó.

PIRAMIDE POBLACIONAL

Tienen las mismas características que las demás (Ver gráfico # 5)

EDUCACION

Tiene escuelas de ambos sexos , 1 colegio de Bachillerato

SALUD

Como recurso de salud se encuentra un Hospital Local, 3 Centros - de Salud y 6 Promotoras ubicadas en las 6 UCP.

OTROS

Cuenta con energía eléctrica, servicio de correo, telégrafo, agencia del Banco de la República, Banco de Bogotá y Caja Agraria.

F. MUNICIPIO DE TADO

Fue fundado hacia 1915 y su fundación no se ha podido precisar si fueron los Franciscanos, Don Francisco de Perea y López o doña Rosalba Salina.

LOCALIZACION

Está situado en la región Sur-Oeste del Chocó, su nombre tiene - origen Indígena y significa "Río de Sal" está a la margen izquier - da del río San Juan.

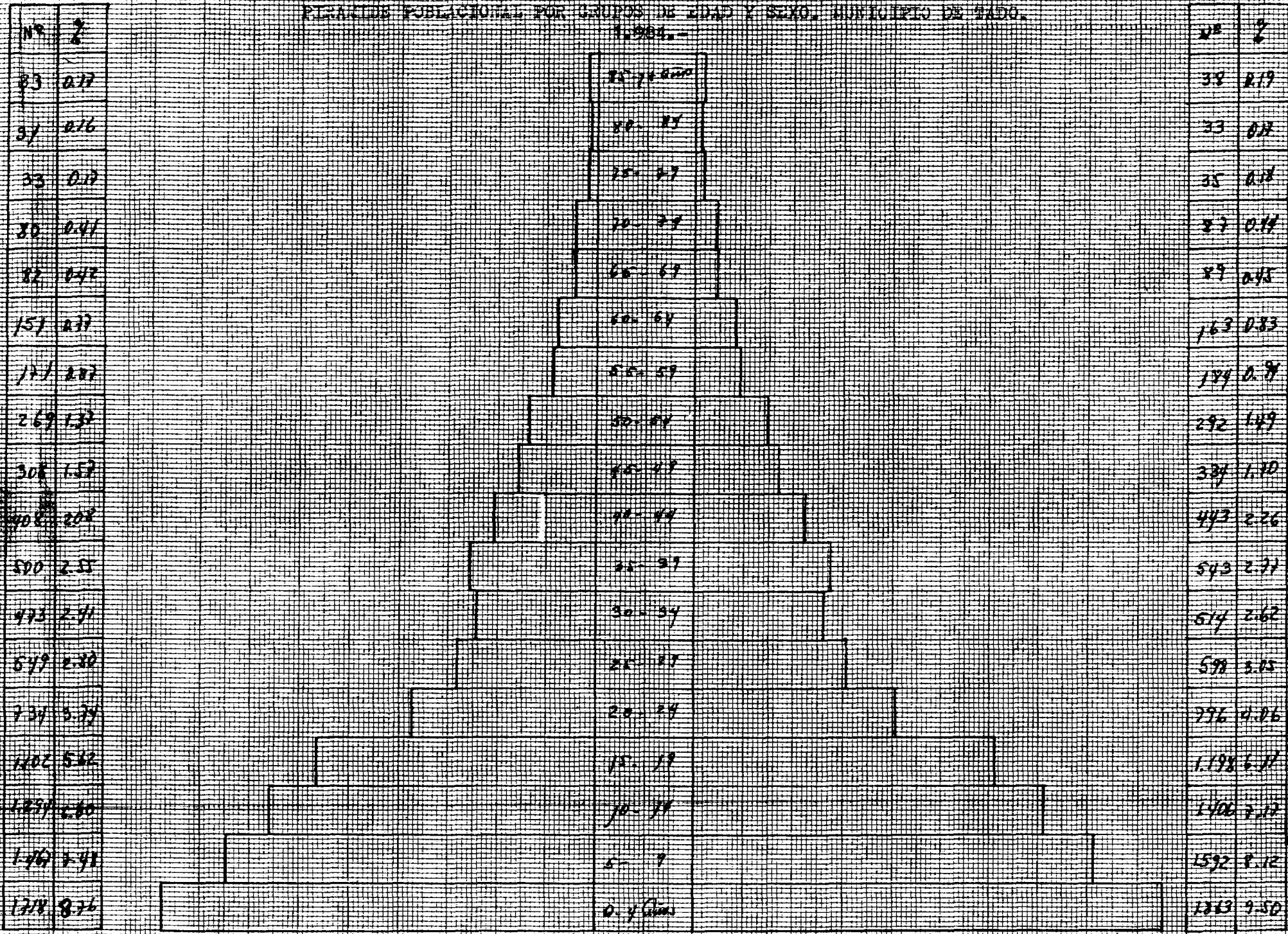
LIMITES

Limita por el Norte con los Municipios de Quibdó y Bagadó, al - Sur con el Municipio de Condoto, al Este con el Departamento de - Risaralda, está situado a 90 metros sobre el nivel del mar.

FACTORES FISICOS

El clima de Tadó es ardiente-húmedo, la temperatura promedio es - de 26° . El sub-suelo tiene predisposición innata mas hacia la minería que hacia la agricultura y ganadería.

PIRAMIDE PUBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. MUNICIPIO DE TADO.
1984.



1061 1983 1231

ID-3785

MUJERES

1029 5205

HIDROGRAFIA

El río San Juan es la arteria mas importante que tiene el Municipio sobre todo por el papel que cumple en la economía de la zona, otro río es el Mungarrá, tanto este río como el San Juan , tienen un sin número de afluentes que por su escasa importancia no vale la pena - mencionar.

DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA

La Capital es Tadó , cuenta con corregimientos muy importantes como Certeguí, Las Animas, Playa de Oro, Tapón.

FACTORES ECONOMICOS

Al examinar los medios de producción que sustenta el sistema de vida, tanto material como espiritual de este pueblo, encontramos que la explotación minera por el sistema rudimentario de mazamorreo, - hoyaderos y socabones, es el medio de vida del Municipio .

La agricultura está subdesarrollada. La ganadería por su parte no llena de optimismo a nadie. Los poquitos intentos de cambiar la zona minera en Agropuecuaria han fracasado. Todo lo que se consume en los mercados proviene del Departamento de Risaralda.

VIAS DE COMUNICACION

Los ríos y los caminos son y seguirán siendo seguramente por mucho tiempo los hilos conductores de la comunicación entre la producción y el consumo. Tadó está comunicado por malísimos caminos con sus - principales corregimientos lo mismo que con el Departamento de Risaralda de quien solo le separa 57 kms.

El río San Juan es un lazo de unión de Tadó con sus pueblos hermanos, Istmina, Andagoya, Condoto, El Alto San Juan. Está comunicado a Istmina por una carretera destapada.

POBLACION

El Municipio de Tadó tiene una población total de 19.611 habitantes. el 21.3% en zona urbana y el 78.7% en una zona rural. El 52.05% son mujeres y el 47.95% son hombres.

Tiene una densidad de población de 19.7% habitantes por Km²

La estructura poblacional 1984 está conformada así :

GRUPOS ETAREOS	Nº	%
1 AÑO	7.78	3.97
1 a 5 AÑOS	3.914	19.96
6 a 14 AÑOS	4.667	23.90
15 Y MAS	10.252	52.37
EMBARAZADAS	4.86	%

PIRAMIDE POBLACIONAL

Tiene las mismas características que las anteriores (Ver Gráfico - # 6).

EDUCACION

Cuenta con una Escuela primaria para hombres y mujeres, dos Escuelas secundarias , un Instituto Agropecuario y Normal.

SALUD

Tiene Centro-Hospital con personal básico, cuatro Puestos de Salud y cinco Promotores Rurales de Salud.

OTROS

Posee energía eléctrica y telégrafo.

G. MUNICIPIO DE ISTMINA

Este Municipio se creó en 1908, de acuerdo al Decreto Ejecutivo del 30 de octubre, donde se cambió el nombre de San Pablo por Istmina.

LOCALIZACION

Está ubicado en la parte Sur-Occidental del Departamento, su cabecera es Istmina, capital y centro administrativo, situado en la margen derecha del río San Juan a los 5° 10' 00" de latitud norte y 76° 41' 00" de longitud oeste de Greenwich, está a una altura sobre el nivel del mar de 65 metros con una temperatura de 28°C y se encuentra separado de la Capital del Chocó por 75 kilómetros.

LIMITES

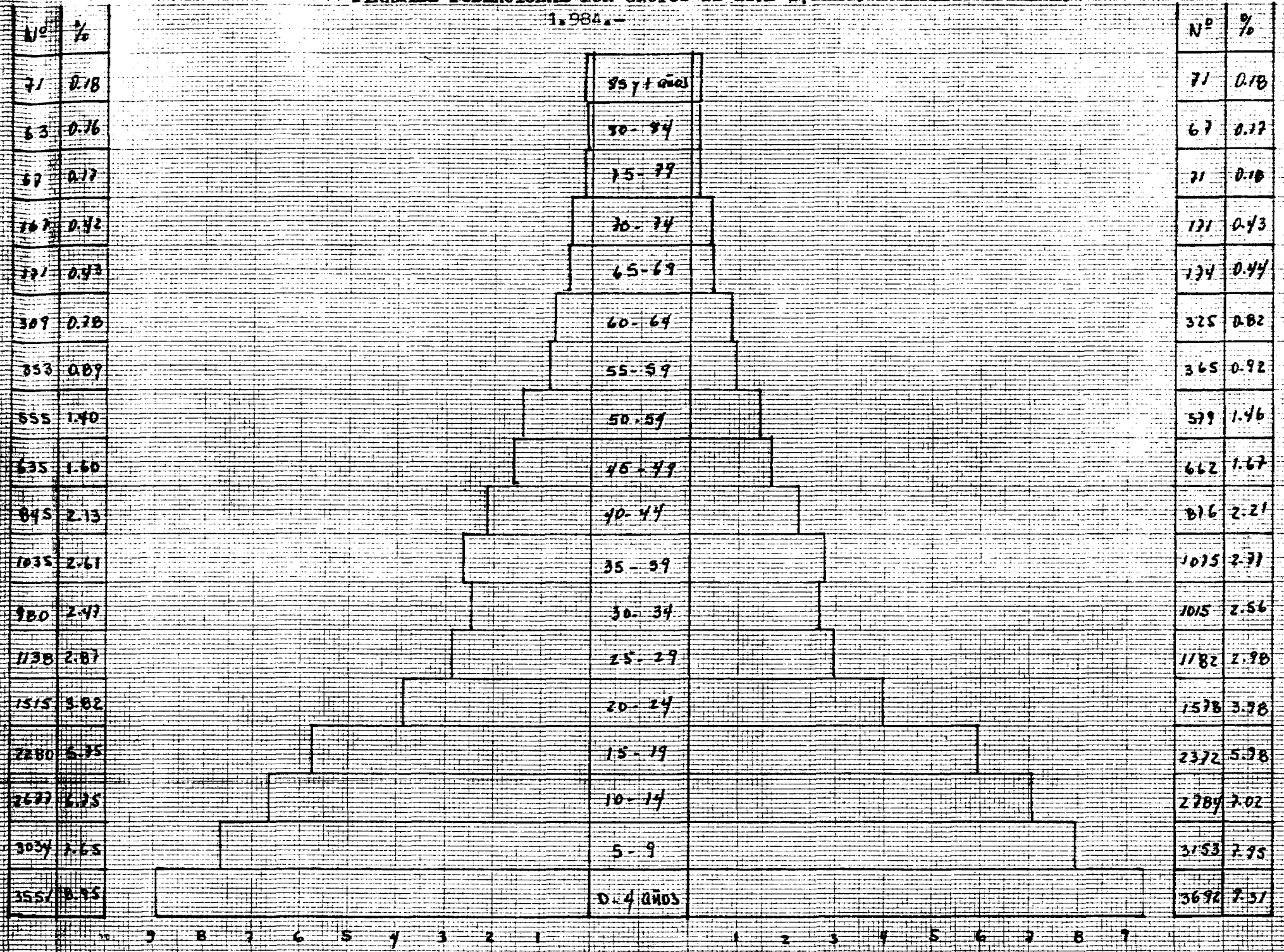
El área municipal es de 6.184 km² y limita así : Al Norte con el Municipio de Quibdó; Oriente con el Municipio de Tadó; Occidente con el Océano Pacífico, Municipio de Bojayá y Alto Baudó; Sur con el Departamento del Valle del Cauca .

FACTORES FISICOS

El territorio del Municipio está casi totalmente cubierto de selva tropical húmeda son muy escasos los sitios donde el hombre ha logrado cultivar.

GRÁFICO NÚMERO 7
PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. MUNICIPIO ISTMIÑA.

1.984.-



TOTAL: 13.448 / 13.047 MUJERES: 6.724 HOMBRES: 6.323 50.76%

La mayor presenta una extensa llanura selvática, húmeda y una zona montañosa al Sur-Este del Municipio de la región limítrofe con el Departamento del Valle del Cauca.

Su clima es cálido-húmedo, sin embargo cuenta con regiones templada, frías y páramos, aunque en porcentajes muy bajos.

HIDROGRAFIA

El río San Juan es uno de los principales ríos del Chocó y del Municipio de Istmina, desemboca por 9 bocas en el Océano Pacífico. Este río atraviesa el Municipio de norte a sur recibiendo en su recorrido numerosos afluentes, entre ellos tenemos: río Condoto, mayor productor de platino en el Chocó, Suruco, Tamaná, Sipí, Taparal, Cucumupí, Calima, Copomá, el denominado Istmo de San Pablo, ubicado al norte de la población, es el único obstáculo que le impide la comunicación fluvial continua entre los dos grandes ríos Atrato y San Juan.

DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA

El Municipio de Istmina cuenta con 15 corregimientos, 6 inspecciones de policía, Pertenece al Vicariato Apostólico de Quibdó, - Circuito Notarial, Circuitos de Registros y Distrito Judicial de Quibdó.

POBLACION

Tiene una población de 39.658 habitantes, de los cuales el 19 % vive en el área urbana y el resto vive en el área rural. El 50.96 son mujeres y el 49.09 son hombres.

Tiene una densidad de 6.4 habitantes por kilómetros cuadrados. La estructura poblacional está conformada así : (1984)

GRUPOS ETAREOS	Nº	%
1 AÑO	1.574	3.97
1 a 5 AÑOS	7.916	19.96
6 a 14 AÑOS	9.478	23.90
15 Y MAS	20.690	52.37

EMBARAZADAS 4.86 %

PIRAMIDE POBLACIONAL

Tiene las mismas características que las anteriores (Ver gráfico - # 7).

EDUCACION

En el área funcionan 20 escuelas y tres colegios de Educación Media.

SALUD

Cuenta con un Hospital Local y 8 Puestos de Salud, mal dotados, el Hospital tiene un personal básico que brinda servicios de salud a la comunidad. Existen 25 promotoras en los diferentes corregimientos del Municipio.

OTROS

Hay luz eléctrica en Istmina, Andagoya y Bagadó, en las dos últimas proviene de la hidroeléctrica de la Vuelta (propiedad de Mineros - del Chocó). Hay una central telefónica en Istmina, correo nacional Caja Agraria, Banco de Bogotá, un Seminario y un Ancianato.

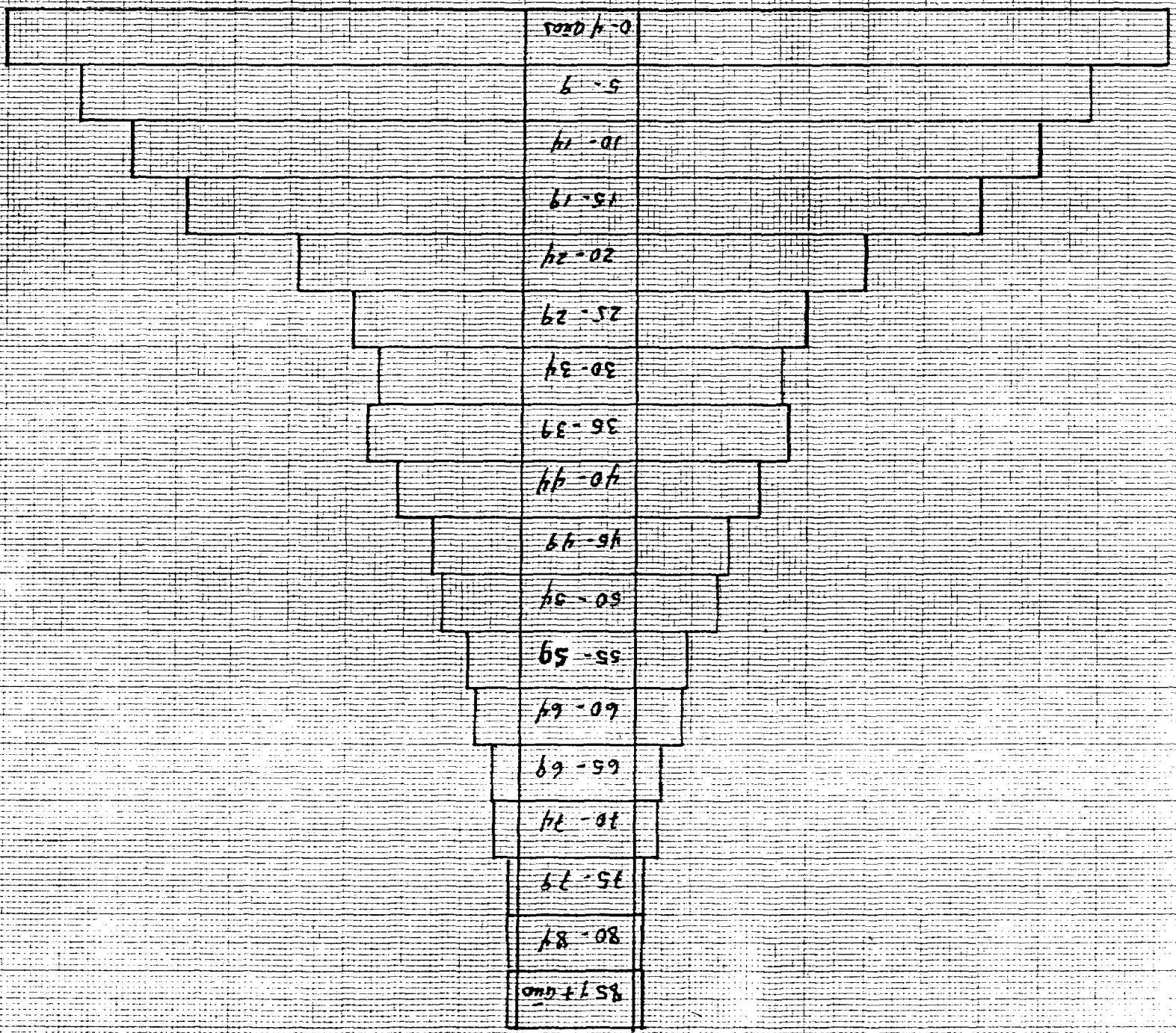
SE. JPN

SE. JPN

1956 1957

1958 1959

261	2.05
650	2.33
624	6.83
488	5.81
326	5.87
244	2.50
209	2.49
222	2.34
181	2.45
136	1.62
117	1.42
76	0.90
76	0.79
36	0.43
35	0.42
14	0.12
14	0.16
15	0.18
%	



PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, MUNICIPIO DE NOBISA.

GRUPO NOMBRES

H. MUNICIPIO DE NOVITA

El primer Distrito que existió en el Chocó, fue creado por Ley 21 de diciembre de 1857. Tiene una extensión de 1.532 kms².

LOCALIZACION

El Municipio de Nóvita está situado al Noroeste del Departamento del Chocó, a los 86 metros de altura sobre el nivel del mar, con una temperatura media de 27°C. La distancia que lo separa de la capital es de 132 kms, por vía carretable y acuática.

LIMITES

Limita por el Sur con el Municipio de Sipí; Norte con la cima de la Cordillera que divide agua entre los ríos San Juan, Opogadó y Condoto; Oriente con San José del Palmar ; Occidente con Istmina y Condoto.

FACTORES FISICOS

Su relieve es plano y bajo, tiene alturas importantes como el Cerro de Torray el Cerro de Tamaría con 4.200 metros. Nóvita como toda región del Chocó tiene clima de selva tropical- lluvioso. Su flora cuenta con una variedad de especies como cedro, caoba, chachaho, guima, aspabe, etc.

Sus habitantes talan los árboles para construcción de casas e implementos para los mismos, canoas, etc. La extracción y explotación de la madera que se lleva a cabo con mucho éxito por carecer de vías de comunicación, asesoría y tecnificación de la agricultura.

Se cultivan productos como caña de azúcar, maíz, plátano, yuca, etc. los cuales se comercian con Opogadó y otras provincias del San Juan y por intermedio de San José del Palmar con regiones del Valle.

Es una región ganadera gracias al clima, la ganadería, la agricultura y la minería constituyen el principal factor económico de Nóvita (las dos últimas las realizan de forma rudimentaria).

HIDROGRAFIA

Está formada por afluentes del San Juan, los mas importantes son el El Cajón, río Tamañá (el principal), Sesego, Nóvita, Urabana, etc. Estos ríos permiten la comunicación entre los Municipios vecinos y ayudan a la extracción de oro y cultivo a orilla de ellos.

VIAS DE COMUNICACION

Tanto el transporte de personas como el de productos se ven obstaculizados en esta región del Chocó, por la falla de las vías de comunicación.

La comunicación se hace a través de los ríos San Juan y sus afluentes, en canoas y lanchas pequeñas. Además hay trochas que lo unen con Opogadó y San José del Palmar.

DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA

El Municipio de Nóvita cuenta con 8 corregimientos, entre ellos : Playa del Rosario, El Cajón, San Lorenzo, Sesego, El Tigre y un juzgado promiscuo. Nóvita pertenece a el Vicariato de Istmina.

POBLACION

Tiene una población total de 8.405 habitantes, de los cuales el - 12.88% vive en el área urbana y el 87.12% en el área rural. De toda la población el 50.44% pertenece a el sexo femenino y el 49.56% a el masculino. Tiene una densidad de población correspondiente a 5.4 habitantes por kms² .

La estructura poblacional está conformada de la siguiente manera:

GRUPO DE EDAD	Nº	%
a 1 AÑO	334	4.0
1 a 5 AÑOS	1.678	19.96
6 a 14 AÑOS	2.009	23.90
15 Y MAS	4.384	52.15

EMBARAZADAS 4.86%

PIRAMIDE POBLACIONAL

Presenta las mismas características que las anteriores (Ver gráfico # 8).

EDUCACION

Cuenta con Escuelas en mal estado, colegio y 25 educadores repartidos en toda la región.

SALUD

Como recurso de Salud cuenta con un Centro-Hospital sin terminar - un Médico, un Auxiliar de Enfermería, dos Ayudantes de Enfermería y tres Promotores Rurales de Salud.

OTROS

Cuenta con servicio telegráfico, canchas deportivas, cuartel de la policia, energía eléctrica.

C A P I T U L O T E R C E R O

ATENCION A LAS PERSONAS

GENERALIDADES

La Atención a las Personas dentro del Programa de Atención Primaria , está orientada a reducir la Morbilidad en las comunidades de acuerdo a los objetivos generales y específicos planteados a través de la prevencción, tratamiento temprano de Morbilidad sencilla, remisión oportuna de la morbilidad mas complicada, promoción de medidas, qué puede tomar la comunidad, la familia y el individuo para mejorar la Sa - lud.

Para brindar estos servicios es necesario la delegación de funciones y en general es a la Promotora Rural-a quien se han delegado trata - mientos sencillos y la promoción de actividades en Salud dentro de la Comunidad. Para cumplir con sus tareas asignadas,la Promotora necesi ta apoyo de la UPA en forma de Supervisión , Educación Continua y posibilidades de remisión.

Desde la UPA se están realizando actividades en Programas Especiales (P.M.I., Malaria, T.B.C., e Inmunizaciones). Algunas actividades de los Programas Especiales en la UPA se han delegado a las Auxiliares de Enfermería,de acuerdo a las normas establecidas por el Ministerio de Salud.

A. PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR

1. Vacunación

En cuanto al esquema completo de inmunizaciones según el Cuadro # 13, se observa que en los grupos pre-escolares y escolares, - ha aumentado la cobertura en vacunación con relación a la situación inicial, Area 1 (4%), Area 2 (0.9%), Area 3 (8.6%). En el año 1982, se presenta un porcentaje mas alto en el área 1, porque esta Area se implementó al Programa a partir de 1980 y desde su iniciación se impulsó la vacunación; en el Area 2 el Programa empezó a desarrollar actividades en 1981; en el Area 3, - solamente en 1983 , por eso la diferencia en cobertura entre - el área 1 y las otras dos áreas.

En las Areas 1 y 2 en el año de 1983 presenta una cobertura alta 61.0% y el 63.5% , aunque en el área 1 en relación con el porcentaje del año anterior hay un ligero descenso, pero puede ser por errores de registro; en este año también se impulsó el programa de canalización por el Programa Rural de Salud del - Chocó, pero sin ninguna coordinación con el Programa, sin revisión del subsistema de información de la Promotora repitiendo - dosis a niños que ya estaban inmunizados , por eso no fue posible ampliar mas la cobertura.

En el año 84 en el Area 1 se sostiene la cobertura, en el Area 2 se observa un ligero descenso, época en que el Servicio asumió totalmente estas áreas , pero no hay presupuesto para esta actividad.

Se supone que por esta situación no hubo aumento de cobertura.

C U A D R O No. 13

ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACION EN PRE-ESCOLARES Y ESCOLARES DE LAS AREAS

1, 2 y 3

CHOCO - 1982 - 1984

AREAS GRUPOS ETAREOS	AREA 1			AREA 2			AREA 3	
	1982	1983	1984	1982	1983	1984	1983	1984
	%	%	%	%	%	%	%	%
PRE- ESCOLARES	67.6	61.0	61.8	56.4	63.5	62.0	8.6	37.2
ESCOLARES	85.9	82.8	82.8	69.3	75.9	75.5	17.8	13.4

C U A D R O No. 14

COPERTURA DE VACUNACION EN PRE-ESCOLARES Y ESCOLARES DEL AREA 1

C H O C O - 1980 - 1984

BIOLÓGICOS AÑOS	PRE - ESCOLARES				ESCOLARES	
	BCG	DPT	POLIO	SARAMPION	BCG	D.T.
	%	%	%	%	%	%
1980	39.1	6.8	8.7	8.4	48.1	72.2
1981	75.2	41.9	42.6	75.6	13.8	55.9
1982	80.0	67.7	67.7	77.5	89.0	85.9
1983	67.2	61.0	61.0	66.7	86.0	82.8
1984	70.7	65.0	65.5	76.8	84.7	82.8

C U A D R O N o. 15

COBERTURA DE VACUNACION EN PRE-ESCOLARES Y ESCOLARES DEL AREA 2

CHOCO - 1981 - 1984

BIOLÓGICOS AÑOS	PRE - ESCOLARES				ESCOLARES	
	BCG	DPT	POLIO	SARAMPION	BCG	D.T.
	%	%	%	%	%	%
1981	39.8	0.9	0.9	40.2	32.6	11.1
1982	77.8	57.3	58.3	72.0	83.3	69.3
1983	84.0	64.4	63.4	72.7	87.6	75.9
1984	80.7	63.4	63.5	71.3	86.1	75.5

C U A D R O No. 16

COBERTURA DE VACUNACION EN PRE - ESCOLARES Y ESCOLARES DEL AREA 3

C H O C O - 1983 - 1984

BIOLÓGICOS AÑOS	PRE - ESCOLARES				ESCOLARES	
	BCG	DPT	POLIO	SARAMPION	BCG	D.T.
	%	%	%	%	%	%
1983	36.6	8.6	8.6	27.4	42.8	17.8
1984	50.1	57.2	57.2	76.2	47.6	13.4

C U A D R O No. 17

ALIMENTACION MATERNA EN MAYORES DE SEIS MESES EN LAS AREAS 1, 2 y 3

C H O C O - 1982 - 1984

AÑOS	AREA 1	AREA 2	AREA 3
	%	%	%
1 9 8 1	81.3		
1 9 8 2	82.5		
1 9 8 3	83.0	86.0	78.0
1 9 8 4	94.2	95.4	92.7

En el Area 3 se aumentó la cobertura, pero no se considera significativa.

En los Escolares en el Area 1, en el 82 se observó un mayor porcentaje 85.9% en relación con el año 83 y 84, 82.8% y 82.8%, pueden ser también por problemas de registro, en esta área se presentó la misma situación que en los pre-escolares en relación con el Servicio Seccional de Salud del Chocó, el Programa asumió costos de transporte y viáticos hasta parte del 83.

En el Area 3 se presenta un descenso, puede ser también por problemas de registro en la situación inicial.

En la inmunización por biológico cuadro # 14, la máxima cobertura en vacunación se observa en el 82, en los años 83 y 84 presenta porcentajes por debajo de las cifras alcanzadas en el 82. Esto puede ser la entrega de las áreas 1 y 2 al Servicio, cuya razón ya se explicó anteriormente.

En el Area 2 la mayor cobertura por biológicos se alcanza en el año 83, explicable por el apoyo del Programa para realizar esta actividad.

En el Area 3 se aumenta la cobertura para 1984 en todos los biológicos en especial para el grupo pre-escolar. En el Grupo Escolar se observa un descenso en la inmunización con D.T., puede ser que no se aplicó por la falta de biológico, deterioro del mismo.

2x

2. Alimentación Materna

Los datos nos muestran satisfactoriamente para 1984 (Cuadro # - 15) que mas del 90% de los niños recibieron alimentación materna por lo menos durante 6 meses, hecho éste que se generaliza en las 3 áreas como influencia del Programa.

Es importante destacar que las madres en el área rural del Departamento del Chocó, no han perdido la costumbre de amamantar a sus hijos, para ellos la leche materna es muy importante.

3. Estado Nutricional

En el Area 1, Bojayá y Ríosucio, los desnutridos severos han venido aumentando nuevamente en 1983 y 1984, en relación al índice de 1982 y satisfactoriamente los desnutridos leves han pasado de 9.9% a 4.9% de 1983 a 1984.

Cosa parecida nos muestran los registros del Area 2, en los cuales se nota en términos generales una tendencia favorable en el estado nutricional de los severos, pero los desnutridos leves - han pasado del 10.2% a 12.7%. Se observa que en el año 1984, (86.0) de los desnutridos han aumentado en relación a el año - 1983 (84.4%), en el año 1982 aparece el porcentaje mas alto - (89.8%), puede ser por problemas de registro de la situación - inicial.

En el Area 3, los índices son de igual manera, muestran una diferencia favorable sin olvidar el año de comparación, es el año de la situación inicial (1983), cuyos datos no son confiables en - un 100%, por los riesgos que sabemos que presentan esos datos - iniciales, producto de la inexperiencia de las Promotoras, en -

C U A D R O N o . 18ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION MENOR DE SEIS AÑOS EN ELA R E A 1

C H O C O - 1980 - 1984

ESTADO NUTRICIONAL \ A Ñ O S	1980	1981	1982	1983	1984
	%	%	%	%	%
DESNUTRIDOS SEVEROS	10.7	2.5	2.0	2.7	4.0
DESNUTRIDOS LEVES	24.3	6.8	7.2	9.9	4.9
NUTRIDOS	65.0	90.7	90.8	87.4	91.1
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

C U A D R O N o . 19ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION MENOR DE SEIS ANOS EN ELA R E A 2

C H O C O - 1982 - 1984

ESTADO NUTRICIONAL	A N O S	1982	1983	1984
		%	%	%
DESNUTRIDOS SEVEROS		2.9	3.4	1.3
DESNUTRIDOS LEVES		7.7	10.2	12.7
NUTRIDOS		89.8	84.4	86.0
T O T A L		100.0	100.0	100.0

C U A D R O N o . 2 0ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION MENOR DE SEIS AÑOS EN ELA R E A 3

C H O C O - 1 9 8 3 - 1 9 8 4

ESTADO NUTRICIONAL \ A Ñ O S	1983	1984
	%	%
DESNUTRIDOS SEVEROS	10.8	3.1
DESNUTRIDOS LEVES	17.9	9.4
NUTRIDOS	71.3	87.5
T O T A L	100.0	100.0

el registro, sugerimos se tomen como simple referencia.

4. Desparasitación

Para las Areas 1 y 2 hay que señalar varios fenómenos que muestran los resultados de los registros :

- * Tanto en Pre-escolares como Escolares los no desparasitados son crecientes cada año (Cuadros N°S 21 y 22).
- * Aunque en estas comunidades se ha impulsado los Abastos de Agua, parece ser que suministrar el agua segura, no ha generado cambios importantes en el parasitismo intestinal, hay que considerar que en esta morbilidad influyen otros aspectos como , calzado, hábitos higiénicos, etc, que a pesar de impartir la Educación, la Promotora y la población no han tenido una variación en sus hábitos Y costumbres.

Igual comportamiento presentan los desparasitados con el antiparasitario suministrado por la Promotora, la desparasitación de crece, también los desparasitados por la familia con otros antiparasitarios, muestran índices menores.

Puede ser que por el antiparasitario que maneja la Promotora - en algunas familias no se ha podido suministrar, pues no lo compran, además solamente se desparasitan los Pre-escolares y los Escolares, quedando por fuera el adulto, que sigue siendo el foco de infección para toda la familia, la desparasitación debe ser para todo el grupo familiar. Al finalizar el año mas del 50% de la población Pre-escolar y Escolar en las Areas 1 y 2 se encuentra sin desparasitar.

C U A D R O No. 21

DESPARASITACION EN PRE-ESCOLARES Y ESCOLARES DEL AREA 1

CHOCO - 1981 - 1984

AÑOS ANTIPARASITARIO	PRE - ESCOLARES				ESCOLARES			
	1981	1982	1983	1984	1981	1982	1983	1984
	%	%	%	%	%	%	%	%
M E B E N D A Z O L	32.7	25.9	26.4	23.6	27.0	14.3	29.4	22.3
O T R O S	14.8	19.5	15.2	13.0	20.0	23.0	11.3	15.2
N I N G U N O	52.5	54.6	58.4	63.4	53.0	62.7	59.3	62.5
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

C U A D R O No. 22

DESPARASITACION EN PRE-ESCOLARES Y ESCOLARES EN EL AREA 2

C H O C O - 1981 - 1984

AÑOS ANTIPARASITARIO	PRE - ESCOLARES				ESCOLARES			
	1981 %	1982 %	1983 %	1984 %	1981 %	1982 %	1983 %	1984 %
M E B E N D A Z O L	2.0	8.2	12.0	13.4	2.0	5.0	6.6	8.7
O T R O S	33.3	47.1	52.6	43.2	33.3	48.3	53.3	38.1
N I N G U N O	64.7	44.8	35.4	43.4	64.7	46.7	40.1	53.2
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

C U A D R O No.23

23

DESPARASITACION EN PRE-ESCOLARES Y ESCOLARES DEL AREA 3

C H O C O - 1983 - 1984

ANTIPARASITARIO	PRE- ESCOLAR		ESCOLAR	
	1983	1984	1983	1984
	%	%	%	%
MEBENDAZOL	3.6	29.9	2.0	14.4
O T R O S	31.6	20.6	31.7	15.9
NINGUNO	64.8	49.5	66.3	69.7
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

En el Area 3 aunque sus acciones no han sido suficientes para producir cambios sustanciales en la estructura de los índices de desparasitación de estos dos grupos de población, se nota para 1984 mas desparasitados en Pre-escolares y en menos en Escolares.

5. La Pareja

Parejas que practican con anticoncepción

Las parejas respondieron haber utilizado algún método de Planificación Familiar, tal como lo muestran los siguientes datos - por áreas y años de desarrollo del Programa :

C U A D R O # 2 4

PAREJAS USUARIAS DE ALGUN METODO DE ANTICONCEPCION EN LAS AREAS 1, 2 y 3 CHOCO . 1 9 8 1 - 1 9 8 4

AREAS \ AÑOS	1981	1982	1983	1984
	%	%	%	%
AREA 1	5.3	8.9	1.9	4.0
AREA 2	5.3	13.0	7.5	9.0
AREA 3	5.3	8.9	5.4	6.8

Las potenciales usuarias de algún método de anticoncepción son:

- * La madre después del parto
- * La madre con muchos hijos
- * Las madres con situación económica precaria (según normas nacionales)

Los datos del cuadro anterior reflejan la mayor o menor labor educativa por parte de las Promotoras y demás Agentes de Salud. También se puede anotar, los tabúes que tienen las comunidades frente a la Planificación Familiar.

En el año 1982, fue el año de mayor actividad y estímulo institucional a la labor de la Promotora, tanto para el Area 1 como para el Area 2 y en el Area 3 las actividades y el apoyo Institucional han sido diferentes.

Métodos de Anticoncepción

De los métodos de Planificación Familiar, los de mayor uso son (Cuadros #s 25, 26, y 27) .

AREA 1

Píldora	56.8 %
DIU	22.7 %

AREA 2

Estoridad femenina	25.6 %
Píldora	20.5 %
DIU	20.5 %
Folclórico	21.8 %

75

C U A D R O No. 25

USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PAREJAS DEL AREA 1

C H O C O - 1980 - 1984

METODOS	A N O S	1981	1982	1983	1984
		%	%	%	%
PILDORA		84.9	75.0	43.5	56.8
D I U		12.1	21.1	13.0	22.7
CONDON		3.0	0.0	0.0	0.0
ESTERILIDAD FEMENINA		0.0	0.0	19.6	4.5
VASECTOMIA		0.0	0.0	2.2	2.3
VAGINALES		0.0	0.0	13.0	0.0
INYECCION		0.0	0.0	4.3	6.8
RITMO		0.0	0.0	0.0	4.5
RETIRO		0.0	0.0	0.0	0.0
FOLCLORICO		0.0	3.8	4.3	2.3

C U A D R O No. 26

USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PAREJAS DEL AREA 2

C H O C O - 1982 - 1984

METODOS	A N O S	1982	1983	1984
		%	%	%
PILDORA		21.1	5.9	20.5
D I U		19.2	16.7	20.5
CONDON		0.0	0.0	0.0
ESTERILIDAD FEMENINA		0.0	40.5	25.6
VASECTOMIA		0.0	0.0	0.0
VAGINALES		0.0	0.0	0.0
INYECCION		0.0	2.4	2.6
RITMO		1.9	11.9	6.4
RETIRO		0.0	2.4	2.6
FOLCLORICO		57.7	20.2	21.8

C U A D R O No. 27

USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PAREJAS DEL AREA 3

C H O C O - 1983 - 1984

METODOS	AÑOS	1983	1984
		%	%
PILDORA		21.8	23.3
D I U		4.0	11.0
CONDON		0.0	0.7
ESTERILIDAD FEMENINA		51.5	44.5
VASECTOMIA		1.0	0.0
VAGINALES		2.0	1.4
INYECCION		4.0	3.4
RITMO		1.0	0.0
RETIRO		0.0	0.0
FOLCLORICO		14.8	15.7

AREA 3

Esteridad femenina	44.5 %
Píldora	23.3 %
DIU	11.0 %
Folclórico	15.7 %

6. Motivos de no Planificación

De acuerdo a lo que se observa en los Cuadros #s 28, 29 y 30, los mayores porcentajes de no planificación los tiene la menopausia y la lactancia.

Una vez que se demuestra la falta de interés por parte de las mujeres del área rural hacia la planificación, otra alternativa que pueden tener, es el uso de los métodos folclóricos o tradicionales, que muchas de ellas conocen para planificar su familia (bebedizos, duchas, etc) esta situación puede ser que no permita profundizar los motivos de la no planificación.

Parece también que existe un problema de subregistro (Cuadros #s 28 y 29) en los motivos de no planificación por menopausia - en el año 1982, es imposible que no existan mujeres menopaúsicas dentro de la comunidad o que desaparezcan de un año a otro.

7. Embarazo

Para un total de 200 embarazadas en el Area 1; 230 embarazadas en el Area 2 y 321 en el Area 3 para 1984, se observa que mas del 60% de las mujeres embarazadas se clasifican como bajo riesgo, tanto para el control de embarazo como para atención de parto por la Promotora. El riesgo medio porcentaje de 25.5%, 23.8 para las tres áreas respectivamente.

13

C U A D R O No. 28

MOTIVOS DE NO PLANIFICACION EN LAS PAREJAS DEL AREA 1

C H O C O - 1981 - 1984

MOTIVOS \ AÑOS	1981	1982	1983	1984
	%	%	%	%
MENOPAUSIA	27.0	0.0	18.9	24.9
LACTANCIA	20.0	33.1	18.4	20.4
QUIERE EMBARAZO	14.0	15.2	12.7	11.1
NO TIENE RELACION	0	0	10.1	8.3
ESTA EN EMBARAZO	10.0	13.1	9.6	10.8
DESCONOCEN METODOS	5.0	0	0	0.5
TEMEN LOS EFECTOS	5.0	0	0	3.3
OTROS MOTIVOS	6.0	23.0	15.3	13.2
RESTO	13.0	15.6	15.0	7.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

C U A D R O No. 29

MOTIVOS DE NO PLANIFICACION EN LAS PAREJAS DEL AREA 2

C H O C O - 1982 - 1984

MOTIVOS	AÑOS	1982	1983	1984
		%	%	%
MENOPAUSIA		0.0	27.4	22.5
LACTANCIA		34.8	23.7	25.1
QUIERE EMBARAZO		7.0	4.4	3.3
NO TIENE RELACION		0.0	23.2	15.9
ESTA EN EMBARAZO		10.9	7.3	9.3
DESCONOCE METODOS		0.0	0.0	0.5
TEMEN LOS EFECTOS		0.0	0.0	2.4
OTROS MOTIVOS		33.8	0.0	11.3
RESTO		13.5	14.0	9.7
T O T A L		100.0	100.0	100.0

C U A D R O No. 30

MOTIVOS DE NO PLANIFICACION EN LAS PAREJAS DEL AREA 3

C H O C O - 1983 - 1984

MOTIVOS	A Ñ O S	1983	1984
		%	%
MENOPAUSIA		24.4	28.1
LACTANCIA		15.0	18.7
QUIERE EMBARAZO		8.2	5.9
NO TIENE RELACION		20.2	19.4
ESTA EN EMBARAZO		9.6	7.7
DESCONOCE METODOS		0.0	1.1
TEMEN LOS EFECTOS		0.0	2.2
OTROS MOTIVOS		8.0	10.0
RESTO		14.6	6.9
T O T A L		100.0	100.0

C U A D R O No. 31

RIESGO MATERNO PARA CONTROL DE EMBARAZO Y ATENCION DE PARTO - A R E A 1

C H O C O - 1981 - 1984

RIESGO \ AÑOS	CONTROL EMBARAZO				ATENCION DE PARTO			
	1981	1982	1983	1984	1981	1982	1983	1984
	%	%	%	%	%	%	%	%
B A J O	63.0	66.3	63.4	61.0	63.0	66.3	62.9	61.0
M E D I O	30.1	30.2	34.6	37.5	21.0	17.4	22.4	25.5
A L T O	6.1	3.5	2.0	1.5	16.0	16.3	14.7	13.5
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

C U A D R O No. 32

RIESGO MATERNO PARA CONTROL DE EMBARAZO Y ATENCION DE PARTO - A R E A 2

C H O C O - 1982 - 1984

RIESGO \ AÑOS	CONTROL EMBARAZO			ATENCION DE PARTO		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
	%	%	%	%	%	%
B A J O	66.4	56.3	60.0	79.4	55.4	60.0
M E D I O	28.7	41.4	40.0	5.9	21.9	23.8
A L T O	4.9	2.3	0.0	14.7	22.7	16.2
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

C U A D R O No. 33

RIESGO MATERNO PARA CONTROL DE EMBARAZO Y ATENCION DE PARTO- A R E A 3

C H O C O - 1983 - 1984

RIESGO \ ANOS	CONTROL EMBARAZO		ATENCION DE PARTO	
	1983	1984	1983	1984
	%	%	%	%
B A J O	60.1	63.2	60.1	62.9
M E D I O	36.3	35.2	22.6	20.3
A L T O	3.6	1.6	17.3	16.8
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

Si comparamos estos porcentajes con los de los años anteriores, encontramos que los riesgos para las embarazadas han venido aumentando en términos generales reales para las áreas 1 y 2 , tanto para el control de embarazo como para la atención del parto. Puede ser que el nivel Socio-económico tan bajo de estas comunidades esté influyendo para que aumente el riesgo alto, que aunque la Promotora detecte este riesgo a tiempo, la embarazada no tenga recurso económico para salir de la comunidad y cumplir con la remisión agudizándole mas su patología sobre todo en la atención del parto.

En el Area 3, los porcentajes no son comparables con las otras áreas.

8. Control Prenatal

Los registros nos muestran para las Areas 1, 2 y 3 durante los años de desarrollo del Programa, los siguientes datos:

* El promedio general de controles a embarazadas fue :

C U A D R O # 3 4
CONTROL PRENATAL EN LAS AREAS

AREAS \ AÑOS	1981	1982	1983	1984
AREA 1	3.4	4.2	3.0	3.8
AREA 2		3.5	3.5	2.7
AREA 3			1.7	3.8

* La tasa de ocurrencia de morbilidad ha sido hasta 1984 :

C U A D R O N° 35
TASA DE OCURRENCIA DE MORBILIDAD x 1.000

AREAS \ AÑO	1981	1982	1983	1984
AREA 1	13.7	46.9	38.5	80.0
AREA 2		64.7	46.9	100.0
AREA 3			41.7	105.9

NOTA : Parece ser que la tasa está mal sacada

El promedio general de controles en las Areas 1 y 2, tiende a disminuir el mayor número de controles que se realizaron en el año de 1982 (Ver Cuadro # 34), aunque este porcentaje no se considera muy bueno en relación a los siete controles establecidos para las embarazadas, Areas 1 , 4.2% ; Area 2 , 3.5% .

Parece ser que la Promotora no está cumpliendo con el plan de contactos establecidos para las embarazadas, también puede ser que la embarazada sea controlada por la Partera.

Vale la pena destacar que en los años 1983 y 1984 les ha hecho falta la asesoría de la Auxiliar de Enfermería por los déficit presupuestales del Servicio de Salud.

En el Area 3, del 83 al 84, ha aumentado un promedio de controles para las embarazadas, puede ser que en esta área se esté implementando el Programa y la asesoría es permanente.

* Los casos de morbilidad en embarazadas fueron resueltos de la siguiente manera:

C U A D R O # 3 6
ATENCION DE LA MORBILIDAD EN LA EMBARAZADA

ATENCION AREAS	1 9 8 1			1 9 8 2			1 9 8 3			1 9 8 4		
	FLIA.	PRS	REMI.	FLIA.	PRS	REMI.	FLIA.	PRS	REMI.	FLIA.	PRS	REMI.
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
AREA 1	33.3	66.7	0.0	55.6	22.2	22.2	20.0	0.0	80.0	18.7	12.5	68.7
AREA 2				44.4	11.1	44.4	0.0	0.0	100.0	7.7	38.5	53.8
AREA 3							28.6	28.6	42.8	11.8	17.6	70.6

La tasa de ocurrencia de morbilidad en embarazadas muestran cifras preocupantes en el transcurso de los años 1981 a 1984 en las tres Areas de influencia del Programa Rural de Salud.

Asimismo los registros nos muestran que la responsabilidad de la atención en los dos primeros años fué más de la familia y las Promotoras, y en los últimos dos años han sido mayor las remisiones.

La tasa de ocurrencia de morbilidad , puede haberse aumentado - porque la madre tiene espacios intergenésicos muy cortos, la mala alimentación en general puede influir en el nivel de vida de estas Comunidades.

De hecho aumenta la morbilidad de acuerdo a el riesgo, la Promotora debe remitir a la embarazada, puede ser que esté presentando complicaciones graves que no puede manejar ni la promotora ni la familia y se ve obligada a remitir.

9. Atención del Parto

La atención del Parto muestra las siguientes cifras para las tres áreas en los años de desarrollo del Proyecto.

* Lugar de Atención del Parto

C U A D R O # 3 7

LUGAR AREAS	1 9 8 1		1 9 8 2		1 9 8 3		1 9 8 4	
	CASA	HOSP.	CASA	HOSP.	CASA	HOSP.	CASA	HOSP.
	%	%	%	%	%	%	%	%
AREA 1	92.4	7.6	89.0	11.0	88.2	11.8	90.3	9.7
AREA 2			85.1	14.9	85.9	14.1	85.0	15.0
AREA 3					90.1	9.9	88.5	11.5

* Quien atendió el Parto

C U A D R O # 3 8

AGENTE \ AÑOS	A R E A 1				A R E A 2			A R E A 3	
	1981	1982	1983	1984	1982	1983	1984	1983	1984
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
PROMOTORA	37.6	28.6	46.1	32.3	7.0	14.1	16.0	29.7	32.8
AUXILIAR	0.0	1.3	2.9	0.0	3.5	4.0	1.0	0.0	3.8
MEDICO	5.1	7.2	9.8	9.0	8.8	7.1	12.0	8.8	9.2
COMADRONA	43.3	50.6	34.3	47.7	70.2	66.7	67.0	51.6	51.1
ENFERMERA	7.0	10.4	4.9	7.1	5.3	7.1	2.0	1.1	1.2
OTRO	7.0	1.9	2.0	3.9	5.3	1.0	2.0	8.8	1.9

En las tres (3) áreas aparece el mayor porcentaje atendido en la casa Cuadro # 37. Como también aparece en el Cuadro # 38 el mayor porcentaje de partos atendidos por la Partera en las tres (3) áreas, de allí la importancia de involucrar a la Partera en el Programa de Atención Primaria, ya que es un personaje que tiene mucho ascenso dentro de la Comunidad. Sigue en orden de importancia la Promotora, pues los demás equipos de Salud tienen porcentajes muy bajos, una vez más está demostrado que los servicios de salud llegan muy poco a el área rural, por eso la población busca su propia solución para los problemas de salud, bien sea a través de la Partera o del Curandero.

10. Tipo de Parto

La complicación del parto es como nos muestran los registros - de la tabla siguiente.

C U A D R O # 3 9
COMPLICACION DEL PARTO

AREAS \ AÑOS	1981	1982	1983	1984
	%	%	%	%
AREA 1	3.0	9.5	4.9	2.6
AREA 2		4.5	1.0	5.0
AREA 3			7.7	4.6

Los nacidos vivos tuvieron de igual manera los siguientes porcentajes :

C U A D R O # 4 0
NACIDOS VIVOS

AREAS \ AÑOS	1981	1982	1983	1984
	%	%	%	%
AREA 1	98.0	97.1	94.0	98.7
AREA 2		99.1	99.0	96.0
AREA 3			93.4	96.6

En el Area 1 la complicación del parto en el año 1981, se observa mas baja, 3.0 % en relación a 1982 y 1983 , 9.5% y 4.9%, quiza puede estar relacionado con la situación inicial, donde la Promotora no manejaba muy bien los registros , en 1984 se observa un descenso que tiene que ver con los controles hechos a la embarazada y la detección del riesgo.

En el Area 2 presenta el mismo fenómeno en relación con la situación inicial 4,5% desciende en 1983 , 1.0%, pero vuelve a aumentar en el 84, en 5.0%

En el Area 3, también en 1983, se observa el mismo fenómeno 7.7% y desciende en el 84 a un 4.6% ver cuadro # 39

Los nacidos vivos en el área 1, se observa que en 1981 hubo un mayor porcentaje de nacidos vivos 98.0% y presenta un descenso en - el año 1982 y 1983, 97.1% y 94.0% y un ascenso en 1984, 96.0%.

En el Area 2 el porcentaje se sostiene para los años 1982, 99.1% y 1983, 99.0%, presentándose un ligero descenso en 1984.

En el Area 3 en 1983, el 93.4% de los niños nacen vivos, presentando un ascenso en 1984, 96.6%

11. Post - Parto

* El promedio de controles en el Post-Parto se muestra en la siguiente tabla :

C U A D R O # 4 1
PROMEDIO DE CONTROLES EN EL POST - PARTO

AÑOS	1981	1982	1983	1984
	%	%	%	%
AREA 1	4.0	3.9	3.8	4.0
AREA 2		4.9	5.0	4.5
AREA 3				4.5

* Según el tiempo en que se realizaron los controles tenemos lo siguiente :

C U A D R O # 4 2
TIEMPO EN QUE SE REALIZARON LOS CONTROLES

AÑOS	AREA 1				AREA 2			AREA 3	
	1981	1982	1983	1984	1982	1983	1984	1983	1984
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1er. DIA	18.7	21.2	21.3	20.2	19.8	18.6	19.7		19.8
2o.a 3er DIA	31.9	38.9	34.1	36.3	37.0	36.3	34.8		31.6
4o.a 28° DIA	49.4	39.9	42.7	43.4	43.2	45.1	45.5		48.6

El Cuadro # 40 nos muestra que el promedio de controles que la Promotora realiza después del parto, para las tres áreas es realmente bajo, si se tiene en cuenta que ésta debe hacer estos controles a partir del primer día hasta el 28 durante el post-parto. De manera que si comparamos estos porcentajes, no vamos a encontrar ningún cambio en la ocurrencia porque su tendencia es constante para las áreas 1 y 2.

En el Area 3 no puede ser comparada en este aspecto, porque solo presentamos en este Cuadro # 41 los datos correspondientes al año 1984. El promedio de los controles de post-parto según el tiempo en que lo realizaron, Cuadro # 40 fueron así :

AREA 1

Se observa un ascenso ligero en el número de controles realizados el primer día de puerperio de 18.7% 1981 a 21.2 y 21.3% en los años de 1982 y 1983, presentándose un descenso a 20.2 % en el año 1984.

Del segundo al tercer día se realizan el 31.9% en el año de 1981 , el mayor número de controles es realizado en 1982, 38.9% volviendo a disminuirse en el año 1983, 34.1% y presentando un ligero ascenso en 1984, 36.3%.

Del cuarto al 28 día se realizaron el mayor número de controles, debido a que el espacio es mayor en 1981, 49.4% 1982; 39.9% 1983, 42.7% y en 1984, 43.4%.

AREA 2

El número de controles se sostiene en los tres años durante el primer día, del segundo día a el tercer día, éstos controles disminuyen en 1982 de 37.0%, a 36.3%, en 1983 y en 1984 a 34.8% .

Del cuarto día al 28 también se realizan el mayor número de controles.

AREA 3

No consideramos los datos por ser el área mas nueva y los datos 1983, corresponden a la situación inicial.

* Las complicaciones del Post-Parto tuvo la siguiente ocurrencia:

C U A D R O # 4 3
COMPLICACIONES DEL POS - PARTO

AÑOS AREAS	1981	1982	1983	1984
	%	%	%	%
AREA 1	3.0	3.6	2.9	0.6
AREA 2		0.0	0.0	3.0
AREA 3			0.0	3.4

* La morbilidad propia de puerperio tuvo una ocurrencia tal como se muestra en la siguiente tabla :

C U A D R O # 4 4
MORBILIDAD PROPIA DEL PUERPERIO

AÑOS AREAS	1981	1982	1983	1984
	%	%	%	%
AREA 1	2.6	2.9	2.9	0.6
AREA 2		13.6	6.1	4.0
AREA 3				1.5

* Según quien resolvió los casos de morbilidad propia del post-parto, tenemos:

C U A D R O # 4 5
ATENCION DE LA MORBILIDAD

A R E A 1 :	1 9 8 1	1 9 8 2	1 9 8 3	1 9 8 4
POR LA FAMILIA	50.0 %	25.0 %	0.0 %	100.0 %
POR PROMOTORA	0.0 %	50.0 %	0.0 %	0.0 %
REMITIDO	50.0 %	25.0 %	100.0 %	0.0 %
A R E A 2 :				
POR LA FAMILIA	0.0	60.0 %	66.7 %	0.0 %
POR LA PROMOTORA	0.0	20.0 %	0.0 %	25.0 %
REMITIDO	0.0	20.0 %	33.3 %	75.0 %
A R E A 3 :				
POR LA FAMILIA	0.0	0.0	0.0	25.0 %
POR PROMOTORA	0.0	0.0	0.0	25.0 %
REMITIDO	0.0	0.0	0.0	50.0 %

Es de registrar una tasa de mortalidad a causa de enfermedad propia del post-parto del 19 % en el Area 1 en el año 1983.

Los post-partos complicados en el Area 1, tienen una ocurrencia que como podemos observar en el Cuadro # 42 sigue bajando durante los otros años.

Para el Area 2 podemos decir lo contrario del Area 1, para los años 1981 y 1982, no se presentó ninguna clase de complicación en el post-parto, pero si miramos el mismo cuadro vemos que para 1984 los post-partos complicados fueron del 3.0%.

En el Area 3, en 1983 no se presentaron complicaciones en el post-parto, para 1984 el 3.4% se complicaron.

Para la morbilidad específica del puerperio tenemos la siguiente ocurrencia :

AREA 1

En 1981, 2.6% de la cual el 50% fue manejado por la familia -- en casa, el resto remitido, Cuadro # 44. 1982 y 1983, 2.9% para ambos años los cuales fueron resueltos así:

1982, 25% por la familia, 50% Promotora y el 25% por la Institución.

1983, 100% de la morbilidad propia del puerperio fue remitida -- por la Promotora .

Siendo estos dos años de la mayor participación por parte de la Promotora en esta actividad.

AREA 2

1982, 13.6% el cual representa que el 60% fue atendido por la familia, quedándonos un 40% el cual corresponde el 20% a la Promotora y el 20% a las remisiones.

Se observa que la familia atendió el mayor número de casos, puede ser porque a nivel de las familias, éstas utilizan baños, bedizos, otros remedios caseros para dar atención a el puerpe - rio.

1983, 6.1% de la cual el 66.7% fue atendido por la familia y el resto remitido. Sigue siendo mas elevada la atención dada por la familia.

1984, la participación es muy poca de la Promotora en una ocurrencia de un 4% en la cual tenemos la intervención de ella en un 25% el resto de remisiones.

AREA 3

1984, aquí la ocurrencia es menor que en las otras dos áreas - 1.5% que corresponde a un 50% tratado por familia y la Promotora y el otro 50% se debe a remisiones.

B. CONCENTRACION DE CONTACTOS

Esta Información se refiere a las veces que la Promotora visito cada-sujeto de trabajo en el año. Así la concentración de contactos a los sujetos de trabajo por año y por área ha sido la siguiente :

C U A D R O # 4 6
CONTACTO POR AREA

AREAS SUJETOS	A R E A 1				A R E A 2			A R E A 3
	1981	1982	1983	1984	1982	1983	1984	1 9 8 4
Pre-escolar	5.2	5.8	4.8	5.4	5.1	4.8	4.6	4.9
Escolar	2.0	2.0	1.8	2.0	2.1	1.7	2.0	2.3
Adultos	1.7	1.9	1.7	1.9	3.2	1.7	1.9	2.0
Parejas	1.6	1.9	1.8	2.0	2.1	1.7	1.8	2.0
Embarazada	3.2	3.9	4.3	4.6	4.1	3.7	3.0	4.2
Vivienda	1.1	2.0	2.0	1.9	2.2	2.3	1.9	2.2

Vale la pena señalar cual es la norma de concentración de contactos a los sujetos de trabajo :

A los pre-escolares se deben hacer 6 visitas al año
 A los Escolares 2 " " " "
 A los Adultos 2 " " " "
 A las Parejas 2 " " " "
 A las Embarazadas 7 " " " "
 A la Vivienda 2 " " " "

Visto de esa manera la concentración de contactos a sujetos, ha sido aceptable con excepción de las embarazadas, lo cual se puede justificar por los controles y partos de alto y mediano riesgo, los cuales deben ser remitidos.

C. MORBILIDAD GENERAL

Se detallan los episodios de morbilidad en términos generales para las tres áreas y luego se discriminará esta por cada área.

AREA 1

Los episodios de enfermedad son muy altos en el período comprendido entre 1981 a 1984, con tasas del orden de 433.6% ; 475.3%, 327.4% y 415.9% respectivamente Cuadros N°S 46, 47, 48, 49.

La situación anterior muestra que no ha ocurrido ninguna modificación en relación a alcanzar una disminución del evento en la población. Sin embargo, como ésta morbilidad general solamente nos sugiere la presencia de un problema, la solución a éste no puede enfocarse, sino a través de cualificar los daños y establecer sus prioridades, como detallaremos adelante.

AREA 2

Igualmente presenta los episodios de enfermedad muy elevados en los 3 años, que se analiza esta información : tasas de 439.9%, 453.5% y 427.0% habitantes, , en los años de 1982, 1983 y 1984 respectivamente Cuadros N°S 50. 51 y 52 .

AREA 3

También se parte de una situación inicial con tasas de morbilidad general muy alta, 440.2% habitantes en 1984; Cuadro # 53.

Antes de hablar de cualificar los daños, es decir de determinar causas de morbilidad, vale la pena referirnos al aspecto de por quien ha sido manejada la situación .

Vemos entonces que en el área 1, la Promotora ha manejado la morbilidad en el orden del 70.9% en 1982, 69.1%, 61.9% en 1983, y 67.5% en 1984. Otros porcentajes en la atención o manejo de la morbilidad, se atribuye a la familia.

Llama la atención, que en cuanto a el manejo de la morbilidad por la Promotora Rural de Salud, en esta área en los dos últimos años , 1983 y 1984, hayan disminuído apreciablemente éstos porcentajes. Conviene aclarar tal situación con el Servicio Seccional de Salud, quien asumió la responsabilidad de integrar a sus programas dichas áreas, precisamente en los años referidos a la disminución. Unos porcentajes muy bajos han requerido remisión.

Para las áreas 2 y 3, la situación en cuanto a quien ha venido manejando la morbilidad es similar a la anterior con las obvias diferencias, que esencialmente estan dadas por el año de iniciación y un menor porcentaje. Pero en términos generales puede decirse que el 80% de los casos son atendidos por los Agentes de Salud, familia y Promotora.

En cuanto a la morbilidad por causa, en términos generales, las tres áreas presentan igual morbilidad en orden de prioridad, también similar, por primeras cinco causas :

<u>AREA 1</u>	<u>AREA 2</u>	<u>AREA 3</u>
1. Otras enfermedades	Otras enfermedades	Enfermedades respiratorias
2. Enfermedad. Respir.	Enfermedad. Respir.	Otras Enfermedades
3. Diarrea	Enf. cerebro y nerv.	Enf. cerebro y Nerv.
4. Enf. Cer. y Nerv.	Diarrea	Enf. Infecto-parasita.
5. Sentidos Piel	Digestiva	Diarrea

En el Area 1, estas enfermedades fueron manejadas principalmente por la Promotora en los años 1981 - 1984, Cuadros 31 a 34 , pero vale la pena descubrir la razón que motivará a un cambio en la atención de la causa (enfermedades del cerebro y nervios) , invirtiéndose la proporción en el sentido de que en los años 1983, 1984 éste daño fue atendido principalmente por la familia y no por la Promotora, esta situación se repite en otras causas.

CUADRO Nro. 47

TRATAMIENTO DE LA MORBILIDAD POR CAUSA Y AGENTE (FAMILIA - P.R.S. E INSTITUCION) AREA 1
CHOCO - 1.981

NUMERO DE ORDEN	C A U S A S		TOTAL EPISO DIOS.	MORBILIDAD TRATADA				MORBILIDAD TRATADA INSTITUC	
	CODIGO	N O M B R E		FAMILIA		P.R.S.		REMISIONES	
1	80 -86	Otras enfermedades	550	150	27.3	374	68.0	26	4.7.
2	17 -23	Enfermedades Respiratorias	537	121	22.5	403	75.0	13	4.4
3	29	Diarrea	332	32	9.5	294	88.5	6	1.8
4	01 -08	Enfermedades del Cerebro y Nervios	159	40	25.2	107	67.3	12	7.5
5	66 - 73	Enfermedades de la piel.	116	33	23.4	77	66.4	6	5.2
6	87 - 93	Urgencias	109	18	16.5	75	68.8	16	14.7
7	28-30-34	Enfermedades Digestivas	84	22	26.2	53	63.1	9	10.7
8	74 - 79	Prevenibles por vacunas	72	33	45.8	36	50.0	3	4.2
9	09 - 16	Enfermedades de los Sentidos	62	25	40.3	34	54.8	3	4.8
10	24 - 27	Enfermedades Circulatorias	49	9	18.4	35	71.4	5	10.2
11	35 -41	Enf. Infecciosas y Parasitarias	27	8	29.6	13	43.2	6	22.2
12	49 -54	Enf. genitales de la mujer	14	8	57.1	1	7.1	5	35.7
13	42 -45	Enf. del Riñón y Vejiga	11	4	36.4	4	36.4	3	27.2
14	55-65	Enfermedades genitales hombre	2	-	-	1	50.0	1	50.0
T O T A L			2.124	503	23.7	507	70.9	114	5.4

C U A D R O Nro. 48

TRATAMIENTO DE LA MORBILIDAD POR CAUSA Y AGENTE (FAMILIA - P.R.S. INSTITUCCION) AREA 1
C H O C O - 1 9 8 2

NUMERO DE ORDEN	C A U S A S		TOTAL EPISO- DIOS	MORBILIDAD TRATADA				MORBILIDAD TRA TADA INSTITUC.	
	CODIGO	N O M B R E		FAMILIA		P.R.S.		REMISIONES	
				Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	80-86	O tras Enfermedades	561	188	33.5	349	62.2	24	4.3
2	17-23	Enfermedades Respiratorias.	560	102	18.2	441	78.8	17	3.0
3	29	Diarrea	473	145	30.7	303	64.1	25	5.3
4	28-30-34	Enfermedades Digestivas.	171	18	10.5	133	77.8	20	11.7
5	01-08	Enfermedades del Cerebro y Nervios	169	59	34.9	103	60.9	7	4.1
6	66-73	Enfermedades de la piel	122	13	10.7	101	82.8	8	6.5
7	87-93	Urgencias	120	20	16.7	87	72.5	13	10.8
8	35-41	Enf. Infecciosas y Parasitarias	83	27	32.5	42	50.6	14	16.9
9	09-16	Enfermedades de los sentidos.	66	8	12.1	56	84.8	2	3.0
10	49-54	Enfermedades genitales de la mujer	20	3	15.0	15	75.0	2	10.0
11	74-79	Prevenibles por vacunas	13	2	15.4	5	38.5	6	46.1
12	42-45	Enfermedades del Riñón y Vejiga	9	6	66.7	3	33.3	-	-
13	46-48	Enfermedades genitales del hombre	8	1	12.5	5	62.5	2	25.0
14	24-27	Enfermedades Circulatorias	8	3	37.5	3	37.5	2	25.0
T O T A L			2.383	595	25.0	1.646	69.1	142	5.9

C U A D R O No. 49

TRATAMIENTO DE LA MORBILIDAD POR CAUSA Y AGENTE (FAMILIA P.R.S. INSTITUCION) A R E A 1

C H O C O - 1 9 8 3

NUMERO DE ORDEN	C A U S A S		TOTAL EPISO- DIOS	MORBILIDAD TRATADA				MORBILIDAD TRA TADA INSTITUC	
	CODIGO	N O M B R E		FAMILIA		TAP		REMISIONES	
				Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	80 - 86	Otras enfermedades	394	149	37.8	226	57.3	19	4.9
2	17 - 23	Enfermedades respiratorias	306	75	24.5	222	72.5	9	3.0
3	29	Diarrea	247	58	23.4	172	69.6	17	6.9
4	01 - 08	Enfermedades del cerebro y nervios	143	87	60.9	51	35.7	5	3.4
5	35 - 41	Enfermedades infecciosas, parasitarias	86	18	20.9	57	66.3	11	12.8
6	87 - 93	Urgencias	77	18	23.4	49	63.6	10	13.0
7	66 - 73	Enfermedades de la piel	72	23	31.9	44	61.1	5	7.0
8	28,30-34	Enfermedades digestivas	68	16	23.5	45	66.2	7	10.3
9	09 - 16	Enfermedades de los sentidos	37	9	24.3	27	73.0	1	2.7
10	24 - 27	Enfermedades circulatorias	18	7	38.9	6	33.3	5	27.8
11	74 - 79	Previsibles por vacunas	6	3	50.0	3	50.0	-	-
12	42 - 45	Enfermedades del riñon y la vejiga	5	3	60.0	2	40.0	-	-
13	46 - 48	Enfermedades genitales del hombre	5	2	40.0	2	40.0	1	20.0
14	49 - 54	Enfermedades genitales de la mujer	3	1	33.3	2	66.7	-	-
T O T A L			1467	469	32.0	908	61.9	90	6.1

C U A D R O No. 50

TRATAMIENTO DE LA MORBILIDAD POR CAUSA Y AGENTE (FAMILIA P.R.S. E INSTITUCION) A R E A 1

C H O C O - 1 9 8 4

NUMERO DE ORDEN	C A U S A S		TOTAL EPISO DIOS.	MORBILIDAD TRATADA				MORBILIDAD TRA TADA INSTITUC.	
	CODIGO	N O M B R E		FAMILIA		TAP		REMISIONES	
				Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	80 - 86	Otras enfermedades	389	127	32.6	250	64.3	12	3.1
2	17 - 23	Enfermedades respiratorias	352	139	39.5	201	57.1	12	3.4
3	09 - 16	Enfermedades de los sentidos	290	29	10.0	258	89.0	3	1.0
4	29	Diarrea	238	54	22.7	178	74.8	6	2.5
5	01 - 08	Enfermedades del cerebro y nervios	152	78	51.3	70	46.1	4	2.6
6	35 - 41	Enfermedades infecciosas y paras.	148	26	17.6	114	77.0	8	5.4
7	66 - 73	Enfermedades de la piel	145	45	31.0	99	68.3	1	0.7
8	87 - 93	Urgencias	78	13	16.7	57	73.1	8	10.2
9	28,30-34	Enfermedades digestivas	51	18	35.3	30	58.8	3	5.9
10	24 - 27	Enfermedades circulatorias	24	4	16.6	10	41.7	10	41.7
11	49 - 54	Enfermedades genitales de la mujer	16	5	31.2	7	43.8	4	25.0
12	74 - 79	Prevenibles por vacunas	7	3	42.9	4	57.1	-	-
13	42 - 45	Enfermedades del riñón y la vejiga	4	-	-	2	50.0	2	50.0
14	46 - 48	Enfermedades genitales del hombre	4	1	25.0	2	50.0	1	25.0
T O T A L			1898	543	28.6	1282	67.5	74	3.9

C U A D R O No. 51

TRATAMIENTO DE LA MORBILIDAD POR CAUSA Y AGENTE (FAMILIA P.R.S. INTSITUACION) A R E A 2

C H O C O - 1 9 8 2

No.DE ORDEN	C A U S A S		TOTAL Episodios	MORBILIDAD TRATADA				Morbilidad tratada Inst.	
	CODIGO	N O M B R E		FAMILIA		T A P		REMISIONES	
				Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	17 - 23	Enfermedades respiratorias	497	158	32.5	289	59.1	41	8.4
2	80 - 86	Otras enfermedades	337	123	36.5	173	51.3	41	12.2
3	01 - 08	Enfermedades del cerebro y nervios	242	94	38.9	122	50.4	26	10.7
4	29	Diarrea	200	52	26.0	114	57.0	34	17.0
5	29-30-34	Enfermedades digestivas	155	51	30.9	83	53.9	25	15.2
6	09 - 16	Enfermedades de los sentidos	85	40	47.1	40	47.1	5	5.8
7	66 - 73	Enfermedades de la piel	70	23	32.8	35	51.4	11	15.8
8	35 - 41	Enfermedades infecciosas y parasitarias	49	18	36.7	17	34.7	14	28.6
9	87 - 93	Urgencias	32	5	15.6	15	50.0	11	34.4
10	24 - 27	Enfermedades circulatorias	24	10	41.7	6	25.0	8	33.3
11	74 - 79	Prevenibles por vacunas	10	4	40.0	5	50.0	1	10.0
12	49 - 54	Enfermedades genitales de la mujer	8	1	12.5	2	25.0	5	62.5
13	46 - 48	Enfermedades genitales del hombre	4	1	25.0	1	25.0	2	50.0
14	42 - 45	Enfermedades del riñón y la vejiga	3	1	33.3	-	-	2	66.7
T O T A L			1716	581	33.9	903	53.0	226	13.1

C U A D R O No. 52

TRATAMIENTO DE LA MORBILIDAD POR CAUSA Y AGENTE (FAMILIA P.R.S. INSTITUCION) A R E A 2

C H O C O - 1 9 8 3

NUMERO DE ORDEN	C A U S A S		TOTAL EPI SODIOS.	MORBILIDAD TRATADA				MORBILIDAD TRA TADA INSTITUC.	
	CODIGO	N O M B R E		FAMILIA		TAP		REMISIONES	
				Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	17 - 23	Enfermedades respiratorias	481	120	25.0	261	54.2	100	20.8
2	80 - 86	Otras Enfermedades	326	86	26.4	193	59.2	47	14.4
3	01 - 08	Enfermedades del cerebro y nervios	196	77	39.3	91	46.4	28	14.3
4	29	Diarrea	114	34	29.9	60	52.6	20	17.5
5	28,30-34	Enfermedades digestivas	104	42	40.4	38	36.5	24	23.1
6	35 - 41	Enfermedades infecciosas y parasita.	93	16	17.2	55	59.1	22	23.7
7	65 - 73	Enfermedades de la piel	64	18	28.1	28	43.8	18	28.1
8	09 - 16	Enfermedades de los sentidos	56	17	30.3	31	55.4	8	14.3
9	24 - 27	Enfermedades circulatorias	33	15	45.5	4	12.1	14	42.4
10	87 - 93	Urgencias	22	8	36.4	7	31.8	7	31.8
11	49 - 54	Enfermedades genitales de la mujer	11	2	18.1	2	18.1	7	63.7
12	42 - 45	Enfermedades del riñón y la vejiga	8	5	62.5	1	12.5	2	25.0
13	46 - 48	Enfermedades genitales del hombre	6	-	-	-	-	6	100.0
14	74 - 79	Previsibles por vacuna	2	1	50.0	-	-	1	50.0
T O T A L			1516	441	29.1	771	50.9	304	20.0

CUADRO No. 53

TRATAMIENTO DE LA MORBILIDAD POR CAUSA Y AGENTE (FAMILIA P.R.S. INSTITUCION) AREA 2

CHOCO - 1984

NUMERO DE OPCE:	C A U S A S		TOTAL EPISO DIOS.	MORBILIDAD TRATADA				MORBILIDAD TRA TADA INSTITUC.	
	CODIGO	N O M B R E		FAMILIA		TAP		REMISIONES	
				Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	17 - 23	Enfermedades respiratorias	425	80	18.8	258	60.7	87	20.5
2	80 - 86	Otras enfermedades	272	34	12.5	177	65.1	61	22.4
3	01 - 08	Enfermedades del cerebro y nervios	149	38	25.5	74	49.7	37	24.8
4	29	Diarrea	109	14	12.8	64	58.7	31	28.4
5	35 - 41	Enfermedades infec.y parasitarias	100	14	14.0	66	66.0	20	20.0
6	66 - 73	Enfermedades de la piel	91	20	22.0	44	48.3	27	29.7
7	28,30-34	Enfermedades digestivas	81	30	37.0	27	33.3	24	29.6
8	87 - 93	Urgencias	56	23	41.1	15	26.8	18	32.1
9	09 - 16	Enfermedades de los sentidos	52	17	32.7	19	36.5	16	30.8
10	24 - 27	Enfermedades circulatorias	46	12	26.1	13	28.3	21	45.6
11	74 - 79	Enfermedades prevenibles por vacuna	44	7	15.9	23	52.3	14	31.8
12	49 - 54	Enfermedades genitales de la mujer	17	-	-	2	11.7	15	88.2
13	46 - 48	Enfermedades genitales del hombre	9	-	-	1	11.1	8	88.9
14	42 - 45	Enfermedades del riñón y vejiga	3	2	66.6	-	-	1	33.3
T O T A L			1454	291	20.0	783	53.9	380	26.1

C U A D R O No. 54

TRATAMIENTO DE LA MORBILIDAD POR CAUSA Y AGENTE (FAMILIA. P.R.S. INSTITUCION) A R E A 3

C H O C O - 1 9 8 4

NUMERO DE ORDEN	C A U S A S		TOTAL EPISO DIOS.	MORBILIDAD TRATADA				MORBILIDAD TRA TADA INSTITUC.	
	CODIGO	N O M B R E		FAMILIA		TAP		REMISIONES	
				Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	17 - 23	Enfermedades respiratorias	996	369	37.0	552	55.4	75	7.5
2	80 - 86	Otras enfermedades	576	112	19.4	394	68.4	70	12.2
3	01 - 08	Enfermedades del cerebro y nervios	533	165	31.0	326	61.1	42	7.9
4	35 - 41	Enfermedades infec.y parasitarias	268	36	13.4	184	68.7	48	17.9
5	29	Diarrea	254	40	15.7	201	79.1	13	5.1
6	66 - 73	Enfermedades de la piel	239	23	9.6	185	77.4	31	13.0
7	24 - 27	Enfermedades circulatorias	181	85	47.0	53	29.3	43	23.7
8	28,30-34	Enfermedades digestivas	150	38	25.3	89	59.3	23	15.3
9	87 - 93	Urgencias	140	18	12.9	101	72.1	21	15.0
10	09 - 16	Enfermedades de los sentidos	118	29	24.6	63	53.4	26	22.0
11	74 - 79	Prevenibles por vacunas	90	16	17.8	11	12.2	63	70.0
12	49 - 54	Enfermedades genitales de la mujer	26	2	7.7	6	23.1	18	69.2
13	42 - 45	Enfermedades del riñón y vejiga	19	1	5.3	11	57.9	7	36.8
14	46 - 48	Enfermedades genitales del hombre	10	-	-	4	40.0	6	60.0
T O T A L			3600	934	25.9	2180	60.6	486	13.5

C U A D R O Nro 55

LETALIDAD POR CAUSAS DE ENFERMEDAD - TASAS POR MIL HABITANTES

AREA 1 . 1.981 - 1.984.-

Nº DE ORDEN	C A U S A S		ENFERMOS	MUERTOS	TASA %
	CODIGO	N O M B R E			
1	46-48	Enfermedades genitales hombres	19	3	157.9
2	24-27	Enfermedades Circulatorias	99	5	50.5
3	74-79	Prevenibles por vacunas	98	2	20.4
4	01-08	Enf. del Cerebro y Nervios	623	10	16.1
5	35-41	Enf. Infecciosas y Parasitarias	344	4	11.6
6	28-30-34	Enfermedades Digestivas	374	4	10.7
7	87-93	Urgencias	384	3	7.8
8	17-23	Enfermedades Respiratorias	1.755	11	6.3
9	29	Diarrea	1.290	4	3.1
10	66-73	Enfermedades de la piel	455	1	2.2
11	09-16	Enfermedades de los Sentidos	455	1	2.2
12	80-86	Otras enfermedades	1.894	4	2.1
13	49-54	Enfermedades genitales de mujer	53	0	0.0
14	42-46	Enf. del Riñón y la Vejiga	29	0	0.0
T O T A L			7.872	52	6.6

C U A D R O Nro 56

LETALIDAD POR CAUSAS DE ENFERMEDAD- TASAS POR MIL HABITANTES

AREA 2 . 1.982 - 1.984.-

Nº DE ORDEN	C A U S A S		ENFERMOS	MUERTOS	TASA %
	CODIGO	N O M B R E			
1	42-45	Enfermedades del Riñón y la Vejiga	14	1	71.4
2	24-27	Enfermedades Circulatorias	103	4	38.8
3	87-93	Urgencias	110	4	36.4
4	74-79	Prevenibles por vacunas	56	2	35.7
5	49-54	Enfermedades genitales mujer	36	1	27.8
6	28-30-34	Enfermedades Digestivas	350	9	25.7
7	29	Diarrea	423	7	16.5
8	01-08	Enf. Cerebro y Nervios	587	4	6.8
9	80-86	Otras Enfermedades	935	5	5.3
10	09-16	Enfermedades de los Sentidos	193	1	5.2
11	17-23	Enfermedades Respiratorias	1.393	6	4.3
12	35-49	Enf. Infecciosas y Parasitarias	242	1	4.1
13	46-48	Enfermedades genitales hombre	19	0	0.0
14	66-73	Enfermedades de la piel	225	0	0.0
T O T A L			4.686	45	9.6

C U A D R O No. 57

LETALIDAD POR CAUSAS DE ENFERMEDAD - TASA POR MIL HABITANTES - A R E A 3

C H O C O - 1 9 8 4

No. DE		C A U S A S	ENFERMOS	MUERTOS	TASA %.
ORDEN	CODIGO	N O M B R E			
1	46 - 48	Enfermedades genitales del hombre	10	1	100.0
2	87 - 93	Urgencias	140	5	35.7
3	74 - 79	Prevenibles por vacunas	90	3	33.3
4	28,30-34	Enfermedades digestivas	150	4	26.6
5	24 - 27	Enfermedades circulatorias	181	4	22.1
6	80 - 86	Otras enfermedades	576	7	12.1
7	29	Diarreas	254	3	11.8
8	35 - 41	Enfermedades infecc. y parasitarias	268	3	11.1
9	09 - 16	Enfermedades de los sentidos	118	1	8.4
10	01 - 08	Enfermedades del cerebro y los nervios	533	3	5.6
11	66 - 73	Enfermedades de la piel	239	1	4.1
12	17 - 23	Enfermedades respiratorias	996	3	3.0
13	49 - 54	Enfermedades genitales de la mujer	26	-	-
14	42 - 45	Enfermedades del riñón y la vejiga	19	-	-
T O T A L			3600	38	10.55

1. Remisión de la Morbilidad

Se puede observar que las enfermedades que han aparecido entre las cinco primeras causas de remisión por áreas durante los años desarrollados de las mismas son :

EN EL AREA 1, AÑOS 1981 a 1984

1. Otras Enfermedades
2. Diarrea
3. Enfermedades Respiratorias
5. Enfermedades infecciosas y parasitarias
Enfermedades digestivas

EN EL AREA 2, años 1982 A 1984

1. Las enfermedades respiratorias
2. Otras enfermedades
3. Enfermedades del cerebro y nervios
4. Diarrea y
5. Enfermedades digestivas

EN EL AREA 3, LAS PRIMERAS CAUSAS DE REMISION PARA 1984 son :

1. Enfermedades respiratorias
2. Otras enfermedades
3. Las prevenibles por vacunas
4. las infecciosas y parasitarias
5. Las circulatorias

En cuanto a las tasas de letalidad por causas, cuadros 54 al 56 , para todas las áreas son casi similares, predominando tasas elevadas en la letalidad de enfermedades genitales del hombre 333.3% , y en 1983, este primer puesto lo ocupó en el Area 1 el de letalidad de enfermedades prevenibles por vacuna.

2. La Incapacidad

Entendida como la suspensión temporal de las actividades cotidianas o normales de las personas, a causa de alguna enfermedad. Este indicador se ha calculado para la población mayor de 15 años y los cuadros nos muestran los siguientes :

AREA 1 , AÑOS 1981 A 1984

- Los promedios generales de días de incapacidad fueron 7.5
4.7, 7,1, 55,
- Las enfermedades que han causado mayor incapacidad a través de éstos años son :
 - Las urgencias
 - Las circulatorias
 - Las genitales de la mujer
 - Infecciones y parasitarias
 - Enfermedades de los sentidos
 - Enfermedades genitales de los hombres

AREA 2, AÑOS 1982 A 1984

- Los promedios generales han sido 5,8 , 6.1 , 7.6
- Las enfermedades de mayor incapacidad han sido :

Las urgencias
Enfermedades circulatorias
Las infecciones y parasitarias
Las genitales de la mujer
La piel

AREA 3 , AÑOS 1984

- Nos presenta un promedio general de días de incapacidad de 6 -
días.

- Las principales enfermedades causantes de incapacidad en la po -
blación fueron :

Las enfermedades digestivas
Las genitales del hombre
Las circulatorias
Las infecciones y parasitarias
Las urgencias

C U A D R O N ro. 58

PROMEDIO DE DIAS DE INCAPACIDAD SEGUN CAUSAS EN POBLACION MAYOR DE 15 AÑOS

AREA 1 . 1.981 - 1.984.-

Nº DE ORDEN	C A U S A S		EPISODIOS ENFERMED.		INCAPACIDAD	
	CODIGO	N O M B R E	GENERAL	INCAPACID.	DIAS	PROMEDIO
1	17-23	Enfermedades Respiratorias	1.755	159	958	6.0
2	80-86	Otras Enfermedades	1.984	305	1.683	5.5
3	29	Diarrea	1.290	21	129	6.1
4	01-08	Enfermedades del Cerebro y Nervios	623	200	1.024	5.1
5	09-16	Enfermedades de los Sentidos	455	46	345	7.5
6	66-73	Enfermedades de la piel	455	54	317	5.9
7	87-93	Urgencias	384	103	1.033	10.0
8	28-30-34	Enfermedades Digestivas	374	66	348	5.3
9	35-41	Enfermedades Infecciosas y paras.	344	84	677	8.1
10	74-79	Enfermedades Prevenibles por vacu.	98	5	34	6.8
11	24-27	Enfermedades Circulatorias	99	16	147	9.2
12	49-54	Enfermedades genitales de la mujer	53	14	113	8.1
13	42-45	Enfermedades del Riñón y la Vejiga	29	7	51	7.3
14	46-48	Enfermedades genitales del hombre	19	2	15	7.5
T O T A L			7.822	1.092	6.874	6.3

C U A D R O Hro 59

PROMEDIO DE DIAS DE INCAPACIDAD SEGUN CAUSAS EN POBLACION MAYOR DE 15 AÑOS

AREA 2. 1.982 - 1.984.-

Nº DE ORDEN	C A U S A S		EPISODIOS ENFERMEDAD		INCAPACIDAD	
	CODIGO	N O M B R E	GENERAL	INCAPACIDAD	DIAS	PROMEDIO
1	17-23	Enfermedades Respiratorias	1.393	117	670	5.7
2	80-86	Otras enfermedades	935	196	1.106	5.6
3	01-08	Enf, del Cerebro y Nervios	587	154	792	5.1
4	29	Diarrea	423	17	103	6.1
5	28-30-34	Enfermedades Digestivas	350	48	203	4.2
6	35-41	Enf. Infecciosas y Parasitarias	242	56	561	10.0
7	66-73	Enfermedades de la piel	225	24	168	7.0
8	09-16	Enfermedades de los sentidos	193	37	168	4.5
9	87-93	Urgencias	110	49	676	13.8
10	24-27	Enfermedades Circulatorias	103	14	160	11.4
11	74-79	Enfer. Prevenibles por vacunas	56	14	89	6.3
12	49-54	Enf. genitales de la mujer	36	10	97	9.7
13	46-48	Enf. genitales del hombre	19	0	0	0.0
14	42-45	Enf. del Riñón y la Vejiga	14	4	24	6.0
T O T A L			4.686	740	4.817	6.5

C U A D R O No. 60

PROMEDIO DE DIAS DE INCAPACIDAD SEGUN CAUSAS EN POBLACION MAYOR DE 15 AÑOS - A R E A 3

C H O C O - 1 9 8 4

No.DE ORDEN	CODIGO	C A U S A S	EPISODIO ENFERMEDAD		INCAPACIDAD	
		N O M B R E	GENERAL	INCAPACIDAD	DIAS	PROMEDIO
1	17 - 23	Enfermedades respiratorias	996	133	762	5.7
2	80 - 86	Otras enfermedades	576	165	799	4.8
3	01 - 08	Enfermedades del cerebro y nervios	533	150	608	4.0
4	35 - 41	Enfermedades infecc. y parasitarias	268	133	974	7.3
5	29	Diarrea	254	16	52	3.2
6	66 - 73	Enfermedades de la piel	239	30	174	5.8
7	24 - 27	Enfermedades circulatorias	181	65	534	8.2
8	28,30-34	Enfermedades digestivas	150	48	436	9.1
9	87 - 93	Urgencias	140	72	518	7.2
10	09 - 16	Enfermedades de los sentidos	118	29	163	5.6
11	74 - 79	Enfermedades prevenibles por vacunas	90	5	32	6.4
12	49 - 54	Enfermedades genitales de la mujer	26	12	80	6.7
13	42 - 45	Enfermedades del riñón y la vejiga	19	11	50	4.5
14	46 - 48	Enfermedades genitales del hombre	10	5	43	8.6
T O T A L			3600	874	5225	6.0

D. MORTALIDAD

La mortalidad ha presentado a través de los años las siguientes características :

AREA 1, AÑO 1981 A 1984

Para obtener la tasa de mortalidad general, la de mortalidad infantil y la de mortalidad materna, se utilizaron las siguientes fórmulas :

MORTALIDAD GENERAL : $\frac{\text{Número total de defunciones}}{\text{Población total}} \times 1.000$

MORTALIDAD INFANTIL : $\frac{\text{Número de defunciones en menores de 1 año}}{\text{Número de nacidos vivos}} \times 1.000$

MORTALIDAD MATERNA : $\frac{\text{Número de defunciones por causas de embarazos, parto y puerperio}}{\text{Nacidos vivos}} \times 1.000$

El área 1 presenta una tasa de mortalidad general de 2.2% , 3.2% , 4.5% respectivamente.

Mortalidad infantil, 19.5 % , 47.6% . 52.1% , 13.1% respectivamente.

Una tasa de mortalidad materna 0.16.8% , 20.8% , y 0

Y entre las principales causas de muerte en todos los años tenemos :

- 1 Enfermedades respiratorias
2. Enfermedades de cerebro y nervios
3. Enfermedades circulatorias
4. Otras enfermedades
5. Diarrea

AREA 2 , AÑOS 1982 A 1984

- La tasa de mortalidad general fue de 3.1‰ , 5.4 ‰ , 4.4‰
- La mortalidad infantil fue de 53.1‰ , 71.4 ‰ , 30.9‰
- La mortalidad materna de cero en todos los años

La principal causa de muerte en los tres años han sido :

1. Las enfermedades digestivas
2. Diarreas
3. Respiratorias
4. Otras enfermedades
5. Enfermedades circulatorias

AREA 3, AÑOS 1984

- La tasa general de la mortalidad fue 4.6‰
- Tuvo una mortalidad infantil de 39.5‰
- Una mortalidad materna de cero
- Las principales causas de mortalidad fueron :

1. Otras enfermedades
2. Las urgencias
3. Las enfermedades digestivas
4. Las circulatorias
5. Las prevenibles por vacunas

MORTALIDAD GENERAL AREA CUBIERTA

1981 : 2.2 ‰	1983 : 4.9 ‰
1982 : 3.1 ‰	1984 : 3.8 ‰

E. COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD

La Promotora para el registro de la morbilidad utiliza una tarjeta - de clasificación de enfermedades, que le sirve de guía para el registro de la misma en su U.C.P.

Se presenta en esta clasificación un listado de signos y/o síntomas y de enfermedades en 14 agrupaciones (Ver Anexo # 3)

MORBILIDAD - AREA DE LLORO Y BAGADO

Para el análisis de la morbilidad en esta área, se dispone de información (3 años 1982 - 1984).

- Morbilidad por enfermedades de cerebro y nervios :

Los grupos de 15 y mas años, son los mayormente comprometidos, la tendencia en el trienio es hacia el descenso (Ver gráfica # 9).

- Morbilidad por Enfermedades de los Sentidos :

Las tasas son bajas pero es interesante el compromiso que aparece en los menores de un año (Ver gráfico # 10).

- Morbilidad por Enfermedades respiratorias

Esta morbilidad al igual que en el Area 1, presenta tasas altas en la población de menores de un año y en los grupos de 1 - 5 años a pesar de que son tareas mas bajas que las del grupo anterior, sigue siendo considerable a pesar que tiende al descenso (Ver gráfico # 11).

- Morbilidad por Enfermedades Circulatorias

Esta se presenta en forma muy baja en toda la comunidad (Ver gráfico # 12).

- Morbilidad por Diarrea :

La enfermedad está presente en todos los grupos de edad. Las mayores tasas las tienen los menores de un año, siguiendo en su orden - los de 1 - 5 años con tendencia hacia el descenso. (Ver gráfico #13).

- Morbilidad por Enfermedades Digestivas

Aunque las tasas son muy bajas, el compromiso mayor está en los menores de un año. Tiende hacia el descenso (Ver gráfico # 14).

MORBILIDAD AREA LLORO Y BAGADO

- Morbilidad por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias

También presenta tasas con tendencia a estabilizarse (Ver gráfico # 15).

- Morbilidad por Enfermedades Genitales de la Mujer por Grupos de Edad .

Todas relativamente con tendencia a estabilizarse (Ver gráfico # 18)

- Morbilidad por enfermedades del Riñón y Vejiga

Las tasas son muy bajas. Se mantienen estables (Ver gráfico # 16)

- Morbilidad por Enfermedades Genitales del Hombre.

Tasas muy bajas en esta área (Ver gráfico # 17)

- Morbilidad por Enfermedades de la Piel

Siguen siendo los menores de un año, el grupo mayormente afectado (Ver gráfico # 19).

- Morbilidad por Enfermedades Prevenibles por Vacunas

Se presentan tasas muy bajas pero existe la tendencia hacia el aumento en el grupo de menores de cinco años (Ver gráfico # 20)

- Morbilidad por otras enfermedades

Siguen los menores de cinco años siendo el grupo mas vulnerable en esta causa, a pesar de que las tasas relativamente sean bajas. tendencia hacia el descenso (Ver gráfico # 21).

- Morbilidad por Urgencias

La Morbilidad por esta causa tiene tendencia al aumento, pero las tasas son bajas en todos los grupos (Ver gráfico # 22).

MORBILIDAD AREA : ISTMINA - TADO - CONDOTO - NOVITA

Analizando la morbilidad por algunas causas, para el Area 3 (Istmina Tadó , Condoto , Nóvita), durante los años 1983 1984 como se presenta en los gráficos números 23 a 36, se observó :

- En el período que se analizá, es decir 1983 y 1984, por ser tan corto, no podemos hablar de un comportamiento propiamente como tal de la enfermedad.

- Morbilidad por Enfermedades del Cerebro y Nervios por Grupos de Edad .

Muestra una tendencia hacia el ascenso, probablemente por la obtención de mayor información del número de episodios en el año 1984 en todos los grupos de edad (Ver gráfico # 23)

- Enfermedades de los sentidos por grupos de edad :

En el año 1983 la tasa por habitantes es mayor en los menores de cinco años y en general se mantiene estable excepto en los menores de un año, grupo en el cual para 1984 desciende en casi un 50% (- Ver gráfico # 24).

- Enfermedades Respiratorias

A su vez, demuestran un problema mayor en el ascenso de su tendencia en todos los grupos. Llama la atención el compromiso de los menores de cinco años en este daño. Esta enfermedad tiene lugar entre las primeras causas, en el Departamento del Chocó. Este parámetro puede ser útil, en relación a poder inferir acerca del problema, dado el corto período del tiempo que estamos analizando (Ver gráfico # 25).

- Enfermedades Circulatorias

En este caso tienden al ascenso para el grupo de 15 y mas años (Ver gráfico # 26).

- Morbilidad por Diarrea

Sigue siendo un problema mayor en la población infantil de área (Ver gráfico # 27).

- Por Enfermedades Digestivas

Tienden a mantenerse estables en todos los grupos de edad (Ver gráfico # 28).

- Por Enfermedades del Riñón y Vejiga

Se mantienen estables durante el período (Ver gráfico # 30)

- Por Enfermedades infecciosas y Parasitarias

Parece descender en el grupo menor de cinco años (Ver gráfico # 29)

- Enfermedades Genitales del Hombre

Muestran una estabilización (Ver gráfico # 31).

- Enfermedades Genitales de la Mujer

Tienden a mantenerse estables (Ver gráfico # 32)

- Enfermedades de la Piel

Parece tener igual importancia en todos los grupos, con tendencia -
al ascenso (Ver gráfico # 33).

- Por Urgencias

Se muestra similar en todos los grupos aunque con tasas muy bajas ,
pero también tienden al ascenso. (Ver gráfico # 36)

- Por Otras Enfermedades

Aunque todos los grupos tienden al ascenso, las mayores tasas se -
encuentran en los menores de cinco años .

- Enfermedades Prevenibles por Vacunas

Muestra un compromiso mayor en la población menor de cinco años.
Vale la pena profundizar sobre cuales de ellas causan los episodios
de enfermedad por esta causa (Ver gráfico # 34)

MORBILIDAD DEL AREA: BOJAYA - RIO SUCIO

Para el análisis de la morbilidad en esta área, se dispone de mayor cantidad de información (cuatro años 1981-1984) debido a que en ella se inició el Programa. Después de dos años esta área pasó al Servicio Seccional de Salud del Chocó y bajo su directa responsabilidad se encuentra a la fecha, conforme está planeado en el proyecto.

- Por Enfermedades del Cerebro y Nervios

En general la tendencia es hacia el descenso, Un hecho que llama la atención es la estabilización en el grupo de 15 y mas años con ligero aumento hacia el último año (Ver gráfico # 37).

- Por Enfermedades de los Sentidos

A partir de 1982 a pesar de la posible mejora de los registros para este año, las tasas del año 1983 sugieren una disminución del evento en relación con el año inmediatamente anterior; pero a partir de ese mismo año 1983 se inicia un brusco ascenso en todos los grupos el cual persiste hasta el año 1984 (Ver gráfico # 38).

- Enfermedades Respiratorias

Aquí el compromiso mayor es de los menores de cinco años, en cuanto a que presentan tasas mas altas con un pico que hace en el año 1982, lo interesante de esta situación es que a partir de 1982, ese pico va desapareciendo con tasas bajas de significancia apreciable (Ver gráfico # 39).

- Enfermedades Circulatorias

Las tendencias en estos grupos de edad se mantienen estables, con tasas relativamente bajas (Ver gráfico # 40).

- Enfermedades Digestivas

El grupo de 1 a 5 años parece haber sido mas afectado que los de más grupos , pero en todos la tendencia va en descenso (Ver gráfico # 41).

- Infecciosas y Parasitarias

NO solamente la enfermedad está presente en todos los grupos, sino que además están implicados mayormente, los grupos de mayor edad (Ver gráfico # 42).

- Enfermedades del Riñón y la Vejiga

Aunque en ésta, las tasas parecen ser muy bajas, no se podría presumir de absoluto control de esta situación ya que con frecuencia llegar a un Diagnóstico requiere algunas veces de técnicas no disponibles, además que no pueden ser realizadas por la Promotora - no se puede pues, descansar ya que en esta área también existen - problemas de afecciones genitales que frecuentemente terminan con - prometiando el sistema urinario. (Ver gráfico # 43).

- Por Enfermedades Genitales de Hombre

Estas tasas son relativamente muy bajas y deben ser tenidas en cuenta con relación a la letalidad, en donde este daño constituye primera causa (Ver gráfico # 44).

- Enfermedades Genitales en la Mujer

Estas tasas también se presentan muy bajas. Debe , sin embargo - tenerse en cuenta el daño por esta causa que existe en los hombres y así poder intervenir en la transmisión de la infección (Ver gráfico # 45).

- Enfermedades de la Piel

Las tasas mas altas se encuentran en los menores de 5 años, sin embargo, se mantienen estable en los mayores de 15 y mas años, la tendencia general es hacia el ascenso y sugiere un comportamiento bienal (Ver gráfico # 46).

- Enfermedades Prevenibles por Vacuna

Las tasas en estas áreas son muy bajas. Sin embargo no se debe descuidar la vigilancia de estas causas (Ver gráfico # 47).

- Otras Enfermedades

La tendencia de estas tasas parecen descender; lo interesante es que la población infantil sigue siendo en general lo mas afectado (Ver gráfico # 48).

- Por Urgencias

En el Grupo de 1 a 5 años y de 6 a 14 años (Ver gráfico # 49).

F. EVALUACION COMPLEMENTARIA EN ATENCION A LAS PERSONAS

Los datos de las vistas domiciliarias mostraron lo siguiente :

De 33 madres con niños nacidos durante la época del P.R.S. el 79% tuvo control de embarazo por Promotora, el 12% por Partera capacitada éste dato da una idea general sobre todos los años del Programa.

El 42% de partos fue atendido por Promotora, 36% por partera capacitada (muchas veces por ambas) el 18% de partos se atendió en Hospital o Centros de Salud por las siguientes razones :

- Primigestante
- Eclampsia
- Estaba en otro sitio
- Estaba hospitalizada por otras enfermedades
- La compañía pago hospitalización

En algunos casos la mamá atendió el parto.

El puerperio fue atendido en un 70% de casos por Promotora, un 18% - por Partera capacitada.

En 25 casos de Enfermedad :

12 personas = 36% consultaron a la Promotora. Razones por no consultar son :

- La Promotora no tiene draga (5X)
- La Promotora no estaba
- La Promotora no hace seguimiento
- La enfermedad no fue grave, o se cura por si misma (3X)
- Se consultó en la UPA
- Se consultó al Médico Tradicional o Vecino
- Se tomó una pastilla

Por sistema de información 61.9% de episodios fue atendido por Promotora en Ríosucio, Bellavista, y 50.9% en Lloró Bagadó.

En un 67% de los 15 casos de Diarrea se consultó a la Promotora, razones por consultar son :

- No tiene droga
- La mamá no estaba
- La Promotora no sirve

Por datos del sistema de información también un 50% fue atendido por Promotora, 25 de los 36 (=64%) niños estaban vinculados por su edad (Pre-escolares) .

Por datos de Promotora la cobertura de vacunación es así :

- 61% de Pre-escolares con esquema completo en Ríosucio / Bojayá
- 62% de Pre-escolares con esquema completo en Lloró / Bagadó

Razones por no vacunar son :

- No trajeron suficientes vacunas (3 X)
- No estaba
- No se preocupa
- Estaba enferma

15 de las 33 = 45% madres estaban vacunadas durante el embarazo.

Razones por no vacunar :

- No estaba (4 X)
- No hubo vacuna (2 X)
- No tuvo control de embarazo
- No quiso (3 X)
- Le tiene miedo
- No sabía

El 97% de las personas aceptan la visita de la Promotora. En las reuniones la gente siempre mostró aceptación de la Promotora, aunque muchas veces se queja por la falta de droga y artículos de consumo. Este dato sobre la aceptabilidad no es muy confiable porque mucha gente no quiere criticar a la Promotora con un Evaluador por repercusiones personales que puedan presentarse.

La Promotora remite pacientes a todas las UPAS. En Bellavista el sistema no funciona , porque la gente prefiere ir a Vigía del Fuerte donde hay mas drogas y mas continuidad en atención por médicos. En Lloró y Ríosucio los médicos no siempre llenan las boletas de remisión. En todas las UPAS, se están delegando el seguimiento de tratamiento a las Promotoras.

En todas las UPAS hay problemas con suministro a Promotoras, porque en los Centros de Salud hace falta. Además muchas Promotoras no piden, porque saben que no hay plata para pagarlas (Esta plata se debería recibir por venta de droga a su comunidad).

Las salidas de Promotores de Saneamiento, también estaban paralizadas este año e irregulares en el año pasado.

A nivel urbano, el Centro de Salud de Bellavista tampoco estaba funcionando bien en el momento de la Evaluación (No hubo médico).

Las Auxiliares de Enfermería tienen muy pocos pacientes registrados en Programas Especiales y no hacen visitas al CAIP. Hay muy pocas consultas y el Centro no tiene suficiente ingreso para comprar artículos de aseo y petróleo.

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

1. Aunque se programó cubrir el 100% de la población rural del Departamento, la experiencia demostró que la implementación del Programa de Atención Primaria era lenta y que se necesitaba un verdadero apoyo del Servicio para poder implementarlo y asumirlo, pero aunque existió buena voluntad en casi todas las administraciones, no puede brindar el apoyo necesario, demorándose mas la entrega de las áreas al Servicio, además las distancias y la poca accesibilidad a las comunidades, también fue un factor que influyó para ampliar mas la cobertura. Solamente se está cubriendo el 6.0% de la población total del Departamento y el 8.5% de la población rural del Departamento.
2. En relación a los Municipios que reciben servicios de atención primaria por el Programa, Areas 1, 2, 3, solamente se han obtenido los siguientes datos, el 12.9% de la población total de estos municipios, del total de la población rural de esos municipios se cubre el 16.2% .
3. En cuanto a la reducción de la morbi-mortalidad en un 30% en el análisis de la morbilidad, se evidenció que en todas las áreas , la morbilidad es muy similar. Las diferencias encontradas probablemente pueden estar dadas por los períodos de tiempo que se analizan en cada área y por factores socio culturales de las comunidades.

4. La parte mas importante es que en las tres áreas, la población infantil, especialmente los menores de un año son quienes han padecido mas proceso morbosos.
5. A pesar de las intervenciones sobre el estado sanitario, desde el punto de vista de las mejoras que se han realizado en Saneamiento Básico de las comunidades, la persistencia de los daños en piel y de las infecciones parasitarias intestinales, no demuestran que tales acciones hayan producido cambios importantes. Parece seguir so pesando factores sociales, especialmente de educación.
6. Se observó además una disminución en la atención por Promotora, en las áreas que ya han sido reincorporadas a la Seccional de Salud. No se puede presumir sobre posibles causas de esta disminución por medio de éstos análisis.
7. Se encontró que, otras enfermedades están ocupando el primer lugar en el orden de las causas, resultado un poco subjetivo, debido a - que la Promotora maneja un grupo de sintomatología, que puede ser la razón del aumento de los episodios de enfermedad. En este sentido, las enfermedades respiratorias, estarán ocupando el primer - lugar.
8. Finalmente, en este análisis se ha encontrado que todos los grupos en todas las áreas , están afectados en diferentes proporciones con la respectiva selectividad de las enfermedades por grupo de edad.
9. Es preocupante la tendencia al aumento de los desnutridos severos en el año 1984, en las 3 áreas.

10. Los niños desparasitados en el Area 1 y 2 , el porcentaje decrece mas del 50% de la población de pre-escolares y escolares, se encuentran sin desparasitar, para la Promotora ha sido difícil que le compren el antiparasitario ; en el año 84 también ha disminuído el suministro de drogas para la Promotora por parte del Programa, ya que el Servicio se responsabilizó de las zonas.
11. Existe poco uso en las parejas de las comunidades de los diferentes métodos de planificación familiar, se puede anotar aquí los tabúes que tienen las comunidades frente a la planificación familiar, a veces prefieren usar métodos folclóricos. También hace falta conocimiento sobre los métodos , la rigidez de las visitas domiciliarias , pues no priorizan las visitas hacia parejas con mayor número de hijos.
12. Los motivos de no planificación , el mayor porcentaje lo tienen las mujeres menopaúsicas y lactantes.
13. Las embarazadas aunque se cubre el 100%, el número de controles no es satisfactorio.
14. Aunque los registros muestran que la responsabilidad en la atención de la embarazada la tiene la familia y que han aumentado las remisiones, la tasa de mortalidad materna es baja, parece ser que la morbilidad que afecta a la embarazada no produce daños severos.
15. El parto se sigue atendiendo en la casa, el mayor porcentaje es atendido por la Partera, sigue en orden de importancia la Promotora. La partera es la persona que a través de los tiempos ha tenido esta responsabilidad frente a su comunidad.

16. El número de controles en el Puerperio es todavía bajo, puede ser porque la Partera atiende la mayor parte de los partos y ella hace los controles.
17. Aunque la cobertura de vacunación es alta, falta en las comunidades seguir impulsándola, para lograr una cobertura máxima y vacunar a los niños que nacen.

INDICADORES

Habitantes por vivienda rural	$\frac{\text{Total de habitantes del área rural}}{\text{Total de viviendas habitadas}}$	X	100
Personas por familia	$\frac{\text{Total de personas}}{\text{Número de familias}}$	X	100
Campos Deportivos por U. C.	$\frac{\text{Número de campos deportivos}}{\text{Total de U. C.}}$	X	100
Población de 0 - 11 meses	$\frac{\text{Población de 0 - 11 meses}}{\text{Total población}}$	X	100
Población de 12 - 71 meses	$\frac{\text{Población de 12 - 71 meses } 6}{\text{Total de población}}$	X	100

Población de 6 - 14 años	$\frac{\text{Población de 6 - 14 años}}{\text{Total de población}}$	X 100
Población de 15 y más años.	$\frac{\text{Población de 15 y más años}}{\text{Total de población}}$	X 100
Cumplimiento de Cobertura por P.R.S.	$\frac{\text{No de flias atendidas con serv. P.R.S. al período}}{\text{Total de familias asignadas}}$	X 100
Contactos para la promoción de la Producción y consu- mo de alimentos pri- marios básicos.	$\frac{\text{No contactos con flias que produceny consumen alimentos primarios básicos}}{\text{Total de familias}}$	X 100
Mortalidad Infan- til.	$\frac{\text{Número de defuciones en menores de 1 a.}}{\text{Número de niños nacidos vivos.}}$	X 100

Morbilidad general
en la población me
nor de 1 año.

Episodios enfermedad menores de 1 año

Población menor de 1 año

X 100

Morbilidad general
en población menor
de 1 - 5 años

Episodios enfermedad de 1 - 5 años

Población de 1 - 5 años

X 100

Concentraciones de
contactos a menores
de 6 años.

No Contactos reales a menores 6 años

Población menor de 6 años

X 100

Desnutrición modera
da y severa en meno
res de 6 años.

No niños menores 6 años. Clasificación
nutrición roja

No total niños menores 6 años clasifi-
cados.

X 100

Desnutrición Leve en
menores de 6 años

No niños menores 6 años. Clasificación
nutrición amarilla

No total niños menores 6 años clasifi-
cados.

X 100

Tasa general de desnutrición en menores de 6 años.	<u>Episodios desnutrición (R+A) en menores de 6 años</u>	X	100
	Población menor de 6 años clasificados		
Letalidad por Diarrea en menores de 6 años.	<u>No. defunciones por Diarrea en menores de 6 años</u>	X	100
	Episodios diarrea en menores de 6 años		
Desparasitación en niños menores de 6 Años.	<u>Niños menores de 2-5 desparasitados</u>	X	100
	Población menor de 6 años		
Alimentación materna en niños de 6 meses a 5 años.	<u>Niños 6 meses a 5 años que recibieron leche materna más de 6 meses</u>	X	100
	Población de 6 meses a 5 años		
Prevalencia de Diarrea en menores de 6 años	<u>Episodios de diarrea en menores de 6 años</u>	X	100
	Niños menores de 6 años		
Población menor de 6 años con esquema de vacunación completa	<u>Niños menores 6 años con todas las vacunas</u>	X	100
	Niños menores de 6 años		

Vacunación de BCG
en niños menores
de 6 años

No. niños menores de 6 años vacuna-
dos con B.C.G.

Niños menores de 6 años

X 100

Vacunación comple-
ta de DPT en niños
menores de 6 años

No. niños menores de 6 años vacuna-
dos DPT

Niños menores de 6 años

X 100

Vacunación comple-
ta de Polio en ni-
ños menores 6 años

No. niños menores de 6 años vacuna-
dos Polio

Niños menores de 6 años

X 100

Morbilidad en meno-
res de 6 años tra-
tados por la familia

No. episodios enfermedades menores
6 años trtados por la familia

Total episodios enfermedad menores
de 6 años

X 100

Vacunación de Saram-
pión en niños meno-
res de 6 años.

No. niños menores de 6 años vacuna-
dos Sarampión

Niños menores de 6 años

X 100

Morbilidad en menores de 6 años tratados por P.R.S. en casa	<u>No episodios enfermedad en menores de 6 años tratados por P.R.S. en casa</u> Total episodios enfermedad en menores de 6 años	X	100
Anormalidades en la agudeza visual en población 6-14 años	<u>Examen agudo visual anormal en niños de 6-14 años</u> Total examen agudo visual en niños de 6-14 años	X	100
Exámenes de Agudeza visual en población de 6-14 años	<u>No. exámenes agudo visual en niños de 6-14 años</u> Total de niños de 6-14 años	X	100
Desparasitación en población de 6-14 años.	<u>Niños de 6-14 años desparasitados</u> Total de niños de 6-14 años	X	100
Concentración de Contactos en población de 6-14 años	<u>Contactos realizados en población de 6-14 años</u> Total de niños de 6-14 años	X	100

Vacunación con BCG
en niños de 6 - 14
años.

No de niños de 6-14 años vacunados
B.C.G.

X 100

Total de niños de 6-14 años

Morbilidad general
en población de
6-14 años

Episodios enfermedad en niños de
6-14 años.

X 100

Población de 6 - 14 años

Morbilidad en niños
6-14 años tratados
por la familia

No episodios enfermedad en niños
de 6-14 años tratados por la flia.

X 100

Total episodios enfermedad en niños
de 6-14 años.

Morbilidad en niños
6-14 años tratada
por P.R.S. en casa

No episodios enfermedad 6-14 trata-
dos por P.R.S. en casa

X 100

Total episodios enfermedad en niños
de 6-14 años.

Incapacidad en pobla-
ción de 6-14 años.

No episodios incapacidad en población
de 6-14 años.

X 100

Población de 6-14 años

Días incapacidad en población de 6-14 años.	$\frac{\text{Total días incapacidad población de 6-14 años.}}{\text{No episodios incapacidad 6-14 años.}}$	X	100
Mortalidad general en niños de 6-14 años	$\frac{\text{Defunciones en niños de 6-14 años}}{\text{Población de 6-14 años}}$	X	100
Topicación en niños de 6-14 años	$\frac{\text{Número de Topicaciones}}{\text{Población de 6-14 años}}$	X	100
Enjuagatorios en niños de 6-14 años.	$\frac{\text{Número de Enjuagatorios}}{\text{Población de 6-14 años}}$	X	100
Concentración de contactos en población de 15 o más años.	$\frac{\text{No. de contactos realizados población de 15 o más años}}{\text{Población de 15 y más años}}$	X	100
Exámenes microlaboratorio en población de 15 y más años.	$\frac{\text{No exámenes microlaboratorio en población de 15 y más años}}{\text{Población de 15 y más años}}$	X	100

Morbilidad general en población de 15 y más años.	$\frac{\text{Episodios enfermedad en población de 15 y más años}}{\text{Población de 15 y más años}}$	X	100
Morbilidad en población de 15 y más años tratados por la Flia	$\frac{\text{Episodios enfermedad en población de 15 y más años tratados por flia}}{\text{Episodios enfermedad en población de 15 y más años}}$	X	100
Morbilidad en población de 15 y más años tratados por PRS en casa.	$\frac{\text{Episodios enfermedad en población de 15 y más tratados por PRS en casa}}{\text{Episodios enfermedad población de 15 y más años}}$	X	100
Incapacidad en población de 15 y más años	$\frac{\text{Episodios incapacidad en población de 15 y más años}}{\text{Población de 15 y más años}}$	X	100
Días incapacidad población de 15 y más años	$\frac{\text{Días de incapacidad en población de 15 y más años}}{\text{Episodios enfermedad población de 15 y más años}}$	X	100

Mortalidad general
en población de 15
y más años

No. de defunciones en población de 15
y más años

Población de 15 y más años

X 100

Concentración de
contactos en pa-
rejas.

No. de contactos realizados a las
parejas

Número total de parejas

X 100

Uso de métodos de
Planificación Fa-
miliar.

No. de parejas que planifican

No. total de parejas expuestas

X 100

Planificación Fa-
miliar con método
folclórico.

No. parejas que planifican con mé-
todo folclórico

No. total de parejas que planifican

X 100

Planificación Fa-
miliar con Condón

No. Parejas que planifican con Condón

No. total de parejas que planifican

X 100

Planificación Familiar con anovulatorio	<u>No. parejas que planifican con anovulatorio.</u>	X	100
	No. Total de parejas que planifican		
Planificación Familiar con D.I.U.	<u>No de parejas que planifican con D.I.U.</u>	X	100
	Total parejas que planifican		
Planificación Familiar con Ritmo	<u>No de parejas que planifican con Ritmo</u>	X	100
	Total de parejas que planifican		
Planificación Familiar con Esterización Cirugía	<u>Parejas planifican esteril. Cirugía</u>	X	100
	TOTAL de parejas que planifican		
Parejas que no quieren más hijos.	<u>Parejas que no quieren más hijos</u>	X	100
	Total de parejas		
Parejas que no Planifican.	<u>Parejas que no planifican</u>	X	100
	Número de parejas expuestas		

Parejas que no planifican por embarazo.

Parejas que no planifican por embarazo

X 100

Total de parejas que no planifican

Parejas que no planifican porque quieren embarazo.

Parejas que no planifican porque quieren embarazo

X 100

Total de parejas que no planifican

Parejas que no planifican porque no aceptan métodos.

Parejas que no planifican porque no aceptan métodos

X 100

Total de parejas que no planifican

Parejas que no planifican porque temen los efectos.

Parejas que no planifican por temer los efectos

X 100

Total de parejas que no planifican

Parejas que no planifican por oposición del esposo.

Parejas que no planifican por oposición del esposo

X 100

Total de parejas que no planifican

Parejas que no planifican porque no conocen métodos.

Parejas que no planifican porque no conocen métodos

Total de parejas que no planifican

X 100

Parejas que no planifican por intolerancia.

Parejas que no planifican por intolerancia

Total de parejas que no planifican

X 100

Parejas que no planifican por lactancia.

Parejas que no planifican por lactancia

Total de parejas que no planifican

X 100

Parejas que no planifican por otro motivo.

^r
Parejas que no planifican por otros motivos

Total de parejas que no planifican

X 100

Concentraciones de controles en embarazadas.

No. de controles a las embarazadas

Total embarazadas detectadas

X 100

Embarazos clasificados bajo riesgo para control prenatal por el P.R.S.

No. embarazos clasificados bajo riesgo para control prenatal

X 100

No. de embarazadas clasificadas

Embarazos clasificados medio riesgo para control por P.R.S.

No embarazos clasificados medio riesgo para control prenatal

X 100

No de embarazadas clasificadas

Embarazos clasificación alto riesgo para control prenatal por el P.R.S.

No. embarazos clasificados alto riesgo para control prenatal

X 100

No. de embarazadas clasificadas

Embarazadas vacunadas con toxoide tetánico

No. embarazadas vacunadas con toxoide tetánico

X 100

Total embarazadas

Morbilidad general propia del embarazo

No. epidemias enfermedades propias del embarazo

X 100

Total de embarazadas

Morbilidad propia del embarazo tratada por la familia	<u>No. epidemias y enfermedades propias del embarazo tratadas por la familia</u> Total epidemias y enfermedades propias del embarazo.	X	100
Morbilidad propia del embarazo tratada por el P.R.S.	<u>No. epidemias y enfermedades propias del embarazo tratadas por el P.R.S.</u> Total epidemias y enfermedades propias del embarazo	X	100
Embarazadas clasificadas bajo riesgo para atención parto por PRS	<u>No. embarazadas clasificadas bajo riesgo atención parto por P.R.S.</u> No. embarazadas clasificadas	X	100
Embarazadas clasificadas medio riesgo para atención parto por PRS	<u>No. embarazadas clasificadas medio riesgo atención parto por P.R.S.</u> No embarazadas clasificadas	X	100
Embarazadas clasificadas alto riesgo para atención parto por P.R.S.	<u>No embarazadas clasificadas alto riesgo atención parto por P.R.S.</u> No de embarazadas clasificadas	X	100

Incapacidad en emba- razadas.	<u>No. episodios de incapacidad en embarazadas</u>	X	100
	Total de embarazadas		
Días de incapacidad - en embarazos.	<u>Días de incapacidad en embarazadas</u>	X	100
	No. episodios de incapacidad en embarazadas		
Mortalidad general en embarazos.	<u>No. defunciones en embarazadas</u>	X	100
	Total de embarazadas		
Atención de partos por el P.R.S.	<u>No. de partos atendidos por el P.R.S.</u>	X	100
	Total de Partos		
Atención de partos por enfermera, auxiliar en- fermeria, médico.	<u>No de partos atendidos por enfermera, auxiliar enfermería y médico</u>	X	100
	Total de partos		
Atención de partos por comadronas	<u>No. de partos atendidos por comadrona</u>	X	100
	Total de partos		

Atención de partos por otros.	<u>No. de partos atendidos por otros</u> Total de partos	X	100
Partos atendidos en casa.	<u>No. de partos atendidos en casa</u> Total de partos	X	100
Partos atendidos en Hospital.	<u>No. de partos atendidos en hospital</u> Total de partos	X	100
Partos complicados.	<u>No. de partos complicados</u> Total de partos	X	100
Nacidos Vivos	<u>Número nacidos vivos</u> Total de nacimientos	X	100
Nacidos muertos	<u>Número nacidos muertos</u> Total de nacimientos	X	100

Controles de post-Parto por el P.R.S.	No. de puerperas controladas por P.R.S. <hr/> Número total de puerperas	X	100
Post-Partos Complicados.	Número de post-partos complicados <hr/> Total de post-partos	X	100
Morbilidad gene- ral propia del puerperio.	No. Episodios enfermedad propias del puerperio. <hr/> Total episodios enfermedad propias del puerperio	X	100
Morbilidad propia del puerperio tra- tada por la familia	No. episodios enfermedad propia puer- perio trtadas por la familia <hr/> Total episodios enfermedad propias del puerperio	X	100
Morbilidad propia del puerperio tra- tada por PRS casa	No. episodios enfermedad propias del puerperio tratadas por PRS en casa <hr/> Total episodios enfermedad propias del puerperio	X	100

Mortalidad General en Puerperas.	<u>No. de defunciones en puerperas</u> Total de puerperas	X	100
Mortalidad Materna	<u>No. de defunciones por enfermedad pro- pias del embarazo, parto y post-parto.</u> Total de nacidos vivos	X	100
Morbilidad General remitida por P.R.S. (Todos grupos edad)	<u>No. total de episodios enfermedad remi- tidas por el P.R.S.</u> Total episodios enfermedad en toda la población.	X	100
Remisiones atendidas (Todos los grupos de edad.)	<u>No. total de episodios enfermedad remiti- das por el P.R.S. atendidos</u> Total de episodios enfermedad remitidas	X	100
Viviendas con capta- ción de Rio, Quebra- da o Manantial.	<u>No. captaciones rios, quebradas o manan- tial</u> Total de viviendas habitadas	X	100

Viviendas con captación de agua lluvia.	<u>No.de captaciones de agua lluvia</u> Total de viviendas habitadas	X	100
Viviendas con captación de pozo profundo.	<u>No. de captaciones de pozo profundo</u> Total de viviendas habitadas	X	100
Viviendas con captación de pozo o Aljibe	<u>No. de captaciones de pozo o aljibe</u> Total de viviendas habitadas	X	100
Viviendas donde <u>consumen</u> agua por canal abierto.	<u>No. de viviendas que consumen agua por canal abierto</u> Total de viviendas habitadas	X	100
Viviendas donde <u>consumen</u> agua por pila Pública.	<u>No. de viviendas que consumen agua por Pila Pública</u> Total de viviendas habitadas	X	100

Viviendas donde consumen agua por Acueducto.	$\frac{\text{No. de viviendas que consumen agua de acueducto}}{\text{Total de viviendas habitadas}}$	X	100
Viviendas donde consumen agua de Pozo o Aljibe.	$\frac{\text{No. de viviendas donde consumen agua de pozo o aljibe}}{\text{Total de viviendas habitadas}}$	X	100
Viviendas donde desinfectan el agua.	$\frac{\text{No. de viviendas donde desinfectan el agua.}}{\text{Total de viviendas habitadas}}$	X	100
Viviendas donde hierven el agua.	$\frac{\text{No viviendas donde hierven el agua}}{\text{Total de viviendas habitadas}}$	X	100
Viviendas donde filtran el agua.	$\frac{\text{No. viviendas donde filtran el agua}}{\text{Total de viviendas habitadas}}$	X	100

Viviendas donde no hacen ningún tratamiento al agua.	No. de viviendas no hacen ningún tratamiento al agua		
	<hr/>	X	100
	Total de viviendas habitadas		
Viviendas donde queman la basura.	No. de viviendas donde queman la basura		
	<hr/>	X	100
	Total de viviendas habitadas		
Viviendas donde utilizan relleno sanitario.	No. de viviendas donde utilizan relleno sanitario.		
	<hr/>	X	100
	Total de viviendas habitadas		
Viviendas donde utilizan Silo para preparar abono orgánico.	No. de viviendas que utilizan Silo para preparar abono orgánico		
	<hr/>	X	100
	Total de viviendas habitadas		
Viviendas donde utilizan disposición superficial.	No. de viviendas donde utilizan disposición superficial		
	<hr/>	X	100
	Total de viviendas habitadas		

Viviendas donde disponen la basura en rio o quebrada.	<u>No. de viviendas donde disponen la basura en rio o quebrada</u> Total de viviendas habitadas	X	100
Viviendas donde utilizan Letrinas.	^N <u>o. de viviendas donde utilizan letrinas</u> Total de viviendas habitadas	X	100
Viviendas donde utilizan taza o inodoro.	<u>No. de viviendas donde utilizan tazas o inodoro</u> Total de viviendas habitadas	X	100
Viviendas donde no tienen sistemas disposición de excretas.	<u>No. de viviendas que no tienen sistema de disposición de excretas</u> TOTAL de viviendas habitadas	X	100
Viviendas que utilizan disposición final excretas superficiales.	<u>No. de viviendas que utilizan disposición final de excretas superficial</u> Total de viviendas habitadas	X	100

Viviendas que utilizan disposición final excretas subterráneas

No. de viviendas que utilizan disposición final de excretas subterráneas

Total de viviendas habitadas

X 100

Viviendas que utilizan disposición final de excretas a Rio o Quebrada.

No. de viviendas que utilizan disposición final de excretas a rio o quebrada

Total de viviendas habitadas

X 100

Viviendas donde utilizan alcantarillado.

No. de viviendas que utilizan alcantarillado

Total de viviendas habitadas

X 100

Viviendas en estado Higiénico bueno.

Total de viviendas en estado higiénico bueno

Total de viviendas habitadas

X 100

Viviendas en estado higiénico inadecuado. (Malo).

Total de viviendas en estado higiénico malo.

Total de viviendas habitadas

X 100

Viviendas con Cocina en buen estado higiénico.	$\frac{\text{Total de viviendas con cocina en estado bueno}}{\text{Total de viviendas habitadas}}$	X	100
Viviendas con Cocina con estado higiénico inadecuado.	$\frac{\text{Total de viviendas con cocina en estado inadecuado}}{\text{Total de viviendas habitadas}}$	X	100
Dormitorios por Viviendas.	$\frac{\text{Total de dormitorios}}{\text{Total de viviendas habitadas}}$	X	100
Personas por Dormitorios.	$\frac{\text{Total de población}}{\text{Total de dormitorios}}$	X	100
Viviendas infestadas por Artópodos.	$\frac{\text{Viviendas infestadas por artrópodos}}{\text{Total viviendas habitadas}}$	X	100

Viviendas infesta-
da por Roedores.

Viviendas infestadas por roedores

Total viviendas habitadas

X 100

Perros y Gatos por
vivienda.

Total perros y gatos

Total viviendas habitadas

X 100

Perros y Gatos mor-
dedores.

Total perros y gatos mordedores.

Total gatos y perros

X 100

Perros y Gatos ob-
servadores.

Total perros y gatos observadores

Total perros y gatos

X 100

Perros y Gatos eli-
minados.

Total perros y gatos eliminados

Total perros y gatos

X 100

Perros y Gatos va-
cunados.

Total de perros y gatos vacunados

Total perros y gatos

X 100

Concentración de contactos a las viviendas.	No. contactos realizados <u>aviviendas.Saneamiento.</u> Total de viviendas habitadas	X	100
Deserción de P.R.S.	No. de PRS que desertaron <u>No. de P.R.S. capacitados</u>	X	100
Organizaciones Comunitarias Culturales.	Organizaciones culturales <u>Organizaciones comunitarias</u>	X	100
Organizaciones Comunitarias Sociales.	Organizaciones comunitarias sociales <u>Organizaciones comunitarias</u>	X	100
Organizaciones Comunitarias Ecológicas.	Organizaciones comunitaria ecológica <u>Organizaciones comunitarias</u>	X	100
Organizaciones Comunitarias Socio-Económicas.	Organizaciones comunitarias socio-económicas. <u>Organizaciones comunitarias</u>	X	100

Organizaciones Comunitarias Económicas.	<u>Organizaciones comunitarias económicas</u> Organizaciones comunitarias	X	100
Organizaciones Comunitarias de Salud	<u>Organizaciones comunitarias de salud</u> Organizaciones comunitarias	X	100
Organizaciones Comunitarias Educativas.	<u>Organizaciones comunitarias educativas</u> Organizaciones comunitarias	X	100
Organizaciones Comunitarias Recreativas.	<u>Organizaciones comunitarias recreativas</u> Organizaciones recreativas	X	100
Organizaciones Comunitarias Políticas.	<u>Organizaciones comunitarias políticas</u> Organizaciones Comunitarias	X	100

Organizaciones Comunitarias de Servicio Social y voluntariado

Organismos comunitarios de servicio social y de voluntariado

Organismos comunitarios

X 100

Socios de organizaciones Comunitarias Culturales.

Socios de organizaciones comunitarias culturales

Socios organizaciones comunitarias

X 100

Socios de Organizaciones Comunitarias Sociales.

Socios de organizaciones comunitarias sociales

Socios organizaciones comunitarias

X 100

Socios Organizaciones comunitarias Ecológicas.

Socios de organizaciones comunitarias ecológicas

Socios organizaciones comunitarias

X 100

Socios Organizaciones Comunitarias Socio-Económicas.

Socios de organizaciones comunitarias Socio-económicas

Socios organizaciones comunitarias

X 100

Socios Organizaciones comunitarias Económicas.	Socios organizaciones comunitarias económicas	X	100
	Socios organizaciones comunitarias		
Socios organizaciones comunitarias de Salud.	Socios de organizaciones comunitarias de salud	X	100
	Socios organizaciones comunitarias		
Socios Organizaciones Comunitarias Educativas	Socios de organizaciones comunitarias educativas	X	100
	Socios organizaciones comunitarias		
Socios Organizaciones Comunitarias Recreativa	Socios de organizaciones comunitarias recreativas	X	100
	Socios organizaciones comunitarias		
Socios Organizaciones Comunitarias Políticas.	Socios de organizaciones comunitarias políticas	X	100
	Socios organizaciones comunitarias		

Socios Organizacio
nes Comunitarias de
Servicio Social y
Voluntariado.

Socios de organizaciones comunitarias
de servicio social y voluntariado

X 100

Socios organizaciones comunitarias

Participación Comu-
nitaria en Producción
Consumo, de Alimentos
Primarios Básicos.

Participación comunitaria en produc-
ción, consumo de alimentos.(Comunt)

X 100

Participación actividades comunitarias

Participación Comuni-
taria Producción, Con-
sumo Alimentos Prima-
rios Básicos (Escolar)

Participación comunitaria en producción
consumo de alimentos;(Escolar)

X 100

Participación actividades comunitarias

Participación Comuni-
taria Producción, Con-
sumo Alimentos Primarios
Básicos. (Familiar)

^Participación comunitaria en producción
Consump de alimentos (Familiar)

X 100

Participación en actividades comunitarias

Participación Comunitaria en Construcción y Mantenimiento de Acueductos.	<u>Participación comunitaria en la construcción y mantenimiento de acueductos</u> Participación actividades comunitarias	X	100
Participación Comunitaria en Disposición Final de Excretas.	<u>Participación comunitaria en la disposición final de excretas.</u> Participación actividades comunitarias	X	100
Participación Comunitaria en Disposición Final de Basuras.	<u>Participación comunitaria en la disposición final de basuras</u> Participación actividades comunitarias	X	100
Participación Comunitaria en la Protección de Fuentes de Agua.	<u>Participación comunitaria en la protección de fuentes de agua</u> Participación actividades comunitarias	X	100

Participación Comunitaria en Vacunación Masiva (Humana).

Participación comunitaria en vacunación masiva (Humana)
Participación actividades comunitarias

X 100

Participación Comunitaria en Vacunación Masiva (Animal).

Participación comunitaria en vacunación masiva (animal)
Participación actividades comunitarias

X 100

Participaciones Comunitarias en Educación.

Participaciones comunitarias en educación.
Participaciones actividades comunitarias

X 100

Participaciones Comunitarias en Recreación y Deportes.

Participación comunitarias en recreación y deportes
Participación actividades comunitarias

X 100

Cumplimiento del Programa de Supervisión a P.R.S.

No. de visitas de supervisión a P.R.S.
No. de visitas programadas a P.R.S.

X 100

Concentración de Visi
tas de Supervisión a
P.R.S.

No. de visitas de supervisión reali-
zadas a P.R.S.

No. de P.R.S. visitadas

X 100

PROGRESO DE LA ACTIVIDAD Y POSIBLES OBSTACULOS

Nro. 6

INMUNIZACION	PROGRESO A MEDIR	POSIBLES OBSTACULOS	INSTRUMENTO
	<p>Cobertura Incidencia de enfermedades - inmunoprevenibles.</p>	<p>Red de Frío Falta de transporte Falta de motivación por Promotora. Falta de conocimiento por Promotora. Falta de aceptabili - dad.</p>	<p>Visita centros de Sa - lud. Registros Visita domicilia Entrevista con - Promotora.</p>
CONSULTAS MEDICAS	<p>Incidencia de diarreas, mala ria, desnutrición etc. % -- tratado por Promotora. No. de pacientes de T.B.C -- con seguimiento por Promoto- ra. % Remisión de morbilidad - complicada.</p>	<p>Falta de aceptabilidad Promotora. Falta de suministros - Falta de conocimiento Falta de Educación en Salud Falta de aceptabilidad Centro de Salud. Falta de sistema de re- misión.</p>	<p>Visita domicilia Registros, visi- ta Centro de Sa- lud.</p>

<p>Atención de embarazo Parto, Puerperio.</p>	<p>% de embarazadas atendidas por Promotoras ó Parteras capacitadas mortalidad perinatal y maternal. % de partos puerperios atendidos por Promotora ó partera capacitada. % Remisión de embarazos y partos con riesgo.</p>	<p>Falta de aceptabilidad, promotora Falta de conocimiento (Distinguir riesgo) Accesibilidad Centro para remisión.</p>	<p>Registros --- Visita domiciliaria Entrevista - promotora y - Partera capacitada.</p>
<p>Planificación Familiar.</p>	<p>% Mujeres en edad fértil planeando.</p>	<p>Falta de motivación ó conocimiento por Promotora. Falta de aceptabilidad. Falta de accesibilidad</p>	<p>Visita domiciliaria. Registros.</p>

TARJETA CINDER Clasificación de Enfermedades.

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES

ENFERMEDADES DEL CEREBRO Y NERVIOS

- 01. Dolor de cabeza
- 02. Ataques (sin pérdida del sentido)
- 03. Convulsiones (con pérdida del sentido)
- 04. Parálisis
- 05. Trastorno mental
- 06. Meningitis
- 07. Dolor de espalda
- 08. Otras enfermedades del cerebro o nervios

ENFERMEDADES DE LOS SENTIDOS

- 09. Dolor de Oído
- 10. Supuración de Oídos
- 11. Sordera y sordomudez
- 12. Coloratas
- 13. Infección de los Ojos
- 14. Infección de la Nariz
- 15. Infección de la Boca
- 16. Otras enfermedades de los sentidos

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

- 17. Dolor de garganta
- 18. Estado gripal
- 19. Infección bronquial
- 20. Neumonía
- 21. Tuberculosis pulmonar
- 22. Asma
- 23. Otras enfermedades Respiratorias

ENFERMEDADES GENITALES DEL HOMBRE

- 46. Infección venérea
- 47. Prostatitis
- 48. Otras enfermedades genitales masculinas

ENFERMEDADES GENITALES DE LA MUJER

- 49. Infección venérea
- 50. Flujo vaginal
- 51. Prolapso
- 52. Cáncer uterino
- 53. Cáncer de mama
- 54. Otras enfermedades genitales femeninas

ENFERMEDADES DEL EMBARAZO, PARTO Y POST-PARTO

- 55. Aborto sin complicaciones
- 56. Aborto con complicaciones
- 57. Toxemia
- 58. Hemorragia
- 59. Otras enfermedades del embarazo
- 60. Parto anormal
- 61. Post-parto con hemorragia
- 62. Post-parto con desgarro
- 63. Post-parto con infección
- 64. Mastitis
- 65. Otras complicaciones del post-parto

ENFERMEDADES DE LA PIEL

- 66. Lepro
- 67. Piojos
- 68. Escabiosis o sarna

ENFERMEDADES CIRCULATORIAS

- 24. Vórices de los miembros inferiores
- 25. Hipertensión Arterial
- 26. Enfermedades del corazón
- 27. Otras enfermedades circulatorias

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

- 28. Vómito
- 29. Diarrea
- 30. Estreñimiento
- 31. Cólicos
- 32. Hernias
- 33. Enfermedades del Hígado y vías biliares
- 34. Otras enfermedades digestivas

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

- 35. Fiebre tifoidea
- 36. Paludismo
- 37. Chagas
- 38. Parasitismo intestinal
- 39. Habiá humana
- 40. Paperas
- 41. Otras infecciones intestinales

ENFERMEDADES DEL RIÑON Y VEJIGA

- 42. Infección de los Riñones
- 43. Infección de la Vejiga
- 44. Retención de orina
- 45. Otras enfermedades del Riñon y la Vejiga

- 69. Granos
- 70. Ulceras
- 71. Piodermitis
- 72. Hongos
- 73. Otras enfermedades de la piel

PREVENIBLES POR VACUNAS

- 74. Difteria
- 75. Tétanos
- 76. Tos ferina
- 77. Polio (parálisis)
- 78. Sarampión
- 79. Fiebre Amarilla

OTRAS ENFERMEDADES

- 80. Fiebre
- 81. Anemia
- 82. Artritis
- 83. Reumatismo
- 84. Bocio o coto
- 85. Diabetes
- 86. Otras enfermedades

URGENCIAS

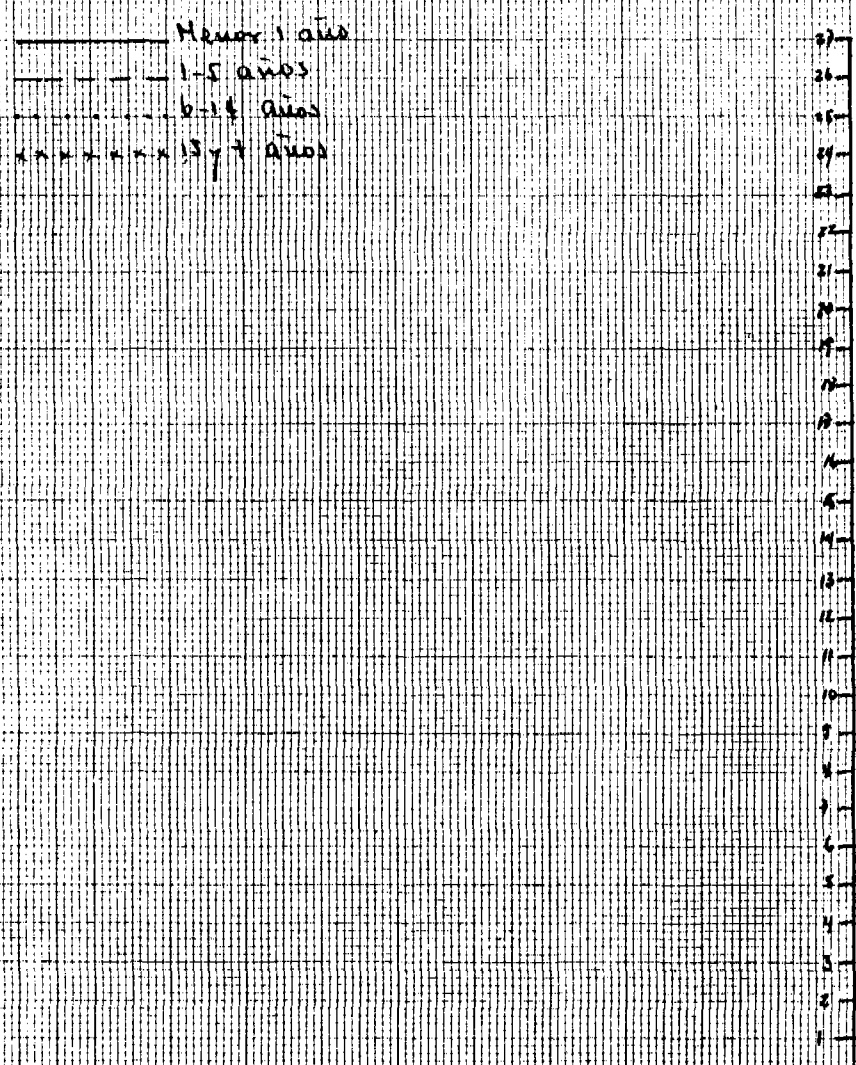
- 87. Ahogamiento
- 88. Hemorragia (heridas)
- 89. Accidentes
- 90. Intoxicaciones
- 91. Quemaduras
- 92. Mordeduras
- 93. Otras urgencias

GRAFICO NUMERO 9

PROBABILIDAD POR ENFERMEDADES DEL GRUPO Y SUBGRUPOS, POR GRUPOS

DE EDAD. ELORO - BACARD.

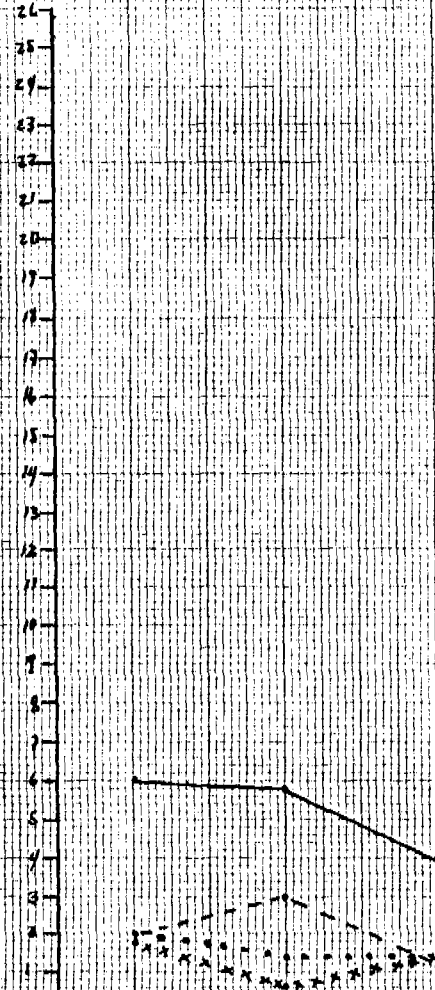
1.982 - 1.984



DETALLE	AÑOS	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		7	22	2
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		235	189	204
T A S A		3.0	1.0	0.98
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		11	8	6
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		862	737	741
T A S A		1.3	1.1	0.80
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		68	45	31
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1.023	852	832
T A S A		6.6	5.3	3.7
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		156	141	110
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		1.781	1.565	1.628
T A S A		8.8	9.0	6.7

GRAFICO NUMERO 10
 MORBILIDAD POR EPISODIOS DE LOS SUJETOS, POR GRUPOS
 DE EDAD, ELORO - BAGADP.
 1.982 - 1.984.

----- Menor 1 Año
 - - - - - 1-5 años
 6-14 años
 * * * * * 15 y más años

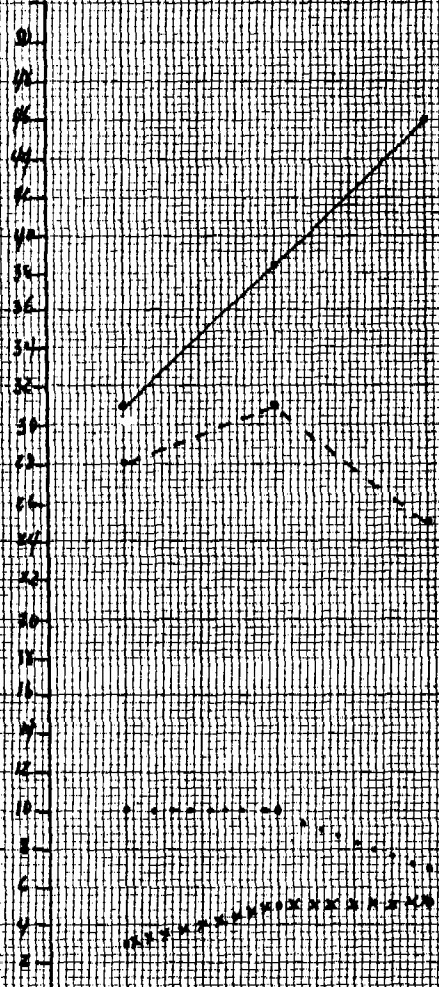


DETALLE	AÑOS		
	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	14	11	8
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	235	189	204
T A S A	6.0	5.8	3.9
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	17	23	9
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS	862	737	741
T A S A	2.0	3.1	1.2
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	21	12	12
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS	1.023	852	832
T A S A	2.0	1.4	1.4
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	33	10	23
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS	1781	1.565	1.628
T A S A	1.8	0.6	1.4

GRANICO NUMERO 11

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, POR GRUPOS DE EDAD
TIPO - PACADO. 1.982 - 1.984

Menor 1 año
 - - - - - 1-5 años
 - - - - - 6-14 años
 x x x x x 15 y + años



DETALLE	AÑOS	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		73	73	94
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		235	189	264
T A S A		31.0	38.6	46.0
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		242	231	188
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		862	737	741
T A S A		28.0	31.3	25.3
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		108	88	63
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1.023	852	832
T A S A		10.5	10.3	7.5
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		64	89	80
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		1.781	1.565	1.628
T A S A		3.4	5.6	4.9

GRAFICO NUMERO 12

MOBILIDAD POR ENFERMEDAD DE UNICELULARIS,
 POR GRUPOS DE EDAD.
 LLANO - BAGO DO 1.982 - 1.984.-

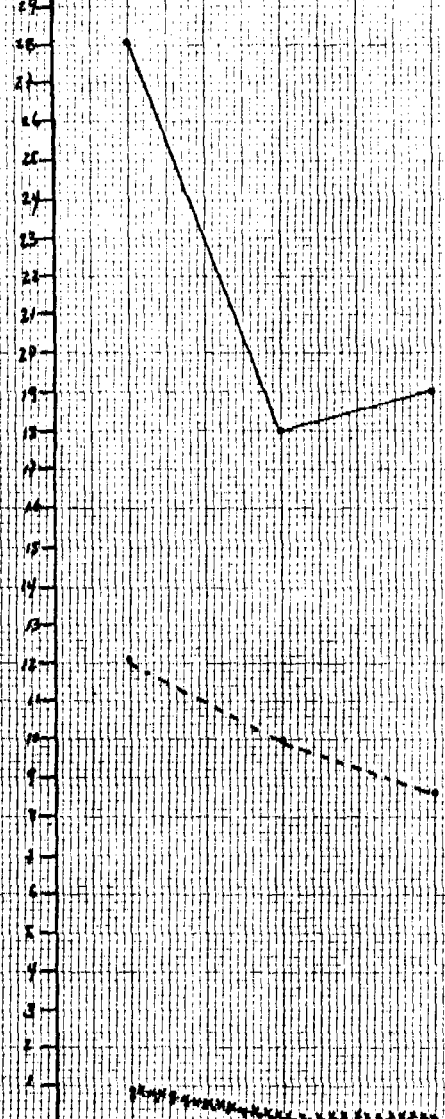
Menor 1 año
 1-5 años
 6-14 años
 15 y más años

DETALLE	AÑOS	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		2	-	1
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		235	189	204
T A S A		0.8	-	0.4
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		6	6	6
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS		862	737	741
T A S A		0.7	0.8	1.0
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		1	1	-
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1.023	852	832
T A S A		0.09	0.1	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		15	26	37
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		1.781	1.565	1.628
T A S A		0.8	1.6	2.3

GRAFICO NUMERO 13

MORBILIDAD POR DIARREA, POR GRUPOS DE EDAD. LORO - BAGADO
1.982 - 1.984

Mano y más
 --- 4-5 años
 - - - 6-14 años
 x x x x x x x 15 y + años



DETALLE	AÑOS	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		67	34	39
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		235	189	204
T A S A		28.5	18.0	19.1
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		108	74	63
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		862	737	741
T A S A		12.5	10.0	8.7
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		8	1	1
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1.023	852	832
T A S A		0.7	0.1	0.1
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		17	5	4
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		1.781	1.565	1.628
T A S A		0.9	0.3	0.2

GRAFICO NUMERO 14

INCIDENCIA DE EPISODIOS DE ENFERMEDAD, POR GRUPOS DE

EDAD, DIFERENCIA - PAGADO.

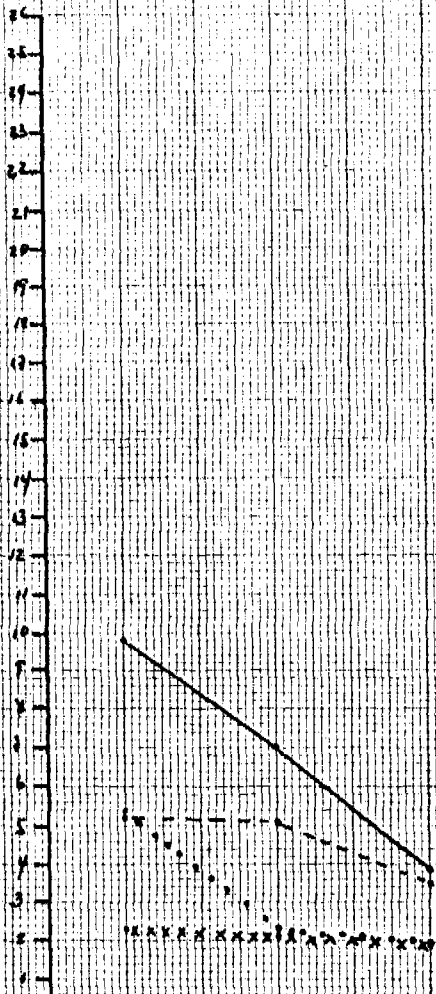
1.982 - 1.984.-

Menor 1 año

1-5 años

6-14 años

15 y más años



DETALLE	AÑOS		
	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	23	13	8
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	235	189	204
T A S A	9.8	6.9	3.9
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	45	38	26
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS	862	737	741
T A S A	5.2	5.1	3.5
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	55	20	16
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS	1.023	852	832
T A S A	5.3	2.3	1.9
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	42	33	31
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS	1.781	1.565	1.628
T A S A	2.3	2.1	1.9

GRAFICO NUMERO 15

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS,
POR GRUPOS DE EDAD. LLORO - BACADO.

1,982 - 1,984

Mayor 1 año
1-5 años
6-14 años
15 y más años



DETALLE	AÑOS	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		3	2	4
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		235	189	204
T A S A		1.3	1.0	1.9
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		11	32	32
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		862	737	741
T A S A		1.3	4.3	4.3
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		8	32	24
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1.023	852	832
T A S A		0.9	3.8	2.8
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		27	27	40
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		1.781	1.565	1.628
T A S A		1.5	1.7	2.5

GRAFICO NUMERO 16

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DEL RINON Y LA VENTIGA, POR GRUPOS DE EDAD. LLORO - BACADO.

1.982 - 1.984.-

Menor 1 año
1 a 5 años
6 a 14 años
15 y más años

DETALLE	AÑOS		
	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	-	-	1
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	235	189	204
T A S A	-	-	0.4
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	-	1	-
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS	862	737	741
T A S A	-	0.1	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	-	-	-
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS	1.023	852	832
T A S A	-	-	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	3	7	2
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS	1.781	1.565	1.628
T A S A	0.1	0.4	0.1

GRAFICO NUMERO 17

MOBILIDAD POR ENFERMEDADES OENITALES DEL HOMBRE, POR GRUPOS DE EDAD. LLORO - BACADO. 1.982 - 1.984.-

1982
1983
1984



DETALLE	AÑOS	1.982	1.983	1.984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		-	-	-
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		235	189	204
TASA		-	-	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		2	-	-
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		862	737	741
TASA		0.2	-	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		-	-	-
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1.023	852	832
TASA		-	-	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		2	6	9
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		1.781	1.565	1.628
TASA		0.1	0.3	0.5

GRAFICO NUMERO 18

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES GEBITALES DE LA MUJER, POR GRUPOS DE EDAD. LLORO - SACADO. 1.982 - 1.984.

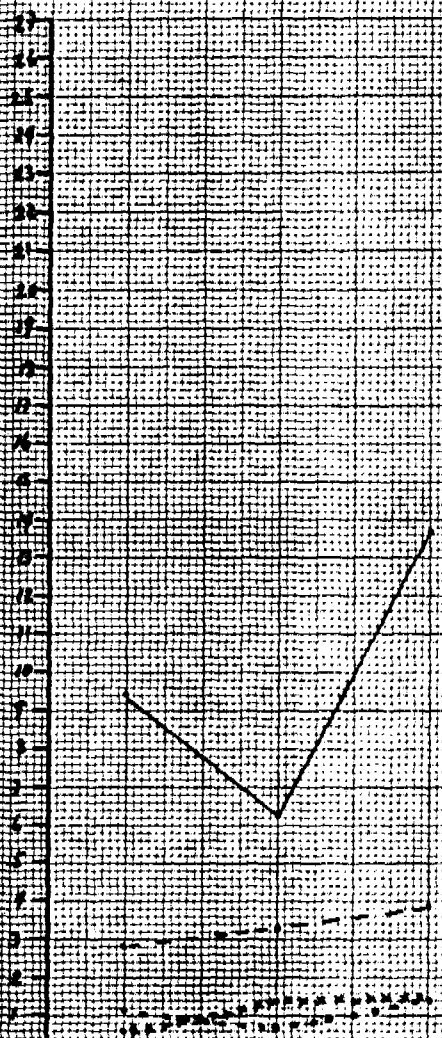
1.5 años
6-14 años
15 y más años

EDAD	1.982	1.983	1.984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	-	-	1
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	235	189	204
TASA	-	-	0.5
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	1	-	-
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS	862	737	741
TASA	0.1	-	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	2	1	-
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS	1.023	852	832
TASA	0.2	0.1	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	5	10	16
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS	1.781	1.565	1.628
TASA	0.3	0.6	1.0

GRAFICO NUMERO 19

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE LA PIEL, POR GRUPOS DE EDAD.
 LIORO - TAGATO. 1.982 - 1.984.

Mayor 15 años
 5 a 14 años
 1 a 5 años
 Menor 1 año



DETALLE	Años		
	1.982	1.983	1.984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	22	12	28
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	235	189	204
T A S A	9.4	6.3	13.7
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	24	24	29
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS	862	737	741
T A S A	2.8	3.3	3.9
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	12	6	12
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS	1.023	852	832
T A S A	1.1	0.7	1.4
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	12	22	22
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS	1.781	1.565	1.628
T A S A			

GRAFICO NUMERO 20

MOBILIDAD POR ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS, POR GRUPOS DE EDAD. LORO - MAGADO. 1.982 - 1.984

1.5000
1.5000
1.5000
1.5000

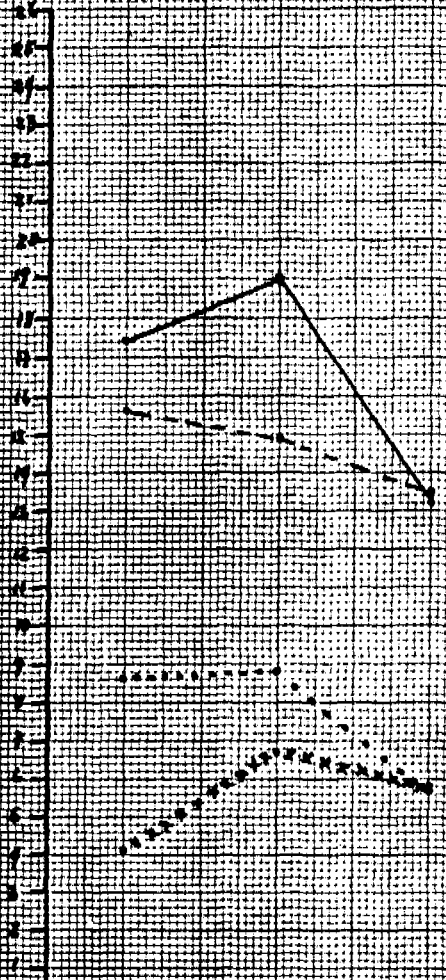


ENFERMEDAD	AÑOS		
	1.982	1.983	1.984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD POBLACION MENOR DE 1 AÑO	1	1	8
T.A.S.A	0.4	0.5	3.9
EPISODIOS DE ENFERMEDAD POBLACION DE 1 A 5 AÑOS	2	-	23
T.A.S.A	0.2	-	3.1
EPISODIOS DE ENFERMEDAD POBLACION DE 6 A 14 AÑOS	5	-	7
T.A.S.A	1.023	852	832
EPISODIOS DE ENFERMEDAD POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS	2	1	5
T.A.S.A	1.781	1.565	1.628
EPISODIOS DE ENFERMEDAD POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS	2	1	5
T.A.S.A	0.1	0.06	0.4

GRAFICO NUMERO 21

MORTALIDAD POR OTRAS ENFERMEDADES, POR GRUPOS DE EDAD.
 LIORO - BAGADO.
 1.982. - 1984.-

1982 - Línea
 1.983 - Línea
 1.984 - Línea



DETALLE	AÑOS	1.982	1.983	1.984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		41	36	27
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		235	189	204
T A S A		17.4	19.0	13.2
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		135	110	100
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		862	737	741
T A S A		15.6	14.9	13.5
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		88	75	48
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1.023	852	832
T A S A		8.5	8.8	5.7
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		73	105	97
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		1.781	1.565	1.628
T A S A				

GRAFICO NUMERO 22

MORBILIDAD POR URGENCIAS, POR GRUPOS DE EDAD.

LIORO - SACADO

1.982 - 1.984

Handwritten notes:
 1.5 años
 6.14 años
 15 y más años



DETALLE	AÑOS	1.982	1.983	1.984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		1	1	-
POBLACION MENOS DE 1 AÑO.		235	189	204
T A S A		0.4	0.5	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		5	4	5
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		862	737	741
T A S A		0.6	0.5	0.6
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		5	5	21
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1.023	852	832
T A S A		0.5	0.6	2.5
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		21	12	30
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		1.781	1.565	1.628
T A S A		1.1	0.8	1.8

GRAFICO NUMERO 23

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DEL CEREBRO Y, NEBUJOS POR GRUPOS DE EDAD
 ESTADIA, TADO, CONDOTO, NOVITA. 1.983 - 1984.

DETALLE	AÑOS	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		6	12
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		353	462
T A S A		1.7	2.6
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		10	34
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS		1.517	1.617
T A S A		0.7	2.1
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		36	68
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		2.046	4.102
T A S A		1.8	3.4
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		203	419
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		3.966	4.102
T A S A		5.1	10.2

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE LOS SENTIDOS, POR GRUPOS DE EDAD, ISTMINA, TAGO, CONDOTO, NOVITA.

1.983 - 1.984.

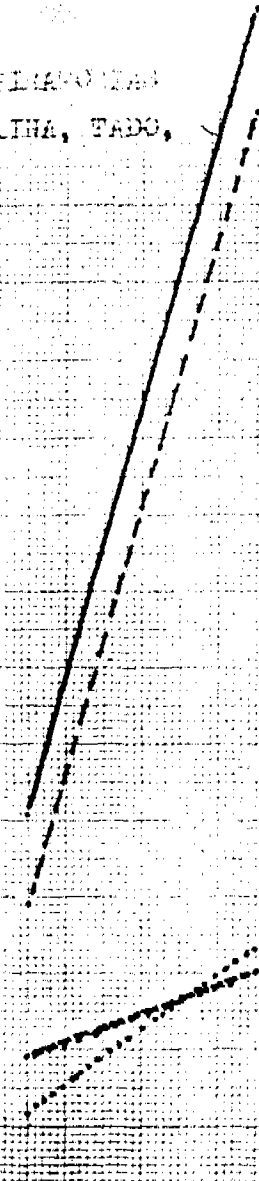
DETALLE	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	7	7
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	353	462
T A S A	2.0	1.5
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	31	50
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS	1.517	1.617
T A S A	2.0	3.1
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	13	11
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS	2.046	1.997
T A S A	0.6	0.5
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	38	50
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS	3.966	4.100
T A S A	0.95	1.2

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES
POR GRUPOS DE EDAD.

1.983 - 1.984

ISABELINA, TADO, COMANDO, NOTITA.

25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

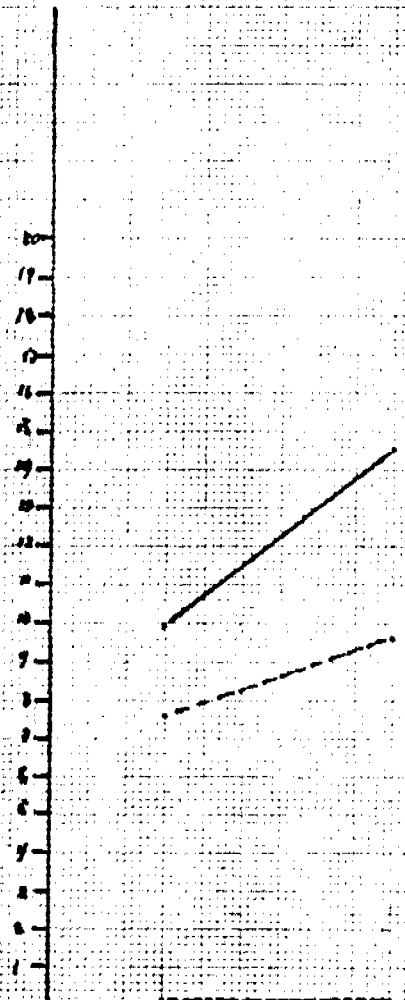


DETALLE	AÑOS	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		38	144
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		353	462
T A S A		10.8	31.1
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		118	459
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS		1.517	1.617
T A S A		7.8	28.4
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		77	121
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		2.046	1.997
T A S A		3.8	6.0
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		92	272
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		3.966	4.102
T A S A		2.3	6.6

DETALLE	AÑOS	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		3	-
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		353	462
T A S A		0.8	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		6	2
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS		1.517	1.617
T A S A		0.4	0.12
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		3	1
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		2.046	1.997
T A S A		0.1	0.05
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		59	178
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2.986	4.102
T A S A		2.5	4.3

ESTADÍSTICA DEMOGRÁFICA Y ECONÓMICA
 REPÚBLICA DE GUATEMALA
 BOLETÍN DE ESTADÍSTICA, 1984 - 1984

por 1000
 5 años
 10 años
 15 años
 20 años



DETALLE \ AÑOS	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	35	67
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	353	462
T A S A	9.9	14.5
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	116	155
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS	1.517	1.617
T A S A	7.6	9.6
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	4	17
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS	2.046	1.997
T A S A	0.2	0.8
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	8	15
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS	3.986	4.100
T A S A	0.2	0.4

MOYENAS DE ENFERMEDAD POR EPISODIOS DE ENFERMEDAD, POR GRUPO DE EDAD, POR SEXO, POR MUNICIPIO, 1983 - 1984.

1983 - 1984.

DETALLE \ AÑOS	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	6	9
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	353	462
T A S A	1,7	1,9
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	13	33
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS	1.517	1.617
T A S A	0.9	2.0
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	12	23
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS	2.046	1.997
T A S A	0.6	1.1
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	35	85
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS	3.966	4.102
T A S A	0.9	2.0

REPÚBLICA DE GUATEMALA
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
 INSTITUTO GUATEMALTECO DE ESTADÍSTICA Y CENSOS
 GRUPO DE DATOS, ISTIQUA, BAJO, CORDOBA, GUATEMALA.
 1.983 - 1.984. -



DETALLE	AÑOS	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		5	6
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		353	462
T A S A		1.4	1.6
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		52	42
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS		1.517	1.617
T A S A		3.4	2.3
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		96	77
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		2'046	1.997
T A S A		4.7	3.6
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		119	143
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		3.966	4.180
T A S A		3.0	3.5

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS
 REPÚBLICA DE ESPAÑA, 1980, CENSUS, HEALTH.
 1.983 - 1.987.-

DETALLE	AÑOS	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		-	1
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		353	462
T A S A		-	0.2
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		2	2
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS		1.517	1.617
T A S A		0.1	0.1
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		-	1
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		3.046	1.997
T A S A		-	0.05
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		19	15
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		3.997	4.102
T A S A		0.5	0.4

210

ESTADÍSTICO NÚMERO 1
MORBILIDAD POR ENFERMEDADES GENITALES DEL UTERO, POR
GRUPOS DE EDAD, ISTMIÑA, TADO, CONDORC, NOVITA.

1.983 - 1.984.

AÑOS	1983	1984
DETALLE		
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	-	-
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	353	462
T A S A	-	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	-	2
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS	1.517	1.617
T A S A	-	0.1
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	1	-
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS	2.046	1.997
T A S A	0.04	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	4	8
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS	3.966	4.102
T A S A	0.1	0.1

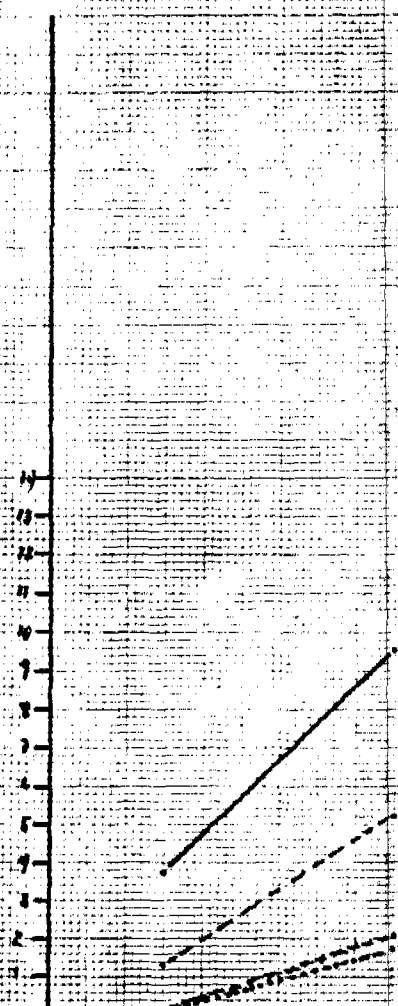
MORBILIDAD POR ENFERMEDADES GENERALES DE LA TIPIRIA/ POR GRUPO DE EDAD. ISTHMA, PAISO, CONDORO, NOVIDA.

1.983 - 1.984

DETALLE	AÑOS	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		-	1
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		353	462
T A S A		-	0.2
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		1.517	1.617
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS			
T A S A		0.1	0.06
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		2.046	1.997
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS			
T A S A		-	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		23	24
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		3.966	4.102
T A S A		0.6	0.6

1.983 - 1.984

1.983
1.984
1.983
1.984



DETALLE	AÑOS	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		13	44
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		353	462
T A S A		3.7	9.5
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		20	84
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS		1.517	1.617
T A S A		1.3	5.2
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		15	42
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		2.046	1.997
T A S A		0.7	2.1
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		25	69
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		3.966	4.132
T A S A		0.6	1.7

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS, POR GRUPOS DE EDAD. ISABELINA, TAGO, CONDORO, NOVITA.

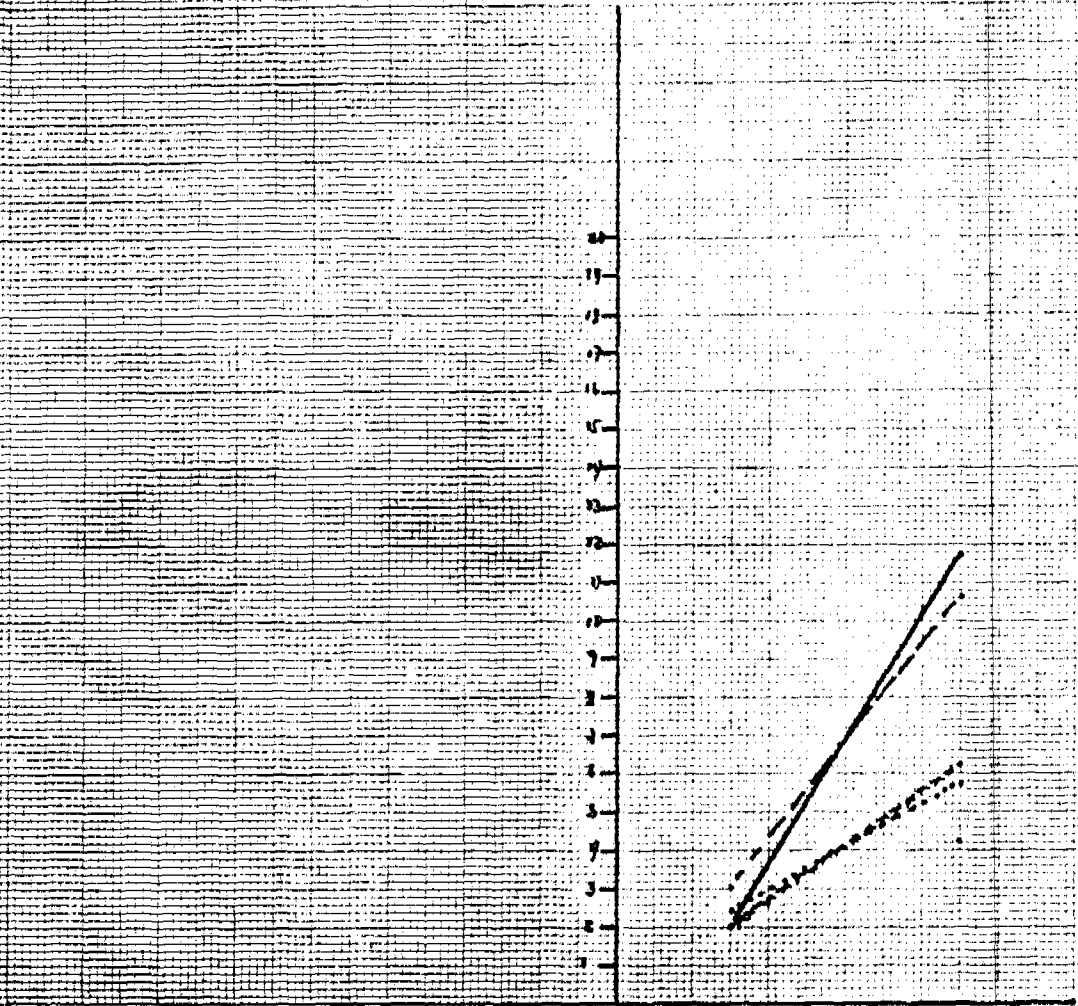
1.983 - 1.984

DETALLE	AÑOS	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		4	16
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		353	462
T A S A		1.1	3.4
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		14	63
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS		1.517	1.617
T A S A		0.9	3.9
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		2	5
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		2.046	1.997
T A S A		0.09	0.2
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		4	6
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		3.966	4.102
T A S A		0.1	0.1

MOBILIDAD POR OTRAS ENFERMEDADES, POR GRUPOS DE EDAD.

ISTEPIENA, TADO, CONDUCO, NOVINA.

1.983 - 1.984.



DETALLE	AÑOS	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		7	54
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		353	462
T A S A		2.0	11.7
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		45	166
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS		1.517	1.617
T A S A		3.0	10.3
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		40	124
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		2.046	1.997
T A S A		2.0	6.2
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		97	232
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		3.966	4.102
T A S A		2.4	5.7

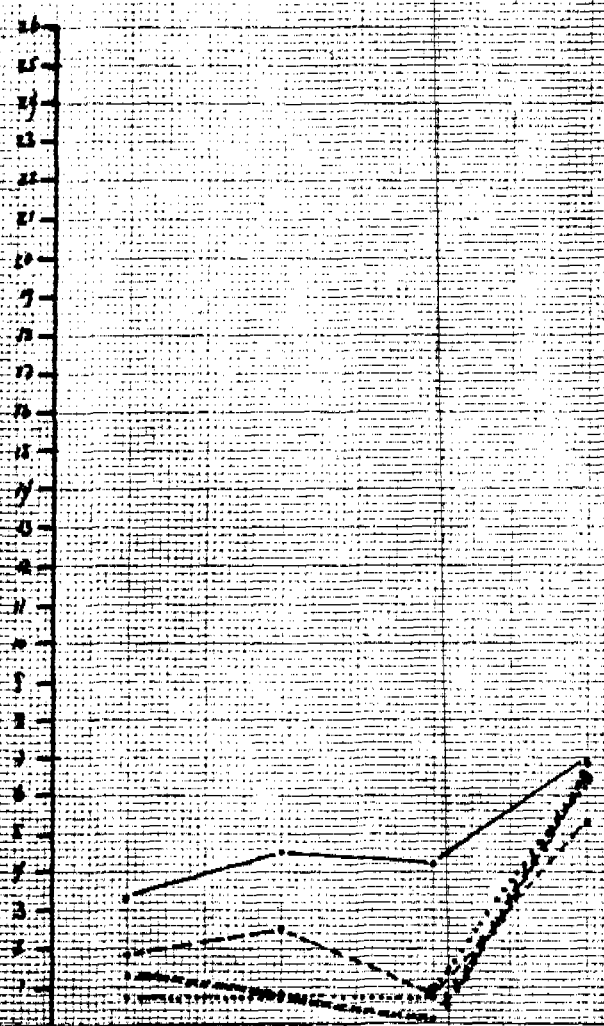
OPORTUNIDAD 30
 MORBILIDAD POR URGENCIAS, POR GRUPO DE EDAD.

ISTHMA, TABO, COEDOTO, NOVITA

1.983 - 1.984

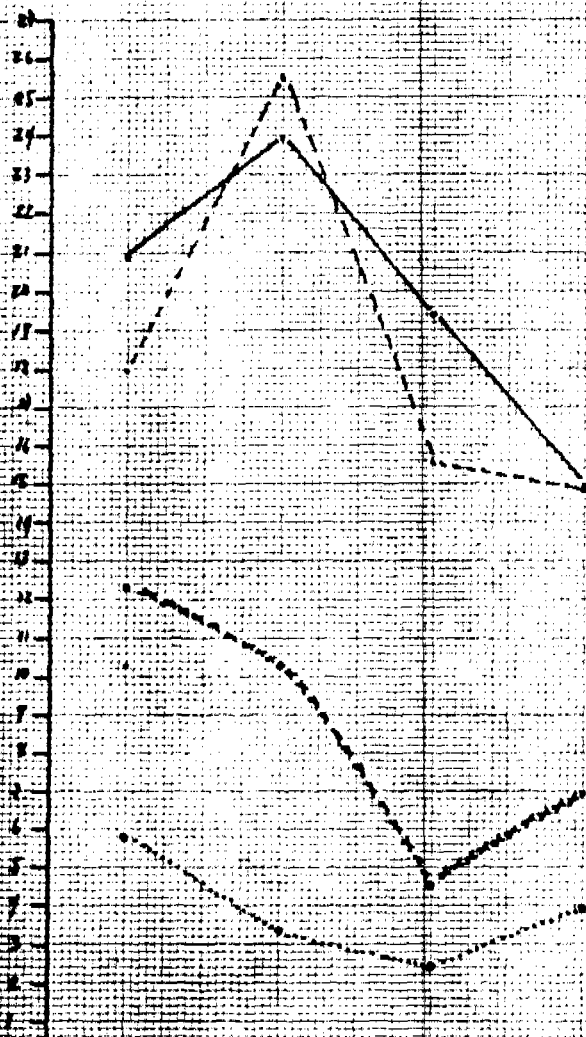
DETALLE	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	1	7
POBLACION MENOR DE 1 AÑO	353	462
T A S A	0.3	1.5
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	5	24
POBLACION MENOR DE 1 A 5 AÑOS	1.517	1.617
T A S A	0.3	1.5
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	4	36
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS	2.046	1.997
T A S A	0.2	1.8
EPISODIOS DE ENFERMEDAD	26	73
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS	3.966	4.102
T A S A	0.7	1.8

BOJAYA - BIOBUCIO
 1.981 - 1.984.-



DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		11	13	10	19
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		3.38	4.51	4.21	6.93
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		19	28	8	51
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1136	1020	991
T A S A		1.82	2.46	0.78	5.14
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		15	8	2	79
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	-1148
T A S A		1.23	0.67	0.17	6.88
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		17	17	17	141
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2.322	2.402	2.101	2.150
T A S A		0.73	0.70	0.80	6.55

1.981 - 1984.



DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		68	69	46	41
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		20.92	23.95	19.40	14.96
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		187	289	158	148
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1136	1020	991
T A S A		17.98	25.44	15.49	14.93
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		147	123	51	80
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	1148
T A S A		12.13	10.35	4.54	6.96
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		135	79	51	83
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2322	2402	2101	2150
T A S A		5.81	3.28	2.42	3.86

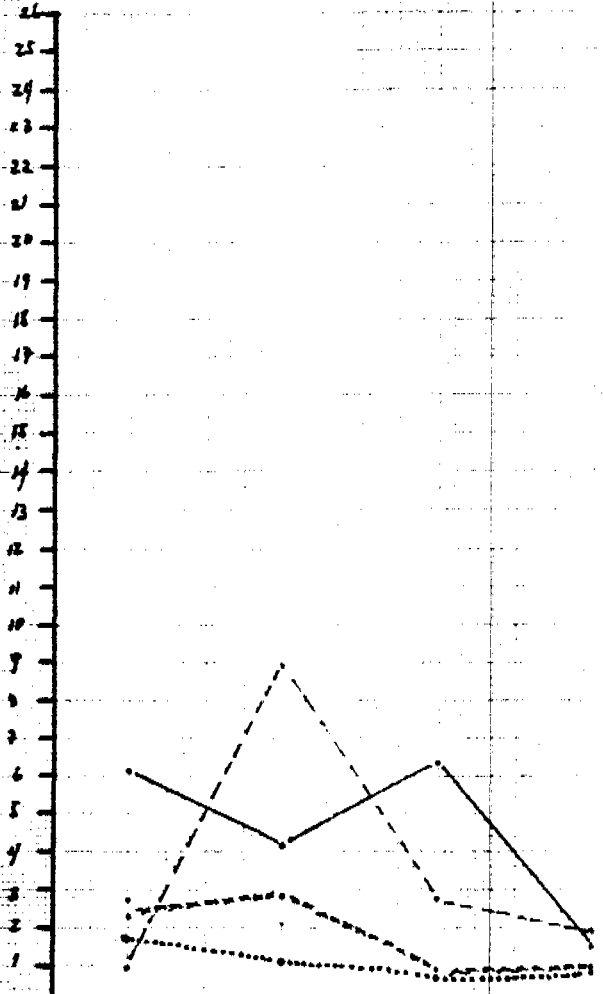
PREVALENCIA POR ENFERMEDADES DE LA CUELLO, CERVICAL, TRUPODIA

BOGOTÁ, COLOMBIA - 1981 - 1984.

1981 - 1984.-

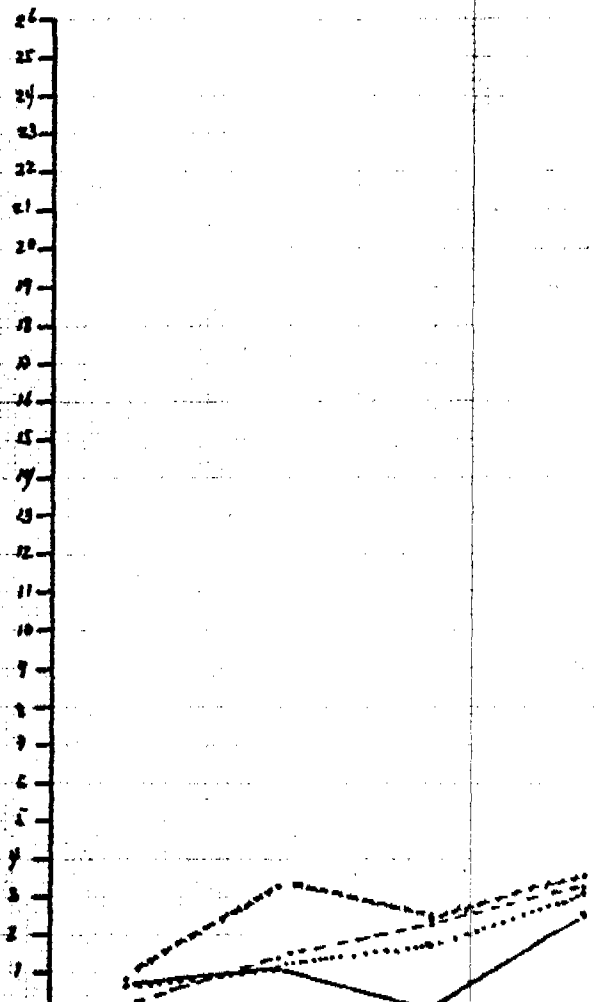
DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		10	-	-	1
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		3.07	-	-	0.30
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		13	2	5	1
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1136	1020	991
T A S A		1.25	0.17	0.49	0.10
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		8	-	2	-
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	1148
T A S A		0.66	-	0.17	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		18	6	11	22
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2322	2402	2101	2150
T A S A		0.77	0.24	0.52	1.02

BOJAYA - NEÓN S.C.
 1.981 - 1.984.-



DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		20	12	15	4
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		6.15	4.16	6.32	1.45
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		9	101	28	18
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1136	1020	991
T A S A		0.86	8.89	2.74	1.81
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		15	33	10	11
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	1148
T A S A		1.23	2.77	0.89	0.95
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		40	25	15	18
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2322	2402	2101	2150
T A S A		1.72	1.04	0.71	0.83

ESTADÍSTICAS VITALES
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, DEL MUNICIPIO DE BOJAYA,
BOJAYA - RIOSUCIO.
1.981 - 1.984.-

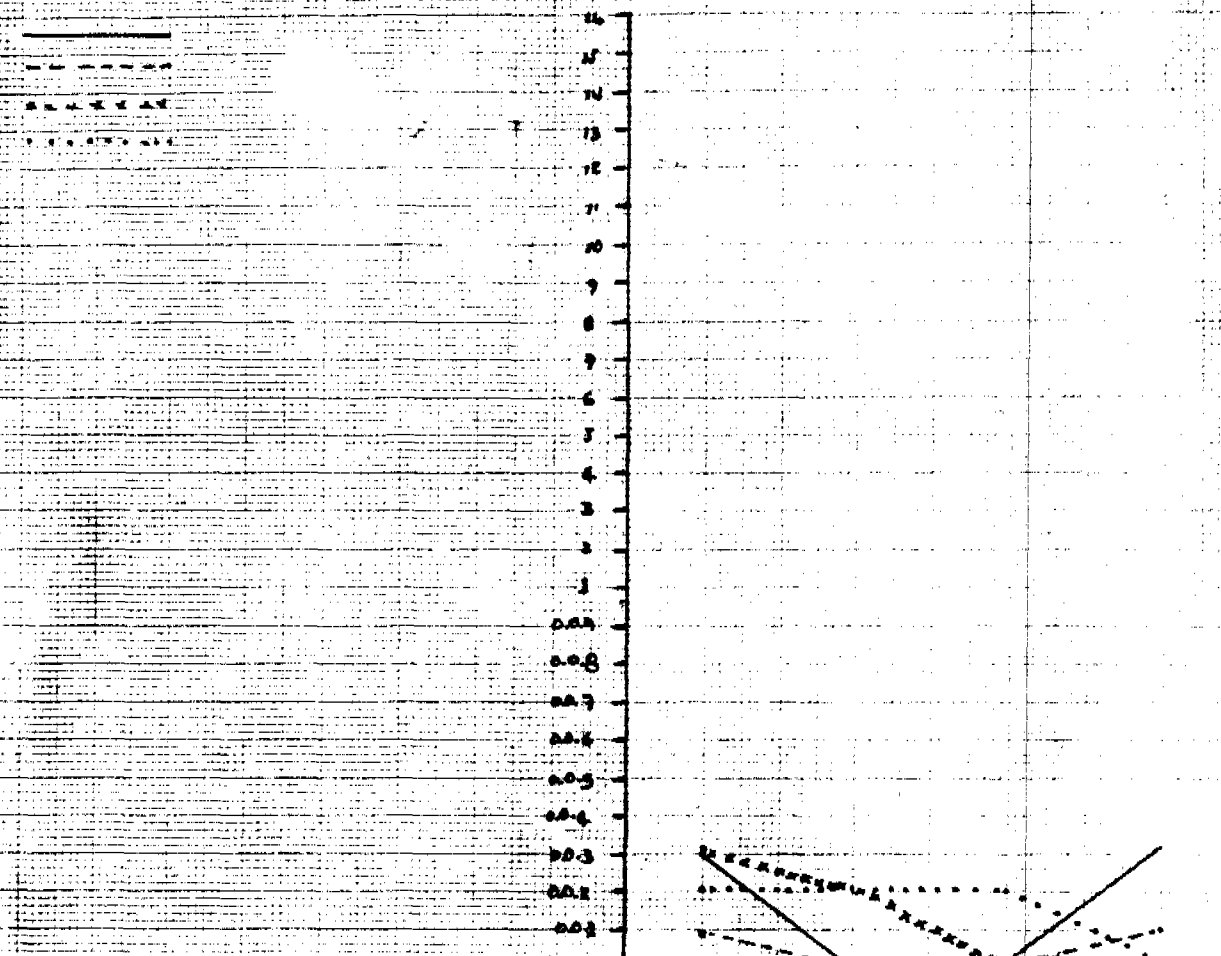


DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		2	3	-	7
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		0.61	1.04	-	2.55
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		1	16	22	32
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1136	1020	991
T A S A		0.096	1.40	2.15	3.22
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		10	39	27	41
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	1148
T A S A		0.82	3.28	2.40	3.57
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		14	25	37	68
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2322	2402	2101	2150
T A S A		0.60	1.04	1.76	3.16

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DEL PIPON Y LA VEJIGA, POR GRUPOS DE EDAD. BOJAYA - RIOSUCIO

1.981 - 1.984.-

MOR DE 1 AÑO
5 AÑOS
14 AÑOS
15 AÑOS



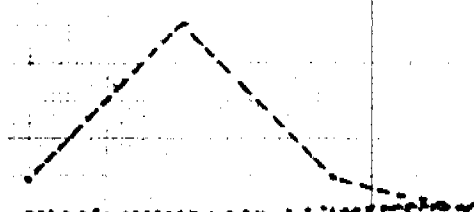
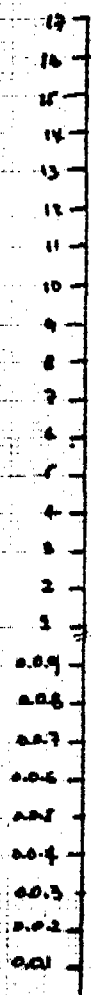
DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		1	-	-	1
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		0.30	-	-	0.36
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		1	-	-	1
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1136	1020	991
T A S A		0.096	-	-	0.10
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		4	3	-	1
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	1148
T A S A		0.33	0.25	-	0.08
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		5	6	5	1
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2322	2402	2101	2150
T A S A		0.21	0.24	0.23	0.04

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES GENITALES DEL HOMBRE, POR GRUPOS

DE EDAD. BOJAYA - RIOSUCIO

1.981 - 1.984

AÑO _____
 AÑOS - - - - -
 AÑOS * * * * *
 AÑOS

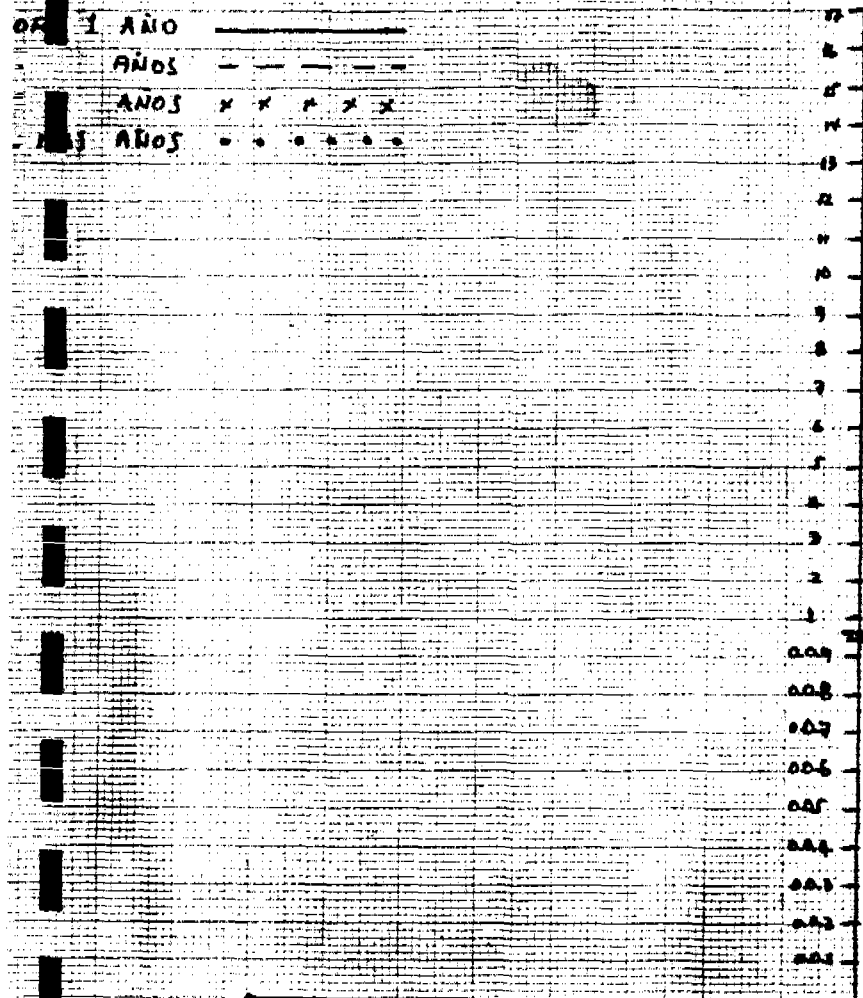


DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		-	-	-	-
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		-	-	-	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		1	6	1	-
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1136	1020	991
T A S A		0.096	0.52	0.09	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		-	-	1	2
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	1148
T A S A		-	-	0.08	0.17
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		1	2	3	3
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2322	2402	2101	2150
T A S A		0.04	0.08	0.14	0.09

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES GENITALES DE LA MUJER, POR GRUPOS

DE EDAD. BOJAYA - RIOSUCIO

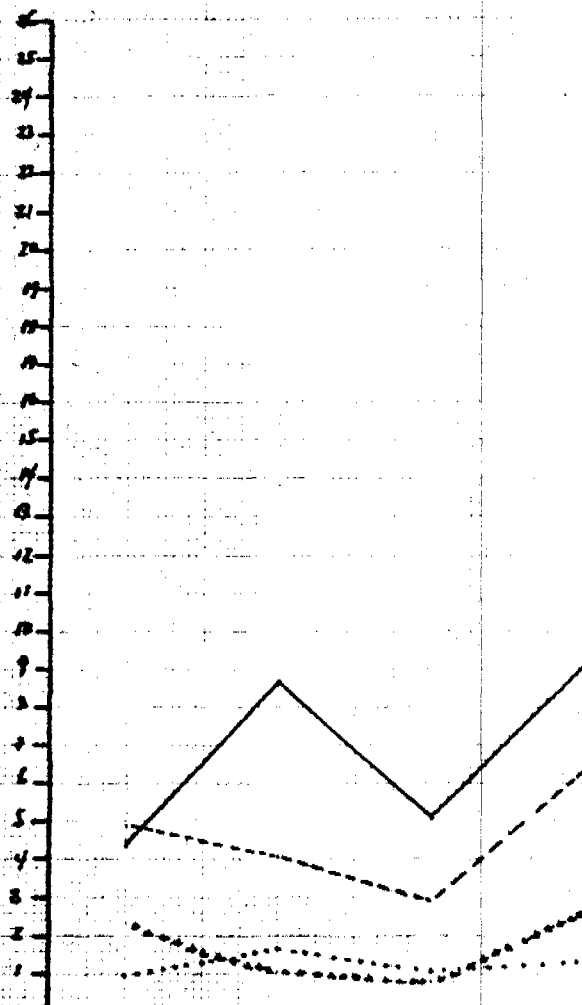
1.981 - 1.984



DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		-	-	-	-
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		-	-	-	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		-	-	-	-
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1135	1020	991
T A S A		-	-	-	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		1	13	-	-
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	1148
T A S A		0.082	1.09	-	-
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		13	7	3	16
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2322	2402	2101	2150
T A S A		0.55	0.29	0.14	0.74

MORBILIDAD POR EPISODIOS DE LA FIEBRE, POR ENTIDAD DE
EDAD, BOJAYÁ - ANTIOQUIA

1.981 - 1.984

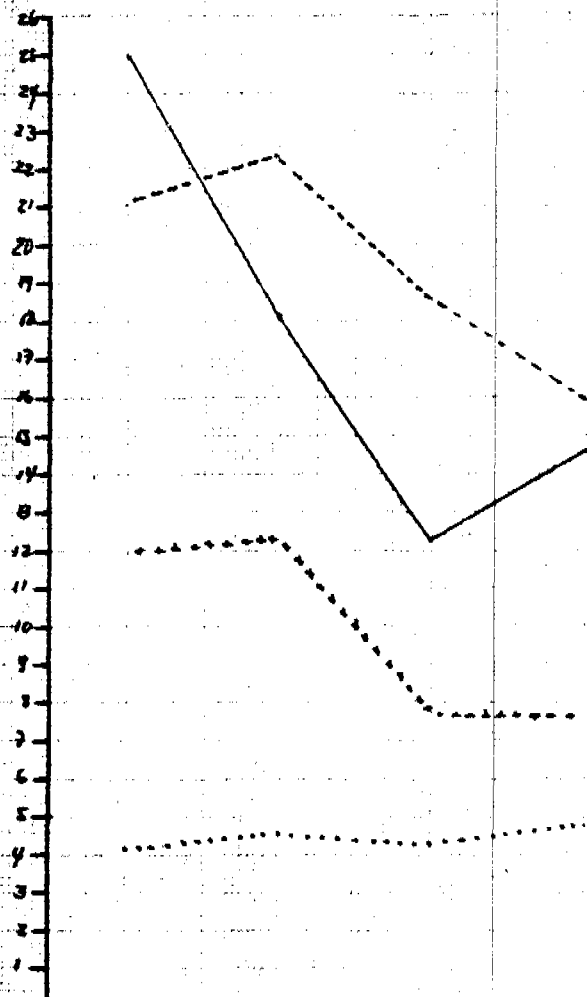


DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		14	25	12	25
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		4.30	8.68	5.06	9.17
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		51	46	29	63
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1136	1020	991
T A S A		4.90	4.04	2.84	6.35
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		28	12	9	30
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	1148
T A S A		2.31	1.01	0.80	2.61
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		23	39	22	27
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2322	2402	2101	2150
T A S A		0.99	1.62	1.04	1.25

BOZARCO
 MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR VACUNAS,
 POR GRUPOS DE EDAD, BOZARCO - BROSUCO,
 1.981 - 1.984.

DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		1	-	1	2
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		0.30	-	0.42	0.72
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		42	3	2	3
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1136	1020	991
T A S A		4.0	0.26	0.19	0.30
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		27	10	1	2
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	1148
T A S A		2.2	0.84	0.08	0.17
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		2	-	2	-
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2322	2402	2101	2150
T A S A		0.08	-	0.09	-

GRÁFICO NÚMERO 48
MORBILIDAD POR EPISODIOS DE ENFERMEDAD, POR GRUPOS DE EDAD
BOJAYA - RIOSUCIO
1.981 - 1.984.-

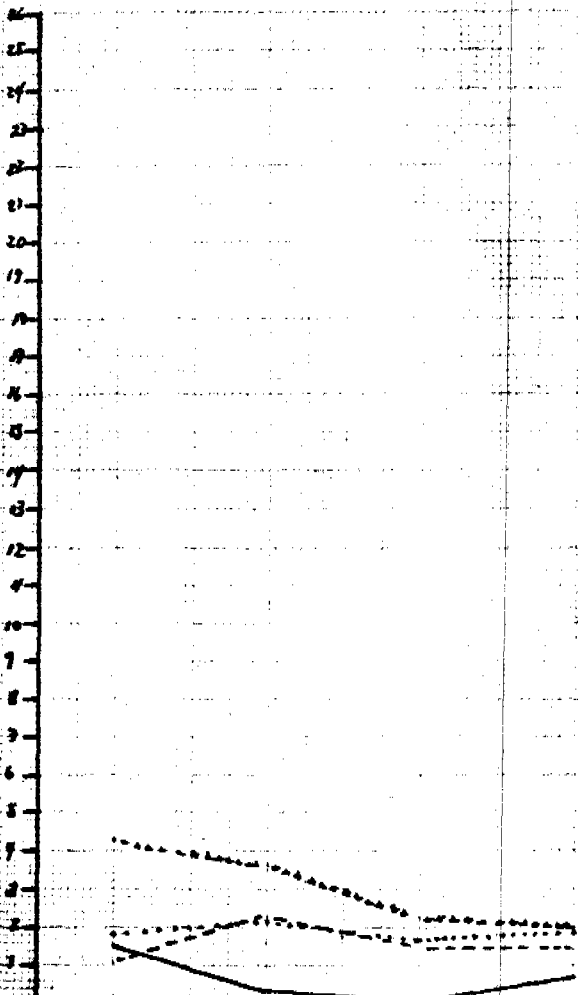


DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		81	52	29	40
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		24.92	18.05	12.23	14.59
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		219	253	189	158
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1136	1020	991
T A S A		21.05	22.27	18.52	15.94
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		145	146	87	88
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	1148
T A S A		11.97	12.28	7.74	7.66
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		96	101	89	103
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2332	2402	2101	2150
T A S A		4.13	4.57	4.23	4.79

MORBILIDAD POR URGENCIAS, POR GRUPOS DE EDAD.

BOJAYA - RIOSUCIO.

1.981 - 1.984.--

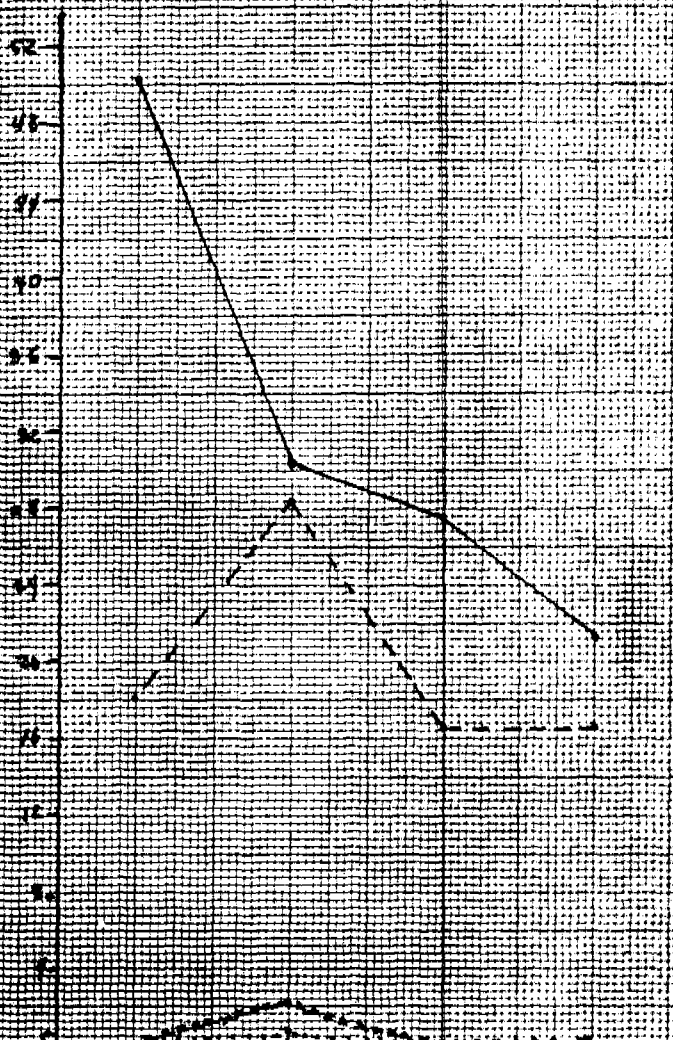


DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		5	1	-	2
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		1.53	0.34	-	0.72
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		11	26	15	14
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1136	1020	991
T A S A		1.05	2.28	1.47	1.41
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		51	43	25	23
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	1148
T A S A		4.21	3.61	2.22	2.0
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		42	50	37	39
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2322	2402	2101	2150
T A S A		1.80	2.80	1.76	1.81

REPTICO N° 100
 MORBILIDAD POR DIARREA, POR GRUPOS DE EDAD.

BOJAYA - ROSARIO.

(1981 - 1984)



DETALLE	AÑOS	1981	1982	1983	1984
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		151	89	64	64
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		325	288	237	274
T A S A		46.5	30.9	27.0	23.3
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		181	329	173	170
POBLACION DE 1 A 5 AÑOS		1040	1136	1020	991
T A S A		17.4	29.0	17.0	17.1
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		-	33	4	1
POBLACION DE 6 A 14 AÑOS		1211	1188	1123	1148
T A S A		-	2.8	0.3	0.1
EPISODIOS DE ENFERMEDAD		-	22	6	3
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS		2322	2402	2101	2150
T A S A		-	0.9	0.3	0.1

C A P I T U L O C U A R T O

CAPACITACION, SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA

I. C A P A C I T A C I O N

GENERALIDADES

Los servicios de salud ofrecidos al público no solo demandan equipos y materiales ajustados al nivel del recurso humano, a las acciones de sa lud que ésta vaya a desarrollar, sino que también dependen de la capa citación del elemento humano responsable de proporcionar dicha asisten cia a la comunidad.

El recurso humano dentro de un programa de atención primaria, constitu ye una de las bases fundamentales para brindar una atención planifica- da, eficaz y de alta calidad, por eso el esfuerzo se ha concentrado en el desarrollo del personal requerido para la prestación de servicios - de cuidado primario.

El análisis de tareas, la organización de actividades, la definición - de funciones han permitido la planeación del contenido para adiestrar el personal que brinda servicio de atención primaria.

El Equipo Multidisciplinario antes de iniciar el trabajo en el programa, recibió en Cali un adiestramiento sobre Atención Primaria. Este - adiestramiento fue hecho por CIMDER, quien inicialmente fue el grupo - asesor (Febrero 1980).

A. METODOLOGIA PARA EL DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO

El desarrollo del Recurso Humano está conformado por tres etapas :

- 1) Reclutamiento
- 2) Selección
- 3) Adiestramiento

Esta selección debe llevar una secuencia y las acciones deben ser interrelacionadas. Cada etapa requiere un proceso de programación y ejecución.

1. Reclutamiento

El reclutamiento del personal se hace con la participación de las comunidades, quienes son las que presentan candidatos que tienen las condiciones requeridas para el desempeño de las funciones establecidas para la Promotora Rural de Salud. Este proceso tiene dos etapas :

a. Etapa de Programación

La programación es la etapa inicial del adiestramiento. Conlleva a las siguientes acciones :

- * Definir el personal a reclutar. Este paso tiene como fin definir el tipo de personal requerido para el adiestramiento de Promotora Rural de Salud y el número mínimo indispensable de aspirantes que deben continuar en el proceso de selección.

- * Determinar los criterios de selección. Es necesario describir las características del individuo en el aspecto educativo, social y de salud esenciales para el cargo de Promotora Rural de Salud.
- * Definir los instrumentos necesarios para el reclutamiento, es decir los elementos que permitan recoger datos precisos y necesarios para poder identificar si la aspirante llena los requisitos para el cargo de Promotora.
- * Precisar el programa de visitas a las comunidades escogidas para el reclutamiento y selección de la Promotora Rural de Salud.
- * Definir los medios requeridos para efectuar el reclutamiento :
 - ° Personal que hace reclutamiento
 - ° Canales a través de los cuales se hace la difusión
 - ° Lugar donde se realiza el reclutamiento

b. Etapa de Ejecución

En esta etapa se aplica en la comunidad los procedimientos de reclutamiento definidos en la etapa de programación. Conlleva a las siguientes acciones :

- * Definir en la comunidad las características que deben llenar las personas aspirantes a ocupar el cargo de Promotor Rural de Salud.

- * Enviar la carta informativa a las organizaciones de la comunidad del área de trabajo (Comités Comunales de Salud, Juntas de Acción Comunal, Directores, Profesores de Escuela y Líderes conocidos de la Comunidad).
- * Enviar formatos de inscripción de aspirantes adjuntos a la carta informativa. El número de formatos enviados deberá ser por lo menos tres veces mayor al número total de cupos para el Curso.
- * Enviar uno a tres afiches por cada comunidad que va a ser servida por un Promotor Rural de Salud.
- * Los Formatos : carta informativa e inscripción de aspirantes se envían dos o tres semanas antes de la reunión en un solo paquete a los organizadores de la comunidad.
- * Revisar la hoja de inscripción y clasificar aquellas que reúnan los requisitos y cualidades mínimas para continuar el proceso de selección.
- * Comunicar a los aspirantes que llenaron los requisitos para que continúen con la etapa de selección.
- * Comunicar a los aspirantes no aceptados.

Instrumentos para el Reclutamiento : Se utilizan cuatro instrumentos :

- * Una carta informativa
- * Un formato de inscripción de aspirantes
- * Un formato de afiche
- * Un programa de visita a las comunidades para reclutamiento y selección de Promotora Rural de Salud.

2. Selección

La selección del personal busca evaluar al aspirante reclutado, para poder identificar los candidatos que cumplan los criterios de selección.

a. Etapa de Programación

Conlleva a las siguientes acciones :

- * Revisar la metodología de selección aplicada.
- * Definir y diseñar los instrumentos de selección para medir los requisitos del personal requerido en el cargo de Promotor.
- * Fijar los valores del puntaje para cada instrumento
- * Definir el valor de cada instrumento en relación al puntaje total. A cada instrumento se le asigna un puntaje, la suma de los puntajes nos dá la calificación final, que nos determina la aceptación o el rechazo del aspirante.
- * Definir el personal, lugar y tiempo para llevar a cabo la selección. Previamente se determinan los recursos necesarios para realizar dicha selección.
- * Personal a seleccionar
- * Número de personas que van a seleccionar
- * Personal que se selecciona
- * Instrumentos seleccionados para evaluar los requisitos que se han establecido para realizar dicha selección.
- * Lugar donde se va a realizar la selección

b. Etapa de Ejecución

Se realizan las siguientes acciones :

- * Se aplica a cada candidato los instrumentos establecidos para la selección.
- * Calificar y hacer el análisis estadístico de los instrumentos de selección para poder clasificar los aspirantes.
- * Definir los aspirantes que alcanzaron los puntajes establecidos.
- * Comunicar los resultados a los aspirantes seleccionados
- * Comunicar los resultados a los aspirantes no aceptados.

Instrumentos para la Selección : Para la selección se utiliza en el Programa cuatro instrumentos :

- * Prueba preliminar
- * Prueba de selección de aspirantes
- * Lista de aprobados
- * Citación al adiestramiento

A cada aspirante se le hace la prueba preliminar. Si obtiene el puntaje suficiente (mínimo 41 puntos) entonces se le hace la prueba de selección.

Prueba Preliminar

Esta prueba tiene los siguientes objetivos :

- * Estimular la capacidad del aspirante para recolectar datos
- * Estimular su habilidad para calcular

- * Estimar su capacidad para tomar decisiones
- * Estimar su capacidad para comprender el material escrito

Para aplicar la prueba preliminar se procede así :

- * Entregar al aspirante la forma de la prueba preliminar, explicar que la prueba tiene dos partes: una de la que ustes hará de padre o madre, para que el aspirante le haga una entrevista, la otra el aspirante resolverá unos problemas simples.
- * Seguir estrictamente las instrucciones de la prueba preliminar para comprender la entrevista.
- * Obtener el puntaje total de la prueba, si este puntaje es igual o superior a 41 aplicar la prueba de selección.

Prueba de Selección :

Esta prueba tiene los siguientes objetivos :

- * Verificar los criterios de selección
- * Asignar mediante puntos una ponderación a cada criterio de selección.
- * La persona que hace la prueba debe llenar la prueba de selección, siguiendo las instrucciones que están incorporadas en la misma prueba, para cada criterio (Edad, Escolaridad, Estado de Salud, etc).
- * Obtener el puntaje total de la prueba, si el puntaje es igual o superior a 80 clasificar el aspirante como aprobado.

Decisión Final

- * Sumar el total de la prueba preliminar con el total de los puntos de la prueba de selección, si la suma es igual o mayor que 120 puntos, inscribir a la aspirante en la lista de aprobados. En esta lista asignar los cupos del adiestramiento, escribiendo numerales (1º, 2º, 3º, etc).
- * Según los puntajes de mayor a menor
- * Comunicar al aspirante con cupos asignados que ha sido admitido para hacer el adiestramiento de Promotoras Rurales de Salud.
- * Si el número de aspirantes aprobados es superior, al número de cupos para el adiestramiento, seleccione los que tengan el puntaje mas alto.
- * Si el número de candidatos aprobados es menor al número de cupos para el adiestramiento, reclutar y seleccionar un número adicional de aspirantes para completar el cupo.

Citación al Adiestramiento

- * Enviar la citación al adiestramiento con los datos correspondientes.

3. Adiestramiento

Este adiestramiento está orientado a que la Promotora Rural de Salud reciba los conocimientos necesarios en Atención Primaria, desarrolle las habilidades y actitudes necesarias para desempeñar una buena labor dentro de su comunidad.

a. Etapa de Programación

Conlleva a las siguientes acciones :

- * Elaborar el Programa de adiestramiento de Promotoras Rurales de Salud, con base en los problemas de salud, sobre los cuales se orientan los servicios y las tareas específicas, que va a realizar la Promotora Rural de Salud.
- * Precisar y elaborar cada uno de los instrumentos requeridos - para consignar la información de entrenamiento.
- * Establecer el tiempo de duración del adiestramiento por etapas y fechas de iniciación del mismo.
- * Establecer contactos con los representantes de la comunidad para poder definir que instalaciones locativas pueden facilitar para el adiestramiento.
- * Precisar los elementos necesarios, de uso personal y la dotación necesaria para el adiestramiento de la Promotora Rural de Salud.
- * Enviar a dichas instalaciones los elementos necesarios para la concentración y el adiestramiento de las Promotoras Rurales de Salud .
- * Precisar el material didáctico y el personal docente necesario para el adiestramiento.
- * Establecer el plan de clases

b. Ejecución

Comprende las siguientes acciones :

- * Informar al personal seleccionado sobre la fecha de iniciación del adiestramiento.
- * Establecer el contacto con el Médico Director y Enfermera Jefe del Hospital o Centro de Salud, donde se realizarán las prácticas.
- * Entregar los elementos de uso personal a cada Promotora bajo inventario.
- * Leer el reglamento de la concentración de Promotores Rurales de Salud.
- * Abrir a cada participante en el adiestramiento una ficha donde se le registren todos sus datos y debe ir también consignado el examen clínico.
- * Realizar el adiestramiento aplicando la metodología programada.
- * Evaluar los resultados del aprendizaje, teórico-práctico.
- * Iniciar la prestación de los servicios una vez el personal haya financiado su preparación.

Instrumentos para el Adiestramiento :

El método de adiestramiento lo conforma un modelo general y una estructura de base.

El modelo general lo constituye 8 Componentes que conforman el cuerpo de la metodología y brindan la información necesaria al docente dedicado a la preparación del personal que realiza actividades de Atención Primaria.

La estructura de base contiene el sistema de información en el -
cual se confirman los diferentes datos de adiestramiento.

B. MODELO GENERAL

Consideran los siguientes aspectos :

- * Actividades de salud que realiza el Promotor Rural de Salud
- * Los objetivos cognoscitivos, efectivos y sicomotores, para que su logro garantice el cumplimiento óptimo de las actividades de sa
lud.
- * Los contenidos del aprendizaje seleccionados para lograr el cum
plimiento de los objetivos instruccionales.
- * Las estrategias del entrenamiento para la instrucción teórico -
práctica, definidas para facilitar el alcance de los objetivos
seleccionados .
- * Las estrategias de evaluación de aprendizaje para medir exclusi
vamente el logro de los objetivos de la instrucción a nivel cog
noscitivo, efectivo y sicomotor.
- * El tiempo requerido para el desarrollo de los contenidos y la -
adquisición de habilidades de acuerdo a la complejidad e impor
tancia de cada actividad, ajustado de acuerdo a los adiestramien
tos hechos.
- * El lugar para llevar a cabo el adiestramiento
- * El recurso docente necesario para que se lleva a cabo el adies
tramiento.

Estructura de Base

Esta constituida por el sistema de información, en el cual se consig_unan los diferentes datos, resultados de la aplicación del modelo general. Incluye :

- * El Programa de adiestramiento : En el cual se consigna la actividad, objetivos instruccionales y contenido de aprendizaje.
- * La forma de registro del adiestramiento conformado :
 - ° Registro de asistencia
 - ° Plan de clase, donde se anota, el tema, el tiempo en relación al contenido de la clase docente responsable del tema.

La evaluación del aprendizaje se hace a través de instrumentos diseñados para medir el grado de alcance de los objetivos de instrucción del nivel cognoscitivo(test), sicomotor (tabla de habilidad) , efectivo (escala de actitudes).

La evaluación individual final, es el resultado de la suma de los valores alcanzados (cognoscitivos, afectivo y sicomotor) se establece como rendimiento mínimo la calificación 3,5. Las personas que alcancen este valor o lo sobrepasen, se consideran capacitadas para desarrollar sus actividades como Promotores Rurales de Salud.

La evaluación del personal docente la hace el participante del adiestramiento, a través de un formato que contiene observaciones y sugerencias de las diferentes unidades dictadas, nombre del docente responsable, de la unidad, donde se establece una calificación de 0 - 5 puntos. El objetivo de esta evaluación es la de poder hacer ajustes en el próximo adiestramiento de acuerdo a las sugerencias y observaciones hechas por el Estudiante.

El personal docente lo conforman el Equipo Multidisciplinario del Programa Rural de Salud (Enfermera, Médico, Trabajadora Social, - Estadístico). Lo mismo que el Médico, Enfermera, Promotores de - Saneamiento, Auxiliares de Enfermería del Hospital, Centro de Salud, del Municipio Sede del adiestramiento.

METODOLOGIA PARA EL DESARROLLO DEL ADIESTRAMIENTO DE PROMOTORAS RURALES DE SALUD .

La metodología del proceso enseñanza-aprendizaje, se desarrolla en - etapas concentradas y desconcentradas. En las etapas concentradas , el objetivo principal es dar a los alumnos los temas correspondientes, mediante exposiciones, conferencias, charlas, lecturas dirigidas, discusiones en grupo, demostración de procedimiento y sociodramas, para que pongan en práctica los conocimientos adquiridos durante la etapa desconcentrada.

La Etapa desconcentrada, su objetivo principal es que la Promotora establezca relación con la comunidad donde va a trabajar y comience a - poner en práctica los conocimientos adquiridos en cuanto a prestación de servicios a las personas o el ambiente y simultáneamente empiece a elaborar el censo de población y la situación de la salud de las personas y su medio ambiente. Al finalizar cada etapa desconcentrada - regresará a la siguiente etapa para continuar recibiendo las Unidades Instruccionales restantes.

El Programa de Adiestramiento de los Promotores Rurales de Salud, - tienen una duración de once semanas : 7 semanas concentradas y 4 desconcentradas.

Las etapas concentradas tendrán un total de 335 horas distribuidas así:

- 93 Teoría
- 223 Práctica
- 19 Evaluaciones de conocimientos de los respectivos temas

Las etapas desconcentradas tienen un total de 176 horas distribuidas así:

- 96 Práctica para la segunda etapa desconcentrada
 - 80 " " para la cuarta etapa desconcentrada
- teniendo así el adiestramiento en un total de 511 horas.

El porcentaje de horas dedicado a las diferentes áreas es el siguiente:

- 64.6 % Social educativo
 - 69.1 % Médico técnico
 - 67.3 % Administración
 - 52 % Saneamiento
- (Ver cuadro siguiente)

A. MODELO DE ADIESTRAMIENTO

El Programa de adiestramiento consta de 14 unidades :

- UNIDAD I : Repaso de las cuatro operaciones aritméticas y de las tablas de multiplicar.
- UNIDAD II : Situación de salud del país. Ubicación de la Promotora Rural de Salud en el Programa Rural de Salud del Chocó
- UNIDAD III : Micropuesto de Salud
- UNIDAD IV : Procedimiento de Enfermería que realiza la Promotora Rural de Salud.

DISTRIBUCION GENERAL DE TIEMPO POR ETAPAS DEL PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO

E T A P A S	TOTAL DE HORAS POR ETAPA
1° ETAPA CONCENTRADA	191
2° ETAPA DESCONCENTRADA	96
3° ETAPA CONCENTRADA	120
4° ETAPA DESCONCENTRADA	80
5° ETAPA CONCENTRADA	24
T O T A L	? 511

ANEXO No. 74

PORCENTAJE DE HORAS DEDICADAS A LAS DIFERENTES AREAS DEL PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO

CONTENIDO	TEORIA		PRACTICA		TOTAL	
	Hro.	%	Hro.	%	Hro.	%
Social Educativo	11	35.4	20	64.6	31	100
Médico Técnico	54	30.9	121	69.1	175	100%
Administración	31	15.7	53	67.3	84	100
Desarrollo	15	45.7	13	52.3	28	100%

- UNIDAD V : Cuidado Primario de la Salud
- UNIDAD VI : Manejo de la Caja maestra
- UNIDAD VII : Control del embarazo por parte de la Promotora Rural de Salud.
- UNIDAD VIII : La comunidad y su desarrollo a través de la Promotora Rural de Salud.
- UNIDAD IX : Principios generales para entender el mapa
- UNIDAD X : Plan de trabajo de la Promotora Rural de Salud
- UNIDAD XI : Saneamiento Ambiental
- UNIDAD XII : Atención de Parto y Puerperio
- UNIDAD XIII : Métodos de planificación familiar
- UNIDAD XIV : La Bandera de la Salud

B. METODOLOGIA DE ENSEÑANZA

1. Primera Etapa Concentrada

En la primera etapa de capacitación sobre las primeras 10 unidades de la Unidad VI Caja Maestra, se enseñarán las tarjetas cuyos aspectos ya han sido enseñados. Lo mismo se hará con el plan de trabajo de la Unidad X se le enseñará a planificar sus actividades con base en los conocimientos adquiridos en la primera etapa.

Se ha establecido de esta forma porque después de esta etapa concentrada volverán a su área y deben llevar su trabajo planificado y registrar las actividades realizadas. Solamente se rotarán los Promotores del Centro de Salud para realizar la práctica de control de embarazo y la detección de algunos signos en personas enfermas.

Esta primera etapa concentrada es de 4 semanas con un total de 191 horas,

56	Teoría
122	Práctica
13	Evaluación de conocimiento

Al regresar a su respectiva vereda (después de esta primera etapa concentrada) se le entrega a cada una los manuales que corresponden, según los temas enseñados, uniformes, el micropuesto de salud con su dotación y mochila.

2. Segunda Etapa Desconcentrada

En el transcurso de la segunda etapa (desconcentrada) que es una semana y cinco días, reciben la visita de tutoría correspondiente y se podrá hacer evaluación de la primera etapa. Se organiza una reunión con la comunidad para recibir información de la labor realizada por el Promotor Rural de Salud durante este tiempo. La evaluación se hace con base en formatos de Evaluación previamente establecidos.

3. Tercera Etapa Concentrada

Se prosigue con la tercera etapa concentrada, se capacita sobre las Unidades XI, XII, XIII, XIV, de la Unidad VI Caja Maestra, se enseñan las tarjetas faltantes correspondientes a los temas enseñados, se refuerza lo enseñado en la planificación del trabajo. La Promotora estará en capacidad de elaborar un plan de trabajo completo.

En esta etapa se rotan por el Centro de Salud para realizar la práctica de atención de partos. Tiene un total de 120 horas,

36	Teoría
78	Práctica
6	Evaluación de conocimientos

4. Cuarta Etapa Desconcentrada

En la cuarta etapa desconcentrada se hace lo mismo que en la segunda etapa desconcentrada. También es de 1 semana y 3 días.

5. Quinta Etapa Concentrada

Posteriormente se realiza la quinta etapa concentrada, para hacer evaluación individual de las Promotoras y cada una elaborará el plan de trabajo para iniciar su labor.

PERSONAL DOCENTE

El personal docente son los integrantes del Equipo Multidisciplinario del Programa Rural de Salud del Chocó, cada uno se responsabiliza del tema que le corresponde, como también el personal del Servicio Seccional de Salud que se encuentra en el Municipio Sede de UPA. Al Hospital se solicita la colaboración del Promotor de Saneamiento Ambiental, las Auxiliares de Enfermería del Programa Materno Infantil, la Enfermera Jefe, Médico Jefe del Hospital o Centro de Salud.

C. HORARIOS

Se establecen los horarios de 8:00 a 12:00 y de 2:00 a 6:00

D. AYUDAS EDUCATIVAS Y TECNICAS DOCENTES

Se utilizan :

- * Tablero, tiza, borrador
- * Papelógrafo
- * Laminarios
- * Rotafolios
- * Cinta de tres colores
- * Manuales
- * Marcadores
- * Guías de observación
- * Sociodramas
- * Demostración de Procedimientos
- * Tarjetas

Para demostración :

- * Equipo para toma de temperatura
- * Equipo para toma de T.A.
- * Niños de la Comunidad
- * Señoras embarazadas de la Comunidad
- * Pacientes que solicitan los servicios al Centro de Salud o al Hospital.

E EVALUACION

El Programa de Adiestramiento ha establecido una evaluación inmediata la cual se realiza al iniciar el adiestramiento, durante el desarrollo y al final de éste.

- * La evaluación inicial se ha establecido con el fin de medir el nivel de entrada de los participantes al adiestramiento e igualmente le permite al personal docente hacer ajustes a las unidades, Se utilizan pruebas objetivas, tipo Test.
- * La evaluación durante el adiestramiento tiene como fin determinar el grado de aprendizaje de cada participante en relación a los objetivos programados de cada unidad, identificar las áreas críticas para los participantes y reforzar dichas áreas.
- * Como instrumento de medición se utiliza para el área cognoscitiva, pruebas escritas tipo Test. Para el área sicomotora y -afectiva (observaciones estructurales que son registradas en - formularios previamente establecidos), tabla de habilidad y escala de actitudes consignadas en los formatos de evaluación individual.
- * Al finalizar cada unidad se aplica una prueba. Esta prueba permite al personal docente comparar al rendimiento de cada participante con relación a su situación de entrada.
- * Las dos pruebas (Pre-test y Post-test) no tendrán evaluación.
- * Los participantes tienen la oportunidad de hacer una evaluación por unidad del Programa de Adiestramiento. A través de un formato que contiene observaciones y sugerencias en las diferentes Unidades dictadas también para los docentes donde se establece una evaluación de 0 - 5 puntos .
- * Las pruebas escritas tienen un valor de 20% la presentación de trabajos individuales y en grupo tienen un valor de 30% y las prácticas un 50%.
- * El programa tiene una nota que va de 0 - 5 puntos con una nota aprobatoria mínima de 3.5.

**CAPACITACION DE PROMOTORAS REALIZADAS POR EL PROGRAMA RURAL DE SALUD
(1980 - 1984).**

El Programa Rural de Salud ha realizado en el período 1980-1984 tres capacitaciones. En dos capacitaciones habían promotoras ya vinculadas - al Servicio Seccional de Salud capacitadas a través del Programa Materno - Infantil, pero estaban desactualizadas por falta de Educación Continua y Supervisión permanente, unas devengaban su sueldo sin desarrollar ninguna labor, además carecían de elementos para trabajar.

La primera capacitación que se hizo, fue para el Area 1 (Municipio de Bojayá y Ríosucio) se inició a partir del mes de agosto y terminó con todas sus etapas a mediados del mes de diciembre/80. De las 23 Promotoras capacitadas, 5 trabajan hace 4 años, pero a pesar de que el 21.7% de las promotoras habían sido adiestradas, no se presentó dificultad para impartir los conocimientos entre las 18 alumnas nuevas seleccionadas, el 60% estaba al nivel de las que habían recibido capacitación lograron nivelarse, ya que algunas de las que habían trabajado estaban desactualizadas. Las que tenían dificultades en algunas de las áreas del Programa, las Auxiliares de Enfermería se encargaron de hacer los seguimientos pertinentes, ayudándoles a estudiar por las noches, repitiendo los procedimientos con ellas.

El Centro de Capacitación se ubicó en Ríosucio, Cabecera Municipal, - mas desarrollada del área, como este Centro quedaba distante del Centro de Salud, se estableció un Puesto dentro del mismo Centro, donde se aplicaban inyecciones, se hacían curaciones y se brindaban primeros auxilios. También se hacían controles pre-natales, la atención de parto y atención de patología sencilla se hacía en el Centro de Salud.

C U A D R O No. 75

PROMOTORAS CAPACITADAS POR EL PROGRAMA RURAL DE SALUD

1 9 8 0 - 1 9 8 4

AÑO EN QUE SE HIZO LA CAPA- CITACION	AREAS Y UPA	ALUMNOS INSCRITOS		ALUMNOS CAPACITADOS		DESERCION BAJO RENDIMIENTO		DESERCION VO- LUNTARIA DE- LA CAPACITA- CION		DESERCION DE LA PROMO- TORA YA TRA- BAJANDO		RESPONSABLE DE LA CAPACITA- CION
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
1 9 8 0	AREA 1 BOJAYA Y RIOSUCIO	25	100	23	92	2	8			3	13	P.R.S.
1 9 8 1	AREA 2 LLORO Y BAGADO	27	100	25	92.6			2	7.4	1	4	P.R.S.
1 9 8 3	AREA 3 ISTMINA, TADO , CONDOTO Y NOVITA	40	100	39	97.5			1	2.5	4	10	P.R.S. S.S.S. CHOCO
T O T A L E S		92	100	87	94.6	2	2.2	3	3.4	8	9.0	

En esta capacitación se inscribieron 25 alumnas, que corresponde al 100%, el 8% (2 promotoras) desertó por bajo rendimiento, el 13% desertó cuando ya estaban trabajando (3 promotoras), 2 porque cambiaron de residencia y la otra por problemas mentales.(siquiátricos).

En 1981 se capacitaron las promotoras del área 2 (Lloró y Bagadó) se realizó desde Julio hasta mediados de Septiembre de 1981. Fueron inscritas 27 promotoras de éstas: unas habían sido capacitadas por el Servicio Seccional de Salud, 8 promotoras que corresponden al 29.6%, tenían 5 años de trabajo y estaban en las mismas condiciones que las del área 1. No hubo dificultad al impartir conocimientos, para nivelar a las nuevas con las que ya trabajaban, se aplicó el mismo procedimiento mencionado anteriormente.

El Centro de Capacitación se ubicó en Lloró ; las prácticas se hacían allí mismo o en el Centro de Salud de Lloró. De las 27 promotoras inscritas se capacitaron 25, el 92.6% y desertó el 7.4% cuya deserción fue voluntaria por encontrarse en el primer trimestre de embarazo y los malestares propios del mismo les impedía dar un buen rendimiento. La deserción de las que ya estaban trabajando fue de 4%, correspondiente a una Promotora, que aunque ya había terminado su capacitación su rendimiento era regular, se le hizo un seguimiento permanente pero no pudo desarrollar una buena labor; el Programa prefirió desvincularla . (Ver Cuadro #). En esta capacitación se hicieron los ajustes que se consideraron pertinentes, basados en la capacitación anterior (1980, Area 1).

En el área de Saneamiento fueron cambiados los contenidos, ya que esta zona no es inundable y se pueden instalar tazas sanitarias, se profundizaron mas unas patologías propias de la región.

En 1983 se hizo la capacitación de las promotoras del Area 3 (Municipio de Istmina, Tadó, Nóvita y Condoto). Esta fue considerada como un readiestramiento ya que no hubo promotoras nuevas vinculadas. En este grupo de 40 promotoras por ser tan grande hubo que dividirlo en dos, además el 32.5% eran promotores indígenas (13 indígenas).

Un grupo fue coordinado por la Enfermera del Programa Materno Infantil y el otro grupo por la Enfermera del Programa Rural de Salud. También se hizo una revisión del programa de Adiestramiento y de la metodología del mismo, pues el nivel académico de los indígenas es mas bajo; en las noches se les reforzaba los conocimientos, ya que no hablan bien el español y no tienen mucho conocimiento de las metodologías de educación utilizados.

Los contenidos del componente de Participación de la Comunidad se replantearon, ya que se había cambiado la metodología de trabajo. Se le adaptaron mas las patologías de acuerdo a los resultados preliminares del Estudio Epidemiológico.

De los 40 alumnos en capacitación, desertó el 2.5% de los alumnos (1 Promotora) se retiró por encontrarse en embarazo, e inició el trabajo de parto en la capacitación. En el Area 3 han desertado 4 promotores que corresponden al 10% de las capacitadas; por problemas con la comunidad y abandono del sitio de trabajo, la otra por muerte.

Haciendo el análisis globalmente de las 92 promotoras inscritas en las tres áreas fueron capacitadas el 94.6%, desertaron por bajo rendimiento 2.2% desertaron voluntariamente; 3.2% desertaron ya trabajando; 9% del total de promotoras del Servicio de Salud del Chocó.

El Programa Rural de Salud ha capacitado el 54.37% de las Promotoras del Servicio de Salud. La metodología es diferente a la del Ministerio de Salud, ya que están concentradas por 3 meses en un Centro de Capacitación y después se envían al área de trabajo. En el Programa se hace por etapas como aparece descrito en la metodología del Adiestramiento. En el Anexo # 4 aparecen las Promotoras capacitadas por la UPA y por U.C.P.

F. SEGUIMIENTO DE LAS PROMOTORAS CAPACITADAS

El Seguimiento de las Promotoras capacitadas se hace a través de la Supervisión, cuyo objetivo es apoyar a la Promotora, detectar áreas críticas, bases para programar la educación continua.

CAPACITACION DE VOLUNTARIOS INDIGENAS

A. DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

Después de una solicitud presentada por el representante de los Indígenas al Programa Rural de Salud y el análisis previo de la situación de salud de estas comunidades en el Departamento del Chocó, se decidió hacer una Capacitación de Voluntarios Indígenas de las diferentes comunidades del Departamento. Es de anotar que en algunos sitios ya existían Voluntarios capacitados por CINDE y otros por Asuntos Indígenas. Antes de hacer dicho adiestramiento se decidió hacer una investigación del "Problema Salud - Enfermedad en Indígenas del Chocó", la cual sirvió de punto de partida para diseñar el Programa de Adiestramiento. Este estudio permitió dar una visión del concepto que tiene el indígena de la Salud - Enfermedad, dentro de su contexto cultural, económico y social.

- * De acuerdo al Estudio, el Yerbatero es el personaje tradicional, válido por el consenso social para administrar conocimientos y métodos en el problema de Salud - Enfermedad.
- * Todos los vínculos son determinados por el cabildo como máxima autoridad.
- * La comunidad planteó sus propias expectativas para el contenido de la formación de los Voluntarios.
- * También sugirieron que el Voluntario fuera hombre, porque la mujer tiene épocas "malas", la menstruación y el embarazo situaciones que "pueden complicar los casos, especialmente picaduras de culebras".
- * Los indígenas son mínimamente lector - escritor de castellano.

Partiendo de ésta base se diseñó un modelo de Adiestramiento que nos permitió ubicarlo dentro de los modelos de los procesos educativos no formales, donde no solo se toma como base el objetivo institucional que se pretende alcanzar, sino que permite al sujeto desarrollar todas sus potencialidades humanas desde su propia visión histórica del problema Salud - Enfermedad.

La misma dinámica del adiestramiento permite la implementación de una metodología que facilita el proceso de enseñanza-aprendizaje de sujetos educativos, que tienen sus propios sistemas para llegar al conocimiento. Se parte de la experiencia de los sujetos educativos, se reflexiona sobre la experiencia, se elaboran conceptos y se definen las acciones que les permiten a éstos orientar a sus comunidades, para finalmente obtener la mejoría del estado de salud a través de estrategias sociales de movilización hacia las agencias estatales para la demanda de bienes y servicios integrados y también a sus recursos propios.

B. RECLUTAMIENTO

Teniendo en cuenta los antecedentes que rodearon este curso y la coordinación que se realizó con OREWA para el desarrollo del mismo, dicha etapa estuvo bajo la responsabilidad de la organización indígena que se encargó de seleccionar las áreas beneficiadas, promovió esta actividad en cada comunidad mediante visitas y/o cartas informativas, solicitó los candidatos a cada comunidad y verificó el reconocimiento del candidato por la misma. El programa como entidad técnicamente responsable del proceso colaboró en la promoción de este curso en 14 comunidades que fueron seleccionadas como muestra para además explorar aspectos geográficos, las expectativas de la comunidad y los voluntarios ante el curso, aspectos sociales, culturales, económicos y políticos en relación con las comunidades indígenas. Esta promoción se realizó durante reuniones comunitarias básicamente. (Ver estudios de morbilidad en los grupos indígenas del Chocó. JUAN CAMILO BOTERO, Quibdó, abril 30/84).

Requisitos de los Candidatos

- * Pertenecer a la comunidad en que desempeña su trabajo
- * Ser seleccionado y aceptado como recurso de salud por la comunidad que representa.
- * Estar en condiciones de permanecer durante el tiempo que dure el curso en el lugar seleccionado para el desarrollo del mismo.
- * Estar dispuesto a prestar servicios voluntarios en su comunidad una vez termine el curso.

- * Estar dispuesto a prestar servicios voluntarios en su comunidad una vez termine el Curso.

C. SELECCION

Teniendo en cuenta el proceso que tradicionalmente usan las comunidades indígenas para la toma de decisiones y que se caracteriza - (hasta donde hemos podido captar) por ser jerárquico, comunitario y generar conclusiones y acciones que son respetadas y apoyadas - por toda la comunidad, se ha reconocido la validez de dicho proceso y aceptado como único criterio de selección que el candidato - haya sido escogido finalmente por su comunidad.

D. EVALUACION

La Evaluación del presente Curso está prevista a dos niveles :

Evaluación del proceso y evaluación del aprendizaje así :

- * Percepción del Proceso :
 - * Como percibe el Proceso : - Los alumnos
 - Los agentes educativos
 - La comunidad
 - La organización indígena OREWA
- * Proceso :

Incluye el análisis de efectividad de las siguientes etapas :

 - Diagnóstico Socio-cultural previo a la elaboración del Curriculum.
 - Coordinación de actividades con OREWA
 - Motivación a las comunidades
 - Reclutamiento y selección
 - Condiciones locativas

Cumplimiento de Objetivos Generales :

- * Teoría Educativa
- * Material educativo
- * Asesoría en campo
- * Ajustes (Repaso, correcciones, recomendaciones).

Percepción de la Comunidad respecto al trabajo del Voluntario Capacitado.

- * Instrumentos :
 - ° Reuniones periódicas durante la primera fase concentrada con :
 - Alumnos
 - Agentes Educativos
 - ° Reuniones esporádicas :
 - Con la comunidad : Al iniciar y finalizar la fase concentrada
 - Con OREWA : Al iniciar el curso, al finalizar la etapa concentrada y después de la asesoría en el campo.
 - ° Análisis de la efectividad del Diagnóstico Socio-Cultural en coordinación con las organizaciones indígenas, de la motivación de las comunidades, del reclutamiento , selección y las condiciones físicas que rodean la capacitación conjuntamente con OREWA, los Agentes Educativos y las Comunidades.

E METODOLOGIA PARA EL DESARROLLO DEL ADIESTRAMIENTO

Se desarrolló en tres etapas , dos concentradas y una desconcentrada:

- * La primera etapa **concentrada** fue de dos meses, teniendo en cuenta que no están familiarizados con las metodologías utilizadas y que escriben y leen poco ; se utilizó un interprete. Hubo que adaptarse a las actividades que desarrollan dentro de su comunidad de -

acuerdo a las normas establecidas por el cabildo.

- * La segunda etapa desconcentrada, tuvo una duración de un mes, recibieron asesoría en terreno y se les evaluó a través de formatos - previamente diseñados.
- * En la tercera etapa concentrada se reforzaron los conocimientos, - en base al seguimiento hecho en terreno. También se terminaron algunos contenidos que habían quedado pendientes.

F. MODELO DE ADIESTRAMIENTO

El Programa de Adiestramiento consta de Unidades :

Aspectos Médico - Técnicos :

- * Sistema Nacional de Salud
- * Como hacer un Diagnóstico
- * Enfermedades causadas por el agua, alimentos contaminados y malos hábitos higiénicos.
- * Enfermedades transmitidas por insectos
- * Enfermos inmuno-prevenibles
- * Enfermedades carenciales
- * Enfermedades respiratorias
- * Enfermedades de la piel
- * Enfermedades crónicas
- * Otras enfermedades
- * Primeros Auxilios
- * Procedimientos

G. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD Y EDUCACION EN SALUD

- * Exploración de conocimiento sobre comunidad, organización, experiencia en el trabajo con la Comunidad.
- * Educación en Salud
- * Medicina Tradicional

H SANEAMIENTO

- * Concepto del Medio Ambiente y su influencia en la Salud del hombre
- * Agua
- * Disposición de desechos
- * Higiene locativa
- * Vigilancia y control de Zoonosis

Como el adiestramiento estaba orientado hacia la educación no formal y se partió de la experiencia de los sujetos educativos, se reflexionó sobre esa misma experiencia. Los resultados del adiestramiento no han llegado al Programa Rural para conocer profundamente dicha experiencia.

EVALUACION COMPLEMENTARIA

A. CAPACITACION

De las diez Promotoras evaluadas, el 60% tiene un nivel académico - bajo (menos de 6 años de escolaridad), con excepción de una todas fueron seleccionadas por su comunidad, el 60% tiene menos de 30 años de edad. El 70% tiene los conocimientos claros de la morbilidad - prevalente y demás conocimientos impartidos en la capacitación, solamente el 20% no tuvo claros estos conocimientos.

El 60% remiten adecuadamente pacientes con morbilidad complicada, - el 40% son activas en las actividades comunitarias, los demás : - unas tienen problemas dentro de la comunidad, otras les falta motivación.

El sistema de información de todas las promotoras lo tenían actualizado (aunque se encontró inconsistencia en el 20% de las promotoras). Solamente el 10% no tenía hecho el plan de trabajo.

En las visitas domiciliarias realizadas con estas Promotoras se hicieron las siguientes observaciones :

- * En muchas ocasiones las Promotoras hacen las visitas de una manera rígida, es decir, según el plan de trabajo, visitan pre-escolares o parejas sin atender otros problemas familiares o sin detectar otros problemas.
- * Muchas veces hacen su visita con el solo objetivo de llenar la tarjeta.
- * A veces hacen charlas sobre problemas que no se encuentran en la familia.
- * Fue imposible evaluar las charlas comunitarias porque las promotoras no tenían tiempo durante la evaluación para prepararlas.

Una observación interesante es que el nivel educativo de la Promotora no tiene relación con sus conocimientos, ni con la calidad de su trabajo.

A pesar de que hubo que seleccionar Promotoras con un nivel académico muy bajo, porque no se encontraba otra persona con mayor nivel - en la comunidad, la Promotora tiene muy claro los conocimientos impartidos en la capacitación y una aceptable calidad en su trabajo.

ENTRENAMIENTO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

El entrenamiento que se les hace a las Auxiliares de Enfermería que trabajan en el Programa Rural de Salud, básicamente es sobre los aspectos de Atención Primaria y el componente de Supervisión, generalmente son - Auxiliares de Enfermería que han trabajado con el Programa Materno-Infantil y tienen experiencia con los Promotores Rurales de Salud. Estas Auxiliares participan en todo el adiestramiento que se les hace a los - Promotores Rurales de Salud , tanto en las etapas concentradas como en las desconcentradas .

Durante el adiestramiento se les asigna temas y asesoría en coordinación con la Enfermera del Programa, las prácticas realizadas en el Hospital o Centro de Salud. Desde el adiestramiento establecen relaciones con el Promotor ya que posteriormente estará bajo su responsabilidad la Supervisión de los mismos. Se les responsabiliza de la disciplina de la concentración para que el Promotor identifique en la Auxiliar de Enfermería la línea jerárquica que hay : Auxiliar - Promotor. Al terminar el adiestramiento , la Auxiliar de Enfermería conoce todo el paquete de Atención Primaria e identifica cuales son sus responsabilidades.

Posteriormente, se realiza un entrenamiento a las Auxiliares de Enfermería sobre el Componente de Supervisión, el cual está dirigido a asesorar al Promotor Rural de Salud en el desempeño de las actividades en Atención Primaria , para mantener un nivel óptimo en la calidad de servicios que brinda a su Comunidad.

A. METODOLOGIA DEL ENTRENAMIENTO

El entrenamiento de las Auxiliares de Enfermería, sobre el procedimiento de Supervisión consta de 26 horas, 10 horas de teoría , 14 - de práctica y 2 para la Evaluación.

B PERSONAL DOCENTE

En este entrenamiento participan la Enfermeray el Estadístico del - Programa Rural de Salud.

C. HORARIO

El horario se establece de 8:00 - 12:00 y de 2:00 - 6:00.

D. AYUDAS DIDACTICAS Y TECNICAS EDUCATIVAS

- * Láminas
- * Tableros
- * Tizas
- * Manual
- * Sociodrama

E. EVALUACION

Se hace una evaluación al finalizar el adiestramiento, una prueba - objetiva tipo test. El entrenamiento de Auxiliares que se presen - tó anteriormente, es el que se hace cuando se está capacitando la - Promotora. Además del paquete de Atención Primaria, recibe una capa - citación específica sobre Supervisión. Posteriormente se recibe un Adiestramiento anual con base en las supervisiones hechas por la En - fermera.

Logros :

- * Capacitación de 87 Promotoras en las tres áreas del Convenio.
- * Capacitación de 15 Auxiliares en la metodología de trabajo del Programa.
- * Capacitación de 18 Voluntarios Indígenas.

Obstáculos :

- * Falta de apoyo de la UPA hacia la Promotora, en la asesoría - permanente realizada a través de la Supervisión y de la dotación necesaria para desarrollar su labor, puede llevar a la Promotora a que se anquilose.

A partir del año 1984, la asesoría y los suministros no han sido - permanentes por el déficit presupuestal del servicio.

II. SUPERVISION

Se ha demostrado que si no se dispone de un sistema adecuado de Supervisión es difícil alcanzar los objetivos que se proponen en Programas que tienen un alto componente de reasignación de funciones.

Supervisión en Salud quiere decir mas que todo asesoría, apoyo, trabajo conjunto entre Supervisor y Supervisado. Por medio de la Supervisión se identifican las áreas que deben reforzarse a través del proceso de Educación Continua. Debe haber una retroalimentación entre el Supervisor y el Supervisado para que ésta sea mas productiva y se pueda mejorar la calidad de los servicios.

A. METODOLOGIA

La Supervisión se ha enfocado hacia la cuantificación de las actividades, al control de aspectos desconociéndose si el trabajo se cumple correctamente, si los servicios se prestan según las normas y finalmente la respuesta de los usuarios a la atención brindada.

La Supervisión considera tres componentes básicos :

- * El Trabajador
- * El Sistema de Salud
- * La Comunidad

El Trabajador se supervisa en forma directa a través de dos estrategias : La primera, observando en el terreno la forma como el Trabajador realiza determinadas tareas para el cual se escogen en cada actividad, aquellas tareas que se consideran críticas para obtener un resultado eficiente y alta calidad. La segunda estrategia es controlando el resultado final de las tareas realizadas por el Trabajador.

La Supervisión es el cumplimiento de las normas establecidas para cada una de las actividades que ofrece el Sistema de Salud, se hace en forma indirecta a través de evaluaciones periódicas de las programaciones establecidas.

La Comunidad se supervisa en forma directa e indirecta analizando en una muestra de la familia la aceptación o rechazo del Programa ; la indirecta observando y analizando los cambios del comportamiento de la Comunidad frente a la utilización de los diferentes niveles de atención, cumplimiento de remisiones y participación activa en programas que organicen los líderes comunitarios, a través de los Comités Comunales de Salud.

La ampliación de la metodología nos permite que el Programa sea mas operativo. Además nos permite detectar áreas críticas encontradas en la Supervisión, planear la Educación Continua u ofrecer estímulo cuando existe un desempeño adecuado.

B. RECURSOS PARA REALIZAR LA SUPERVISION

1. Recursos Humanos

Forma parte de este recurso el equipo de trabajo del Programa Rural de Salud , que está integrado por 1 Médico, 1 Trabajadora Social, 1 Ingeniero Sanitario, 1 Enfermera, 1 Estadístico, 1 Auxiliar de Estadística , este grupo está ubicado a Nivel Seccional y se desplaza a las concentraciones, participa en la Educación Continuada, teniendo como base las áreas críticas detectadas en las diferentes Supervisiones tanto en la Auxiliar de Enfermería como la del Promotor Rural de Salud.

También participan en estas Supervisiones las Enfermeras del Materno Infantil, de Epidemiología, la de Inmunizaciones y Tuberculosis, Promotores de Saneamiento y el resto del personal de UPA, ya que el trabajo es coordinado con las diferentes Divisiones y Secciones del Servicio Seccional de Salud.

A nivel de UPA, las Auxiliares de Enfermería son las responsables directas de la Supervisión de las Promotoras Rurales: la Enfermera, el Médico, Promotor de Saneamiento, Vacunador, todo el recurso humano que forma parte de la UPA y brinda servicios de atención primaria.

2. Recursos Físicos

El Programa dota de medios de transporte y de combustible necesario a la UPA, para que el personal pueda realizar las Supervisiones programadas.¹/₂

3. Periodicidad de la Supervisión

La Supervisión que se realiza al Promotor Rural de Salud es cada dos meses. En un año se hacen 6 supervisiones, ésta es realizada por la Auxiliar de Enfermería a quien se le asignan de 6 a 8 Unidades de Cuidado Primario (U.C.P.). Estas Supervisiones son directas, ya que la Auxiliar brinda asesoría al Programa Rural de Salud en su terreno.

También se planean al año 6 concentraciones de Promotores Rurales de Salud donde se hace Educación Continuada a la Promotora Rural de Salud en la UPA, teniendo como base las áreas críticas detectadas por la Auxiliar de Enfermería en las Supervisiones.

En estas Supervisiones participan en la Educación Continuada , las Auxiliares de Enfermería, Promotores de Saneamiento, Médicos y Enfermeras según la educación que se imparta. En las Supervisiones directas a los Promotores Rurales de Salud y directa a la Auxiliar de Enfermería en la UPA.

Tanto las Supervisiones que realiza la Auxiliar de Enfermería a los Promotores Rurales de Salud como las concentraciones del programa Rural de Salud y las Supervisiones del Auxiliar de Enfermería , se establecen cronogramas para todo el año, quedando así :

6 Supervisiones directas de la Auxiliar de Enfermería al Promotor Rural de Salud. 6 Supervisiones indirectas de la Enfermera al Promotor Rural de Salud (Concentraciones). 6 Supervisiones directas de la Enfermera a la Auxiliar de Enfermería
Una supervisión al año del Grupo Coordinador a las U.C.P. , es de anotar que estas Supervisiones se establecen con esta periodicidad del primer año de implantación del Programa, mientras el personal mejora la calidad de su trabajo, posteriormente se va disminuyendo de acuerdo al desempeño del trabajador.

La aplicación de la metodología es responsabilidad de la Enfermera del Programa, en estrecha colaboración del Equipo. La Enfermera Coordina administrativamente a los funcionarios responsables de la Atención Primaria y aplica las acciones correctivas .

4. Instrumentos utilizados en la Supervisión

Se utilizan diversos formatos y formas que sirven como guía para la Supervisión y para registrar los hallazgos y éstos son :

- * Unos formatos que sirven de guía, tanto para la Enfermera como para la Auxiliar de Enfermería y ayudan a evaluar el desempeño de la Auxiliar y de la Promotora.
- * Unas formas que les sirven tanto a la Enfermera como a la Auxiliar para obtener el puntaje definitivo en la realización de las actividades.

C. EVALUACION DE LAS SUPERVISIONES DE PROMOTORES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA

El Programa Rural de Salud establece los cronogramas de Supervisión básicamente para la Auxiliar de Enfermería responsable de la UPA. Las otras personas que se vinculan a la Supervisión, ya sea la Vacunadora, Promotor de Saneamiento, Médico, etc, lo hacen a través del Jefe inmediato en coordinación con el Programa de acuerdo a la necesidad de la asesoría.

Cada UPA tiene 2 Auxiliares a cada una se le establecen días de Supervisión de acuerdo a el número de Unidades de Cuidado Primario asignadas, se tiene en cuenta también la distancia, o sea que a cada Auxiliar se le asignan 10 días por cada visita de Supervisión y en el mes que corresponden hacer la Supervisión se hacen dos salidas que equivalen a 20 días por cada Supervisión de todas las Unidades de Cuidado Primario de la UPA, esto para las Areas 1 y 2 .

CUADRO Nro. 76

EVALUACION DE LAS SUPERVISIONES REALIZADAS A LA PROMOTORIAS
1.981 A 1.984

AREAS	AÑO	Visitas de Supervisión por U.P.A.			Duración de la Supervisión (días)			Personas que Supervisan
		Programa do	Realiza do	% Cumpli do	Progra do	Realiza do	% Cumpli do	
Area 1 : BellaVista	1.981	6	6	100%	120	120	100%	Médicos, Auxiliares de Enfermería, Promotoras de Saneamiento y Vacunadora Enfermera.
UPA Piosucio	1.981	6	6	100%	120	120	100%	
UPA BellaVista	1.982	6	6	100%	120	120	100%	
UPA Riosucio	1.982	6	6	100%	120	120	100%	
UPA Bellavista	1.983	4	4	100%	80	80	100%	
Riosucio	1.983	4	4	100%	80	80	100%	
Bellavista	1.984	4	2	50%	80	40	50%	
Riosucio	1.984	4	2	50%	80	40	50%	
Area 2 : UPA Lloró	1.982	6	6	100%	96	96	100%	
Bagadó	1.982	6	6	100%	96	96	100%	
Lloró	1.983	5	5	100%	80	80	100%	
Bagadó	1.983	5	5	100%	80	80	100%	
Lloró Reg.	1.984	4	4	100%	64	32	50%	
Area 3 : UPA Istrina	1.983	4	4	100%	120	120	100%	
Taño		4	4	100%	32	32	100%	
Istrina	1.984	4	4	100%	120	120	100%	
Taño		4	4	100%	32	32	100%	
T O T A L E S		72 (100%)	73 (98.9%)		1320 (100%)	1.323 (87%)		

CUADRO Nro. 77

EVALUACION DE LAS SUPERVISIONES REALIZADAS A LAS AUXILIARES
1.981 A 1.984

AREAS	AÑO	SUPERVISION POR U.P. A.			DURACION DE LA SUPERV.			PERSONA RESPONSABLE
		Programa.	Realizado	% Cumpli	Progra..	Realizado	% Cum.	
Area 1: UPA. Bellavista	1.981	2	2	100%	4	4	100%	Enfermera U.P.A
Riosucio		2	2	100%	4	4	100%	
Bellavista	1.982	1	1	100%	2	2	100%	" "
Riosucio								
Bellavista	1.983	1	1	100%	2	2	100%	" "
Riosucio								
Bellavista	1.984	1	1	100%	2	2	100%	" "
Riosucio								
Area 2 : UPA.Lloró								
Bagadó	1.982	2	2	100%	4	4	100%	" "
Lloró								
Bagadó	1.983	1	1	100%	2	2	100%	" "
Lloró	1.984	1	1	100%	1	1	100%	" "
Bagadó								
Area 3 : UPA. La Unión								
UPA. Tadó	1.984	2	2	100%	6	6	100%	" "
TOTALES		13	13		27	27		

Para el Area 3 por ser Istmina un Municipio grande y con comunidad despocho accesibles tiene tres Auxiliares para realizar la Supervisión. En el mes se programan tres salidas, a cada Auxiliar le corresponden 10 días, 30 días de Supervisión para cada área asignada a la Auxiliar. En el Municipio de Tadó solamente hay una Auxiliar que tiene asignadas 4 U.C.P. y se les asignado solamente 8 días de Supervisión , (Ver cuadro #75).

Para la Auxiliar de Enfermería en la UPA se establecen cronogramas de Supervisión para todo el año en la UPA donde hay Enfermera, ella es la responsable de brindar asesoría permanente a la Auxiliar. Don de no hay, la hace la Enfermera del Programa Rural de Salud o la Enfermera del Programa Materno Infantil.

Previamente se capacita a la Enfermera y las Auxiliares sobre la metodología de Supervisión del Programa y sobre los instrumentos utilizados para evaluar al personal. Todas las Supervisiones a la - Auxiliar establecidas por año se le han cumplido. (Ver Cuadro #) Vale la pena destacar el apoyo por parte de la Asesora del Convenio, (ELSA VILLAFRADEZ), quien programó Seminarios e intercambios , para los Componentes de Supervisión y Capacitación para sistematizar y profundizar mas estos dos componentes en las 4 áreas.

Logros :

- * Elaboración de un Manual de Supervisión, le hace falta solamente la última revisión.
- * Diseños y formatos de Evaluación para todo el personal que trabaja en el Programa.

Obstáculos :

La única situación que bloqueó un poco la Supervisión es la falta - de Presupuesto del Servicio que no cumple con las Supervisiones de las áreas asignadas, pero hay que anotar que el porcentaje de cumplimiento todavía es alto.

III. EDUCACION CONTINUA

La Educación Continua juega un papel muy importante dentro del Programa de Atención Primaria, a través de ella se mantiene actualizado todo el recurso humano y ayuda a mejorar la calidad de los servicios de salud - ofrecidos a la Comunidad.

A los Promotores se les imparte esta Educación periódicamente, se programan por UPA 6 concentraciones de promotoras, las cuales se aprovechan - para reforzar los conocimientos de acuerdo a las fallas detectadas en la Supervisión y las sugerencias hechas por las mismas promotoras y la co - munidad, grandualmente van disminuyendo de acuerdo al desempeño de la - Promotora.

Para las Auxiliares de Enfermería se programa un adiestramiento por - año, basado también en las fallas detectadas por la Enfermera en la Su - pervisión; se tienen en cuenta las sugerencias hechas por la Auxiliar. La de los Promotores de Saneamiento es coordinada generalmente con el - Jefe de la Sección de Saneamiento Básico Rural, también es basada en la Supervisión.

Las inducciones y los Talleres hechos para el Equipo Multidisciplina - rio de la UPA, el Servicio Seccional de Salud del Chocó, el del Progra - ma Rural de Salud tienen como objetivos mantener orientado a este per - sonal en todas las actividades que se desarrollen en el Programa y sus diferentes Componentes y hacia el papel que juega la Atención Primaria dentro del Servicio Seccional de Salud del Chocó.

La programación de la Educación Continua, con su frecuencia, duración y número de participantes aparecen en el Cuadro # 5 como la descripción de bs temas dictados al recurso humano a todo nivel. (Ver cuadro # 6).

Esta Educación se ha impartido en una forma presencial a través de asesorías directas mediante visitas a las UPAS, reuniones en las mismas, en el Servicio Seccional de Salud o fuera del Departamento en sitios apropiados. También se han enviado documentos y libros al personal que lo ha solicitado. El personal encargado de la planeación es el Equipo del Programa Rural de Salud con algunos funcionarios del Servicio y del Convenio Colombo Holandés, según la circunstancia.

La programación de la Educación Continua se hace de acuerdo a las necesidades detectadas en la Supervisión y a las políticas establecidas por el Ministerio de Salud. A través de esta Educación se ha logrado que se mejore la calidad de las acciones o actividades que desempeña el personal (Auxiliares, Promotores, etc).

El Servicio de Salud generalmente ha dado apoyo financiero a estas educaciones, Algunos adiestramientos para Auxiliares y seminarios, los gastos han sido compartidos .

Logros :

- * Capacitar el Recurso Humano a todo nivel
- * Mejorar la calidad de los servicios de salud brindados a la comunidad

Obstáculos :

- * Falta de pago de los Auxiliares de desplazamiento de algunas promotoras, por falta de interés de los Auxiliares para elaborar las constancias de permanencia a las concentraciones. Pero a pesar de ésta situación las Promotoras asisten periódicamente a dichas concentraciones.

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

- 1) A pesar del bajo nivel académico de la Promotora, éste no ha incidido en el conocimiento de la Capacitación impartida.
- 2) Se ha logrado capacitar al personal de las diferentes Divisiones y Secciones al personal de la UPA sobre Atención Primaria de la Salud y sus diferentes acciones por componentes.
- 3) Mejorar la calidad de los servicios de salud brindados a la comunidad
- 4) Aunque existen déficit presupuestales en el Servicio de Salud, se ha logrado cumplir con un alto porcentaje en Supervisiones.
- 5) Las Promotoras no han perdido el interés por la Educación Continua que se imparte en las concentraciones.
- 6) El porcentaje de deserción de Promotoras durante el adiestramiento y ya trabajando ha sido muy bajo.
- 7) Se capacitaron Voluntarios Indígenas para las comunidades del Departamento.
- 8) CONCLUSION GENERAL : Es importante resaltar que a nivel de las 3 - Evaluaciones se detectaron las mismas poblaciones.

R E C O M E N D A C I O N E S

- 1) Planificar las acciones de Saneamiento de una forma mas integral, involucrando la Educación como pilar fundamental de éste componente.
- 2) Planear mejor las obras de Infraestructura
- 3) Capacitar y hacer seguimiento a las Juntas Administradoras
- 4) Participar en la programación del Servicio Seccional de Salud, para que se programen los viáticos del Promotor de Saneamiento.
- 5) Dar solución a la situación de las comunidades de Cacarica, Honda, Domingodó y Ogodó.
- 6) Aplicar diseños de Tecnología Apropriada, que solucionen los problemas de Saneamiento de las comunidades, analizar estos diseños objetivamente.
- 7) Impulsar Educación antes de realizar la instalación de las tazas sanitarias y fomentar una disposición correcta de basuras.
- 8) Frente a los episodios de morbilidad, profundizar mas en los factores condicionantes, en base a los resultados del Estudio Epidemiológico. Aunque se es consciente que los Programas de Atención Primaria en áreas marginales los resultados no son muy óptimos, para que produzcan un cambio real en la morbilidad porque ésta está relacionada con factores de tipo económico social.
- 9) Hacer énfasis en la Educación Continua de Promotoras en los controles de Embarazo y Puerperio.
- 10) Lograr que el Servicio de Salud suministre drogas a las Promotoras (antiparasitarios) para que no solo desparasite al pre-escolar y escolar, sino también a los adultos.

- 12) Hacer seguimiento a la Partera y darle la dotación necesaria
- 13) Coordinar con el Servicio de Salud la vacunación de estas áreas y que se fomentó en las UPAS.
- 14) Realizar una Evaluación de la metodología del Diagnóstico e Investigación Participativa.
- 15) Sistematizar el trabajo de Participación de la Comunidad dentro de las Comunidades, para que tenga continuidad y ésta no se desmotive.
- 16) Hacer seguimiento bien planificado de las áreas donde se ha hecho el Diagnóstico y la Evaluación Participativa.
- 17) Hacer seguimiento a los Comités de Salud
- 18) Impulsar la integración entre el Programa y la M.T.
- 19) Coordinar con el Servicio el suministro de droga y elementos de consumo para las Promotores.
- 20) Seguir reforzando y ampliando los conocimientos de la Auxiliar de la Promotora y demás miembros del Equipo de la UPA, en los aspectos relacionados con Atención Primaria y los diferentes componentes.
- 21) Coordinar Supervisiones periódicas con el Servicio de Salud, preferiblemente Multidisciplinaria.
- 22) Coordinar la Supervisión de las Promotoras y Auxiliares, con el Servicio de Salud para que se cumplan.
- 23) Programar el número de Supervisiones de acuerdo al presupuesto del Servicio, sobre todo en las áreas entregadas.
- 24) Coordinar con otras instituciones (OREWA, Servicio de Salud del Chocó, etc) el seguimiento de los Voluntarios Indígenas capacitados.

C A P I T U L O Q U I N T O

S A N E A M I E N T O

A. ANTECEDENTES GENERALES DE LAS AREAS A EVALUAR

1. Diagnóstico Preliminar Area I (AÑO 1980)

Las Comunidades visitadas dentro del Area 1 del Programa poseen un común denominador : El de la pobreza y el abandono por parte de las autoridades que las regentan. Las Comunidades del Municipio de Bojayá y Riosucio, presentan una vocación eminentemente agrícola el primero y maderas el segundo. Careciendo de fuentes de crédito y de todo tipo de asesoría Institucional. Básicamente la economía de la región es de subsistencia, los instrumentos utilizados para el cultivo de la tierra y la explotación de la madera son rudimentarios, así como los conocimientos que poseen para su labor son producto para su experiencia. Básicamente los productos que se cultivan en la región son los que no exigen ninguna clase de financiación ni de asesoría técnica, tales como el plátano, arroz, banano, ñame, papa, por ende de la alimentación como puede verse es exclusivamente a base de carbohidratos, trayendo esto como consecuencia lógica la desnutrición desde la gestación del hombre manteniéndose durante su ciclo vital.

Por ser una población con un alto índice de desnutrición, es susceptible de ser atacada constantemente de enfermedades vulnerables como la diarrea, parasitismo, anemia, paludismo, T.B.C. tifoidea, dengue, tosferina, sarampión y otras enfermedades propias del medio que son originadas por la situación antes mencionada. Así mismo se anota que las demandas de atención en

salud causadas por las enfermedades descritas no pueden ser atendidas por la carencia casi total del recurso humano y material , situación predominante en la zona y extensiva a todo el Departamento, originando ésto que la atención sea prestada por personal empírico , tales como las comadronas, el curandero o yerbatero , el brujo y otros. De todas maneras este personal presta un servicio que no puede ser desconocido, así tenga limitaciones. Esto ha conllevado a la utilización de hierbas y medicamentos de tipo casero que son los que predominan en algunas poblaciones.

La vivienda refleja la influencia cultural del ancestro africano, (las características nómadas) que obedeciendo a su forma de implantación obligatoria desde la época de la esclavitud, conlleva a una forma de asentamiento transitoria que se manifiesta todavía en la forma de construcción de las viviendas.

Los materiales utilizados para la construcción de la vivienda son propios de la región, tales como la palma, madera, guadua y paja. Estas viviendas son lacustres y están conformadas por 3 espacios básicos : zona social, de dormir y preparación de alimentos, siendo éstos insuficientes; presentándose hacinamientos en las noches, durante el día no es habitada. Esta situación es agravada por las condiciones ambientales precarias que predominan en la zona , careciendo de los servicios públicos mas elementales en su totalidad como : acueducto, alcantarillado, disposición de excretas y basuras.

La falta de educación sanitaria agrava aún mas ésta situación - pues muchas poblaciones presentan un alto índice de analfabetismo, en la población adulta una notoria deserción en la población escolar originada por la falta de maestros y por el bajo ingreso

económico de las familias, motivado ésto por la falta de un mercado y la explotación directa de los intermediarios y de las grandes compañías de madera (Bajo Atrato) con la complicidad del INDERENA e ICA, presentándose aún rezagos de modos de producción semi feudal.

Las comunidades realizan también otras actividades productivas a menor escala, tales como la caza, la pesca para lo cual utilizan también instrumentos rudimentarios de trabajo. El ingreso de las familias asciende aproximadamente a \$ 2.500 mensuales lo cual es insuficiente ya que el promedio familiar es de 6 personas y los costos por el grado de aislamiento son elevados, Vale la pena anotar que la tenencia de la tierra es parcelada del tamaño medio, motivado ésto por las condiciones geográficas (sobre riveras de ríos) así mismo el cultivo es de tipo familiar y transitorio, por las inundaciones sistemáticas, se encuentran cultivos permanentes sobre las riveras de los ríos, afluentes del Atrato donde las tierras son mas altas.

Cabe resaltar el aislamiento total a nivel social que se presenta en esta comunidad donde el único tipo de organización comunitaria es la "Acción Comunal", la cual no siempre desarrolla actividades en beneficio de la comunidad.

Los aspectos culturales de estas comunidades son influencias por los valores propios de la cultura negra, tales como : creencias y mitos en poderes sobre-culturales que dividen en buenos y en malos espíritus que también han sido influenciados por otros valores culturales mediante el proceso de aculturación que se vivió desde la época de la Colonia.

2. Diagnostico Preliminar Area 2 (AÑO 1981)

Las Comunidades de los Municipio de Lloró y Bagadó, presentan una vocación minera . La minería es el primer renglón de la economía, ésta se lleva a cabo con métodos rudimentarios tradicionales del hombre chocoano, sin embargo existen algunos nativos que utilizan motobombas de gasolina para remover las entrañas de la tierra y de ésta forma sacar el sustento de su familia; existieron industrias mineras a gran escala, explotación con dragas de vapor y rendimiento pero solamente quedaron montañas de piedras inútiles.

El segundo lugar lo ocupa la agricultura, las tareas agrícolas y los cultivos solo son subsistencia. Utilizan para la minería y la agricultura instrumentos rudimentarios. Solo a partir de 1980 el DIAR y CODECHOCO , establecieron en la zona un Programa Agrícola con formación de Promotores, los cuales sirven de multiplicadores y el campesino recibe asesoría técnica según la necesidad del mismo.

La situación de salud es similar a la del resto del Departamento, cuyo común denominador es la falta de infraestructura y recursos de todo tipo. El problema de la desnutrición cubre con su sombra toda la región, además de la diarrea, P.P.I. , T.B.C. fiebre tifoidea, algunas transmisibles, paludismo y dengue. En esta área existen dos Centros de Salud con camas, cada uno con un Médico y un personal auxiliar insuficiente, carecen de la dotación mínima, las actividades hospitalarias están supremamente restringidas debido a la deficiente dotación. Solamente se puede atender casos de extrema urgencia, hidratación y partos normales. Cuentan con -

una sola Odontóloga en el Centro de Salud de Lloró y no hay Programa de Salud Oral sistematizado, solamente se hacen extracciones y se atienden urgencias.

Las Promotoras que existen en la región fueron capacitadas por el Servicio Seccional de Salud del Chocó a través del Programa Materno Infantil, no tienen la dotación mínima para trabajar como tampoco reciben Supervisión por los déficit presupuestales del Servicio de Salud, no se les puede pagar viáticos al personal. 1

En cada uno de los Centros de Salud está ubicado un Promotor de Saneamiento, que de las actividades que les corresponden realizar - solamente hacen un examen post-mortem de los pocos ovinos y porcinos que se sacrifican.

En el Centro de Salud de Lloró cuentan con energía eléctrica permanente que facilita la atención odontológica permanente y el almacenamiento de biológicos, en el Centro de Salud de Bagadó no tienen esta ventaja. En toda el área no existe acueducto ni alcantarillado.

Existen solamente 3 Puestos de Salud en el Municipio de Bagadó, sin dotación; el Municipio de Lloró carece de Puesto de Salud. Ambos Centros tienen asignados un motorista, pero no cuenta con medios de transporte. El problema educativo en las cabeceras municipales no es tan agudo, puesto que existen Centros de enseñanza primaria y media en Lloró y Bagadó; pero en las Veredas como en el Medio y Bajo Atrato no tienen maestros, aumentando los índices de analfabetismo en la población.

El ingreso de la familia es muy bajo entre los \$ 3.000 y \$ 3.500 mensuales lo cual es insuficiente, ya que el promedio familiar es de 7 personas. No existen grandes terratenientes, la tenencia de la tierra es parcelada de tamaño mediano. Es de anotar que la vocación es eminentemente minera.

Las viviendas de esta zona tienen 3 espacios básicos, zona social, dormitorio y cocina; en algunos casos existe un solo espacio que cumple éstas 3 funciones. Los materiales usados son palma, zinc, madera y guadua. La mayoría carecen de servicios básicos, consumen agua de río y la disposición de excretas y basuras es hecha en los ríos. Predomina la mala higiene locativa. Casi todas las viviendas son foco de infección por artrópodos y roedores.

El transporte se hace por río todo el trayecto. Solo se puede viajar en panga rápido hasta Lloró, pues de allí en adelante debe hacerse en casco de madera, debido a los múltiples torrentes y caudales que tienen ambos ríos puede garantizarse la presencia constante del Programa hasta la Sierra (Vereda de Bagadó). De San Marino en adelante se puede llegar cuando el río lo permite, porque cuando éste está muy seco o muy crecido hay peligro de naufragar en los caudales. Además se necesita un motorista experto que conozca el río para evitar futuros accidentes.

3. Diagnóstico Preliminar Area 3 (AÑO 1982)

Las Comunidades de Istmina y Tadó no tienen industria de consideración, pero puede mencionarse la minería, la agricultura y la cría de animales domésticos, predominando la minería por el sistema de mazamorreo, cuyos materiales oro y platino se extraen del lecho de sus ríos, quebradas y playas. Gran parte de su territorio está dedicado a la explotación auroplatinífera mecanizada, pues la Compañía Mineros del Chocó, tiene su principal asiento en el Corregimiento de Andagoya, en donde con dragas se realizan la explotación de los recursos y riquezas naturales no renovables, sin que el Chocó y mucho menos su gente del San Juan reciba algún tipo de compensación a cambio de la esterilidad de su suelo y sub-suelo.

La agricultura tiene características de auto-abastecimiento, cultivan algún tipo de hortalizas y árboles frutales, como también algún tipo de animales domésticos, como aves de corral y ganado porcino que son considerado parte de la huerta. Ninguna de las familias cultivan leguminosas. Gran parte de la población de la parte baja del San Juan se dedica al corte de madera, producto éste que es vendido en los grandes aserríos que existen en la zona. En la zona hay 20 aserríos en funcionamiento generando empleo para el 7% de la población, las duras condiciones laborales y la inexistente seguridad social, hacen que los trabajadores desarrollen sus actividades y su vida en condiciones infrahumanas. En las actividades productivas participan todos los miembros del núcleo familiar, padres, niños, en edad escolar y otros particulares allegados.

El ingreso aproximado de las familias es de \$ 3.932, de ésto se deriva su sustento entre 6 y 7 personas que es básicamente el número aproximado de las personas por familias. En la zona hay agencias o Entidades estatales que permiten asistencia técnica y créditos al campesino para el desarrollo agroforestal.

Las características socio-económicas actuales del área del Bajo San Juan permiten profundizar un poco en su historia, por eso vale la pena remontarse al año 1906, cuando inició operaciones mineras MISTER HENRY C. GRENGER, en los bocas del San Juan y - del Atrato con la primera draga que entró a el Chocó. Posteriormente en 1907 el Presidente RAFAEL REYES, dió la conseción minera del río Condoto al General JOSE CICERON CASTRILLON, - quien vendió a la ANGLO COLOMBIANA DEVELOPMENT COMPANY, sus derechos donde así inició las instalaciones de talleres y campamentos en Andagoya de la futura Compañía Minera del Chocó Pacífico, la cual surgió cuando MISTER GRENGER y los nuevos compradores - en 1916 se funcionaron en la empresa hasta Junio de 1974, cuando surge la farsa de la colombianización, se llamó CHOCO-PACIFICO

Una visión de la producción de la Chocó Pacífico la puede dar - el año de 1942, cuando la sola producción de oro ascendía a - 33.439 onzas troy y la de platino a 25.574 onzas troy, de éste al nativo no le quedaba sino salarios de hambre, enfermedades y de más flagelos de la marginalidad.

Las principales causas de la morbilidad general fueron : Diarrea, fiebre, gripa, paludismo, parásitos, dolor de cabeza , cuerpo y estómago, presión.

En el área funcionan 8 Puestos de Salud que carecen de dotación mínima necesaria para brindar una atención eficaz a las poblaciones, de la misma manera el deterioro de los locales y del poco equipo que poseen exigen por parte del Servicio Seccional de Salud del Chocó una acción inmediata que permita la recuperación y operatividad de éstos organismos de atención. La extensión geográfica del área exige para el desarrollo de la Atención Primaria, que por lo menos exista una Sede de UPA en una área intermedia del Bajo San Juan, la cual puede ubicarse en la Vereda de palestina para brindar su apoyo técnico y logístico a las U.C.P. denominada en la parte mas baja del área.

Cuentan con 28 Promotoras Rurales de Salud, 29 Ayudantes de Enfermería, 18 Auxiliares de Enfermería, 2 Vacunadores, 2 Odontólogos, 1 Bacterióloga, 3 Enfermeras Profesionales, 2 Higienistas Dentales, 1 Dietista, 3 Promotores de Saneamiento, 4 Médicos Rurales.

Las viviendas de esta zona al igual que la mayoría de las viviendas de la Zona Rural del Chocó, constan de tres espacios básicos zona social, dormitorio y cocina y en algunos casos existe solo un espacio que cumple las tres funciones. Los materiales usados en la construcción son los mismos usados en las otras zonas.

La disposición de excretas y basuras también se hacen en el río. La mayoría de las viviendas consumen agua de lluvia, los abastos de agua lluvia son a nivel familiar, carecen de la mas mínima protección. Solo un mínimo porcentaje de la población usan inodoros y letrinas.

En la actualidad funcionan 20 escuelas las cuales carecen de dotación mínima, la insuficiencia locativa y el mal estado de los locales, son una constante en todas las veredas; así mismo, es superior la demanda de la oferta institucional.

Si se toma en cuenta que en esta zona se encuentra el mayor conglomerado indígena del Departamento y que los contenidos educativos y curriculares no corresponden a la realidad socio-cultural del indígena, conllevando a que se gesten un nuevo proceso de aculturación contra la población indígena. En esta zona es conocida o marcada la influencia cultural africana e indígena, rica en direcciones folclóricas con una cosmovisión propia de su mundo, donde los ritos, mitos, danzas, cantos, costumbres, creencias ejercen marcada influencia en el hombre frente a su desarrollo histórico y a su concepción de factores con la Salud y la Enfermedad, los cuales hay que tener en cuenta para el diseño de una política de Atención Primaria en Salud Integral.

Se tiene que pensar que se va a trabajar con dos grupos humanos, que si bien los une la marginalidad, los separan tradiciones culturales que con el paso de los años se han intercambiado, pero que en su esencia se conservan como expresión de nuestros propios orígenes.

B. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA EVALUACION

Los instrumentos utilizados para la Evaluación basada en el sub-sistema de información manejado por la Promotora son :

1. Tarjetas de Registro sistemático CIMDER

El sistema de información de la "Caja Maestra" del sistema del Servicio Seccional de Salud - Atención Primaria, está compuesta por un conjunto de tarjetas que sirve para hacer el registro

sistemático de la Atención de Salud, que el Promotor realiza en las personas y el medio ambiente y para motivar a la Comunidad hacia la participación en los programas del mejoramiento de su bienestar.

Son diez tarjetas que se presentan por cada cara

TARJETAS CIMDER :

01	Familia	Color Amarilla
02	Vivienda	" " " "
03	Pre-escolar y niños menores de 6 años	" " Azul
04	Escolar niño de 6 a 14 años	" " " "
05	Adultos	" " Blanco
06	Parejas	" " " "
07	Riesgo materno	" " Verde
08	Embarazo, Parto y Puerperio	" " " "
09	Organización Participación a la Comunidad	" " Rosado
10	Recursos de la Comunidad	" " " "

Cada tarjeta tiene instrucciones para su registro y manejo, en esta evaluación no se pretende presentar detalladamente el sub-sistema de información ; si el lector está interesado en conocerlo, revise el Manual de la Caja Maestra de CIMDER.

2. Indicadores

Los indicadores utilizados en el Programa son los siguientes .
(Ver Anexo # 1).

3. Instrumentos utilizados para la Evaluación complementaria

La morbi-mortalidad, la cobertura de vacunación de familias con abastos de agua, número de remisiones, número de Comités de Salud, episodios de morbilidad atendidos o remitidos por la Promotora, etc, se pueden evaluar con los datos existentes. Dicha información la dá el subsistema de información CIMDER, que es manejada por la Promotora.

Estos datos son valiosos pero presentan las siguientes limitaciones :

- * Sub-registros de morbilidad
- * No incluyen todas las actividades desarrolladas en el Programa
- * Pueden presentar inconfiabilidad por incumplimiento de la Promotora
- * No permiten un análisis concreto de la calidad de trabajo y los obstáculos existentes para mejorarlo.

Para complementar y profundizar estos datos de progreso se decidió hacer una evaluación complementaria en el terreno que permitió detectar y estimar el grado de confiabilidad de los datos existentes.

Incluir aspectos cualitativos :

- * Grado de concientización de la Comunidad-
- * Uso y mantenimiento de los Abastos de Agua
- * Aceptabilidad del Programa
- * Apoyo de la UPA a la Promotora (Supervisión, remisión, suministros, etc).
- * Grado de Participación de la Comunidad

Para diseñar el instrumento se tuvo en cuenta los objetivos específicos relacionados con cada actividad, se definió como medir - el progreso de la actividad y los posibles obstáculos, para así poder definir cual era el instrumento mas adecuado (Ver Anexo # 2). Además de los instrumentos se tuvo en cuenta, la observación directa, reunión con la comunidad, visitas domiciliarias, entrevistas con la Promotora y personal de UPA. La discusión con la comunidad y con las familias fue importante para poder detectar - un poco de aceptabilidad del Programa, lo mismo que las entrevistas con el personal permitió evaluar su trabajo, e identificar - los factores que le pueden impedir sus tareas como :

- * Falta de recursos físicos
- * Falta de apoyo
- * Falta de aceptabilidad
- * Falta de accesibilidad
- * Falta de eficiencia, etc

Fue necesario analizar el papel de todos los recursos humanos en cada nivel en todas las actividades . El total de las actividades de cada funcionario dió una descripción de su trabajo y un listado de tareas a evaluar, por observación, entrevista o de otra manera por funcionamiento.

4. Instrumentos utilizados para la Evaluación Participativa

Se diseñó una guía general de las actividades que se realizaron en el Programa, para aplicarla a nivel comunitario (asambleas comunitarias) con ésta guía se lograron discusiones, opiniones , observaciones cualitativas del Programa, por parte de la Comunidad beneficiaria y de los trabajadores operativos locales de la Atención Primaria.

La guía tiene como objetivo obtener datos de opinión de las comunidades para confrontarlos con los datos del sub-sistema información de la Promotora, se tuvieron en cuenta para el diseño de la guía, los resultados de la Investigación Participativa en Bellavista y Bagadó que fueron el punto de partida para confrontar las acciones propias de la comunidad, desarrolladas de acuerdo a priorización de necesidades por la misma comunidad. También se hizo una revisión de la evaluación complementaria del Programa.

C. UNIVERSO

Esta Evaluación contiene : Una Evaluación basada en el sub-sistema de información CIMDER, manejada por la Promotora y una Evaluación Complementaria para profundizar mas algunos componentes. Y la Evaluación Participativa del Programa , que involucra el proceso mismo de la Investigación Participativa.

Vale la pena describir el universo que se tuvo en cuenta para realizar dichas evaluaciones. Para la Evaluación hecha a través del sub-sistema información CIMDER que maneja la Promotora, el Universo elegido fueron los sujetos de programación a quien están dirigidas las acciones de la Promotora (El pre-escolar, escolar, pareja, adulto, etc) de todas las comunidades del area programática.

Para la Evaluación Complementaria: Se tuvo en cuenta todo el recurso humano involucrado en el Programa de Atención Primaria, tanto en la cabecera como en el área rural (personal de la UPA, U.C.P. y de la Comunidad).

La Evaluación Participativa del Programa : El Universo utilizado fueron todos los adultos de las comunidades seleccionadas.

D. SELECCION DE LA MUESTRA

Para la Evaluación utilizada en el sub-sistema de información CIMDER manejado por la Promotora, se tomó toda la población del área programática del Programa de Atención Primaria, a quien va dirigida la atención por la Promotora (100% de la población).

Para la Evaluación Complementaria : Por falta de tiempo y recurso no fue posible hacer las encuestas en todas las comunidades del área programática. Se seleccionaron 2 U.C.P. al azar en cada Municipio, el total de comunidades seleccionadas fueron 8, o sea el 20% de la población. En cada comunidad se hizo un promedio de 5 visitas domiciliarias en viviendas también seleccionadas al azar. En total se realizaron 39 visitas domiciliarias o sea un 2% de las viviendas del área. En cada visita se evaluó también la visita hecha por la Promotora. En cada casa se seleccionó un niño nacido en la época en que el Programa ha estado funcionando, se le preguntó a la madre sobre su vacunación, parto, etc.

Las Comunidades seleccionadas fueron :

LA BOBA	UPA .	BOJAYA
PUERTO MARTINES		
LA GRANDE	UPA	RIOSUCIO
LA HONDA		
LA VUELTA	UPA	LLORO
OGODO		
SALTO	UPA	BAGADO
LA SIERRA	UPA	ISIMINA
	UPA	TADO

En las comunidades fuera de la nuestra seleccionada con excepción de: Caçarica, Chintadó, Pedeguita, Domingodó (Municipio de Ríosucio); San José de la Calle (Municipio de Bojayá); Nipurdú, Guaitadó, el Llano (Municipio de Lloró); Muchichí y la Sierra (Bagadó), se realizó una visita en que se hizo una entrevista con la Promotora, Líderes y Agentes de la Medicina Tradicional, si estaban presentes el día de la visita, Se viisitó el 75% de las comunidades.

Para la Evaluación Participativa : Los criterios que se tuvieron en cuenta para la selección de las comunidades fueron :

- * Seleccionar 3 comunidades por UPA
- * Una en donde el Programa tenga un alto desarrollo de sus componentes, una aceptación y una respuesta.
- * Una de mediano desarrollo y mediana respuesta
- * Una de bajo desarrollo y mínima respuesta comunitaria a las acciones.

Las Comunidades seleccionadas fueron :

CHAMBARE	A		
SAN MARINO	M	U.P.A.	BAGADO
PLAYA BONITA	B		
EL TIGRE	A		
PUERTO MARTINEZ	M	UPA	BOJAYA
NAPIPI	B		
CALLE LARGA	A		
OGODO	M	UPA	LLORO
EL LLANO	B		

CURBARADO	A		
LA NUEVA	M	UPA	RIOSUCIO
LA GRANDE	B		

Del total de las 44 comunidades del área programática se hizo la Evaluación en 12, correspondiente a el 27.2% de dichas comunidades.

En el Area 3 del San Juan, por no haberse iniciado un proceso participativo, no se seleccionaron comunidades.

E. RECOLECCION DE LA INFORMACION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para recoger la información de la Evaluación basada en el sub-sistema de información CIMDER, manejado por la Promotora, se revisaron todos los informes de progresos anuales, donde se encuentran condensados todos los datos que arrojan las tarjetas CIMDER, con base en una planeación de contactos anuales que hace la Promotora (plan de trabajo). Para la presente Evaluación se tomó la información de los años 1981, 1982, 1983 y 1984, los datos fueron condensados por área de acuerdo a el año en que se empezó a implementar el Programa'

Para el procesamiento de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos::

- * Resumen periódico de datos
- * Cuadros de consolidación de datos (Resumen de Atención Primaria Integral).
- * Cuadro de salida de datos para indicadores

La información fue revisada para buscar inconsistencia. Se utilizó como instrumento las tarjetas de Registro Sistemático. Una vez realizada esta revisión se tabularon manualmente las actividades por cada año en el formulario resumen periódico de datos. La información obtenida por sujetos de programación, se presenta en cuadros por año de trabajo en cada área.

la tendencia de la morbilidad aparece en gráfico basado en la clasificación de enfermedades CIMDER que maneja la Promotora, se tomaron las tasas de los episodios por año. A partir de éstos gráficos se analizan las tendencias y los cambios en la morbilidad de las áreas seleccionadas.

Para la Evaluación Complementaria de los diferentes Componentes del Programa. Se aplicaron encuestas en el terreno con base en los formularios diseñados, haciendo visitas domiciliarias, reuniones comunitarias y reunión con Líderes, Médicos Tradicionales, Promotoras, Parteras, Comités de Salud y Juntas Administradoras.

Los formularios aplicados fueron cinco :

1. Un Formulario para recoger información que permitió evaluar las actividades que se desarrollan en la UPA.
2. Un formulario para la Promotora, que permitió recoger datos para evaluar el perfil de la Promotora, calidad del trabajo, dotación y suministro.
3. Un Formulario para la comunidad que permitió obtener la opinión de la comunidad acerca del Programa, necesidades sentidas, etc.
4. Un Formulario para obtener datos sobre las actividades que se desarrollan en la familia de acuerdo a lo planeado.

5. Un formulario para evaluar el conocimiento adquirido para la Partera en los adiestramientos.

Antes de aplicarlos fueron aprobados en 2 comunidades y adaptados - según la prueba realizada. La información obtenida se tabuló manualmente y sirvió para complementar el análisis de los datos por Componentes.

Para la Evaluación Participativa : Se aplicó una guía general donde se describe que se quiere evaluar por componente; solamente aparecen los aspectos descritos, no hay diseño de formulario. Los datos obtenidos a través de esta guía también se tabularon manualmente y - quedaron plasmados en las opiniones de las comunidades sobre las actividades ejecutadas por el Programa.

F. RESULTADO Y ANALISIS DE LOS DATOS

1. **Promoción y Consumo de Alimentos Primarios Básicos**

La promoción que ha hecho el Agente de Salud, Promotora para me-jorar la producción y el consumo de alimentos primarios básicos a través del fomento de granjas familiares, escolares o comunitaria presenta las características porcentuales que muestran los - Cuadros 5, 6 y 7.

Las calificaciones significan :

- 5 a la familia que produce y consume
- 3 a la familia que produce y consume
- 2 a la familia que no produce pero tiene terreno para producir
- X a la familia que no produce y no tiene terreno para producir

Los datos nos muestran que en los grupos de alimentos, proteína animal, hortalizas, frutas y carbohidratos, las familias siguen sus hábitos de consumo y dando mas importancia a la producción como fuente primaria de su sustento. El grupo de proteína vegetal se mantiene inmodificable en todas las áreas y nos muestra la falta de tradición de la producción de ese tipo de alimento y la falta de hábitos de consumo.

Se cree que para modificar el comportamiento en la producción y consumo de alimentos primarios básicos es necesario impulsar mas la Educación en Salud , adaptada a el valor nutritivo de los alimentos que se producen en la región ; como también poder introducir la asesoría técnica en cuanto a el fomento de huertas o azoteas bien sea a nivel familiar o comunitario orientadas a la producción de proteína vegetal ya que algunas familias no producen , pero tienen terreno para producir.

Los datos obtenidos del sub-sistema de información de la Promotora, no permiten determinar la frecuencia de la producción y consumo de éstos alimentos, no se consideran tan representativos, por eso en el Programa se hizo un estudio en varias comunidades de los factores condicionantes del estado nutricional de la población menor de 5 años, para así poder obtener un análisis mas profundo acerca de la producción y consumo de alimentos y otros aspectos que permitan relacionarlo con el estado nutricional de estas comunidades.

C U A D R O N o . 5

PROMOCION A LA PRODUCCION Y CONSUMO DE ALIMENTOS PRIMARIOS BASICOS EN EL

A R E A 1

C H O C O - 1981 - 1984

CALIFICACION →	1 9 8 1				1 9 8 2				1 9 8 3				1 9 8 4			
	5	3	2	X	5	3	2	X	5	3	2	X	5	3	2	X
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
PROTEINA ANIMAL	65.8	3.3	27.8	3.1	72.4	5.6	18.3	3.7	87.6	5.4	5.3	1.7	89.1	0.6	8.7	1.6
PROTEINA VEGETAL	12.7	2.2	73.7	11.4	27.7	7.4	58.9	6.0	32.4	0.9	65.0	1.7	14.7	0.3	83.3	1.6
HORTALIZAS y FRUTOS	53.5	2.0	37.3	7.2	64.9	9.3	21.7	4.1	77.2	7.7	13.0	2.1	85.8	1.3	11.3	1.6
CARBOHIDRATOS	70.9	1.5	20.2	7.5	76.6	4.0	13.9	5.4	87.6	5.0	4.7	2.7	91.7	0.5	6.2	1.6

CUADRO No. 6

PROMOCION A LA PRODUCCION Y CONSUMO DE ALIMENTOS PRIMARIOS BASICOS EN EL

A R E A 2

CHOCO - 1982 - 1984

CALIFICACION →	1 9 8 2				1 9 8 3				1 9 8 4			
	5	3	2	X	5	3	2	X	5	3	2	X
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
PROTEINA ANIMAL	80.3	7.9	10.2	1.6	93.2	0.2	6.0	0.6	90.8	0.6	8.3	0.3
PROTEINA VEGETAL	1.3	3.1	93.1	2.5	3.3	0	95.3	1.4	1.3	0.1	98.2	0.4
HORTALIZAS y FRUTOS	73.7	5.3	18.5	2.5	90.8	0	8.3	0.9	90.7	0.3	8.6	0.4
CARBOHIDRATOS	85.9	0.4	9.5	4.2	91.8	0	7.3	0.9	94.3	0.1	5.2	0.4

C U A D R O N o . 7

PROMOCION A LA PRODUCCION Y CONSUMO DE ALIMENTOS PRIMARIOS BASICOS EN EL

A R E A 3

C H O C O - 1983 - 1984

CALIFICACION →	1 9 8 3				1 9 8 4			
	5	3	2	X	5	3	2	X
	%	%	%	%	%	%	%	%
PROTEINA ANIMAL	70.7	4.8	17.6	6.9	70.0	6.3	22.1	1.6
PROTEINA VEGETAL	6.9	5.8	79.2	8.1	6.7	0.6	91.0	1.7
HORTALIZAS y FRUTOS	59.2	6.0	27.2	7.6	54.7	7.7	35.9	1.7
CARBOHIDRATOS	71.5	5.0	13.9	9.6	69.7	1.4	27.2	1.7

COMPONENTES DE LA ATENCION PRIMARIA

A. SANEAMIENTO AMBIENTAL

1. Descripción de las experiencias en el Componente de Saneamiento Ambiental.

Hasta hace poco tiempo el hombre no tiene muy claro la importancia de la conservación de su ambiente y había adaptado una actitud de indiferencia relacionada con su medio. Esta perfectamente comprobado que de todas las enfermedades controlables que asotan a la comunidad, las mas comunes y destructivas son aquellas que se originan en el medio ambiente,

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud - (septiembre/78) donde se planteó la necesidad de lograr la salud para todos en el año 2.000. Los países asistentes entre ellos Colombia, firmaron la declaración de ALMA-ATA que dentro de sus objetivos principales en materia de Saneamiento, busca alcanzar para el año 2.000, el abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico para toda la población. De ahí el interés - del Programa en impulsar actividades y obras de infraestructura teniendo como base la Tecnología Apropiada.

El Proyecto inicial del Programa Rural de Salud no contemplaba - obras de Infraestructura ni Saneamiento Básico, sin embargo las comunidades del Medio y Bajo Atrato dieron como necesidad sentida la falta de agua segura y plantearon el aprovechamiento de - las Aguas Lluvias.

A partir de 1981 se comenzaron a programar acciones en abastecimientos de agua en el Municipio de Bojayá. Las actividades del Componente de Saneamiento en las áreas del Programa de Salud, - ha tenido mayor prioridad en la solución del problema de agua, seguido por el mejoramiento de la disposición de excretas, basuras y adecuación sanitaria.

2. Abastos de Agua

Dadas las características del Medio y Bajo Atrato, se instalaron Abastos de Agua Lluvia y solamente se pudo diseñar y construir en una Comunidad el Acueducto por Gravedad. En la región del Alto Atrato, la mayoría de las obras terminadas y en construcción son acueductos por gravedad. Hasta la fecha de las 39 comunidades (de los Municipios de Lloró, Bagadó, Bellavista y Ríosucio) donde se han programado pequeños Abastos de Agua, - se han cubierto 36 comunidades con una cobertura de 7.179 habitantes (81.97 % de la población a entender).

3. Disposición de Excretas

Para los Municipios de Bellavista y Ríosucio se ha buscado una solución apropiada para la disposición de excretas, pero debido al alto nivel freático y por ser una zona inundable impidieron la construcción de letrinas de hoyo seco o tazas sanitarias; - por tal razón el sistema de letrina flotante es el método más utilizado en el Medio y Bajo Atrato pareciendo una buena solución. Los modelos tradicionales se modificaron y se dió inicio a la promoción y construcción de letrinas flotantes en las poblaciones con disposición de este sistema.

Nose justificaba que en las comunidades del Municipio de Bagadó, una vez terminados los Abastos por gravedad no se diera solución al problema de las excretas, por tal razón se inició el Programa de Tazas Sanitarias para 6 comunidades y se construyeron dos Unidades Sanitarias para Engrivado y San Marino.

4. Tecnología Apropriada

Durante la instalación de los Abastos de Agua Lluvia se identificaron algunas comunidades , que por su tamaño resultaba impracticable este sistema , por tal razón se pensó que serían los lugares indicados para instalar Abastos de Agua, utilizando los prototipos de Tecnología Apropriada desarrollados por la Universidad de los Andes (Rio-bomba y Microplanta de tratamiento). Una de esas Comunidades es Curbaradó donde está terminada la estructura de madera de los tanques de almacenamiento, la red de la carga y distribución y las pilas públicas, han tenido problemas los Abastos de Agua con la río-bomba, lo que ha demostrado que falta perfeccionar mas para obtener un óptimo resultado .

La Microplanta está terminada pero por problemas de estabilidad del suelo, la estructura que la soportaba se inclinó. Los trabajos que faltan para dar al servicio el acueducto es la reconstrucción de la estructura de madera de la Microplanta y reparación de la río-bomba. De acuerdo a los resultados de la río-bomba en Curbaradó se instalaría otra en Domingodó, pero debido a los problemas presentados por la río-bomba, la solución al problema del agua está por definir.

5. Diagnóstico Sanitario

En el año de 1983 se desarrolló en los Municipios de Bagadó, Bojayá y Ríosucio, un Diagnóstico Sanitario con el fin de recolectar la siguiente información :

- * Censo de población
- * Número de viviendas
- * Si hay hacinamientos
- * Tipos de Abastecimiento de Agua
- * Tipo y disposición final de excretas
- * Disposición final de basuras
- * Estado general de la vivienda y la cocina
- * Zoonosis, número de caninos y felinos y animales domésticos
- * Información general sobre área pública

Con la información anterior una vez procesados los datos obtenidos, darán un verdadero Diagnóstico del estado sanitario de las comunidades cubiertas por el Programa y un inventario de la infraestructura existente.

6. Análisis de Datos basados en el sub-sistema de información CIMDER manejado por el Promotor Rural de Salud y Evaluación Complementaria

a. Fuente de Agua

Como dato importante encontramos que la principal fuente de agua para consumo humano ha dejado de ser el río o quebrada y hoy encontramos que para áreas 1 y 2, las 2/3 partes de las viviendas consumen agua lluvia y/o acueducto (Cuadros 8, 9 y 10).

En el área 3 los índices muestran la misma estructura en los dos años de funcionamiento del Programa, por cuanto no se ha desarrollado aún ningún tipo de infraestructura.

b. Tratamiento del Agua

En las áreas 1 y 2 las familias siguen con la misma posibilidad de tratamiento de agua, lo cual es hervirla. Las otras formas de desinfectar el agua siguen sin valores significativos, pues como hemos señalado este tipo de acción en Saneamiento requieren de inversión, dotación y suministro permanente.

En cuanto a la ebullición del agua en el Area 1 el porcentaje de las familias que hierven el agua en relación a la situación inicial es 8.9% (1980) ha aumentado en los 4 años (1981- a 1984) oscila entre el 24% y el 27% pero no se puede considerar significativo, pues parece ser que la comunidad no le da mucha importancia y la educación que da la promotora no ha tenido continuidad, además puede ser que hervirla resulte costoso porque generalmente la leña hay que traerla del monte; habría que hacer la relación hora-hombre (tiempo utilizado) para transportarla, cantidad de leña que gasta, de allí que solamente la gastan para cocinar.

También es difícil cambiar este comportamiento tan a corto plazo. En el área 2 se ha logrado un porcentaje aceptable en relación a la situación inicial del 36.8% en 1981: 53.8 y 52.6 en los años 1982 y 1983, pero llama la atención la pérdida del hábito de hervir el agua, porque en 1984 el porcentaje ha bajado a 34.5% parece ser que ha influido el cambio

en la periodicidad de las Supervisiones, las Auxiliares de Enfermería no han podido asesorar permanentemente a la Promotora y a la Comunidad en este aspecto.

En el área 3 apenas se está implantando el componente, sólo se ha impulsado la Educación en Salud lo cual no muestra resultados significativos a tan corto plazo.

La mayor parte de las basuras es material biodegradable, por esta razón el sistema mas adecuado que se podría impulsar es el de almacenamiento de basuras en silo para abono orgánico. Los otros sistemas a más de ser poco aprovechables son inadecuados por razones climáticas. Sin embargo el porcentaje de familias que hacen la disposición en silos para abono orgánico, sigue siendo insignificante para las 3 áreas y contradictoriamente se sigue haciendo la disposición superficial en los ríos o quebradas que son los sistemas que mayores problemas de contaminación producen. Parece ser que ha faltado mas énfasis en la orientación a la comunidad hacia una correcta disposición de basuras.

7. Excretas

En cuanto al tipo de sistema que se ha utilizado podríamos decir que sigue siendo ninguno, entendido como el sistema diferente a Letrina, taza o inodoro para las 3 áreas ; pero es importante anotar que en el área 1 se ha venido impulsando la construcción y mejoramiento de "Letrinas Flotantes", solución tradicional y única tecnología económicamente posible en el Medio y Bajo Atrato.

En el área 2 aunque tiene mayores posibilidades técnicas los trabajos han sido lentos por la falta de recursos, por eso los índices tan poco son significativos.

La disposición final para el área 3 sigue siendo el río o quebrada y un 10% subterránea. La disposición superficial es significativa en el área 3 del San Juan que paso en 1983 a 1984 del 11% al 15%.

8. Higiene Locativa

Los índices muestran un cambio sustancial en los de la higiene locativa a partir del año 1982 y se mantienen hasta hoy, tanto en el área 1 como en el área 2. Se cree que la Educación en Salud impartida ha influido, seguir mejorando los índices implicaría que la comunidad tuviera acceso a Programas de Mejoramiento de Vivienda bien orientados, diseños con materiales de la región acompañado de una educación y una participación activa de la Comunidad, como también se elabora un nivel económico; como se puede ver este tipo de programa se podría lograr si fuera una integración Institucional y los recursos bien canalizados, elevare el nivel económico no está al alcance ni de los Agentes de Salud ni de las Comunidades.

Los otros parámetros de la higiene locativa con son infestación por artrópodos y roedores se siguen compartiendo de igual manera para todas las áreas, al igual que el número de dormitorios por vivienda que nos sigue mostrando, según promedio de personas por vivienda y el área promedio de la misma, un alto grado de hacinamiento.

9. Control de Rabia

Tenemos que repetir que aunque la rabia no es exclusiva para las especies felinas y caninas, se trabajó con estos dos especímenes por razones prácticas. El promedio de animales por vivienda se ha mantenido hasta 1984. Los índices de mordedores tienen una tendencia descendente y favorablemente los vacunados muestran una notoria tendencia ascendente.

La concentración de contactos a la vivienda entendida como visita, que las promotoras hacen con fines exclusivos de actividades sanitarias, se mantienen en el 100% de comportamiento según lo programado. (2 visitas al año).

10 Resumen

De un total de 834 viviendas en el área 1 en 1984, 293 viviendas necesitan fuente de agua adecuada, 616 necesitan tratamiento de agua, 587 necesitan adecuadamente disponer las basuras, 676 necesitan de un sistema de Disposición de Excretas adecuado.

De 521 perros y gatos, 263 quedaron sin vacunación antirrábica.,

En el área 2 de un total de 699 viviendas en 1984 :

241 viviendas necesitan fuente de agua adecuada
457 necesitan tratamiento de agua
595 necesitan disponer adecuadamente las basuras
613 necesitan de un sistema de disposición de excretas adecuado

De 419 perros y gatos, 359 quedaron sin la vacuna antirrábica.

En el área 3 de un total de 1619 viviendas para 1984 :

- 907 viviendas necesitan fuente adecuada de agua
- 1306 necesitan tratamiento de agua
- 1408 necesitan disponer las basuras adecuadamente
- 1494 necesitan sistema de Disposición de excretas adecuado.

De 947 perros y gatos, 640 quedaron sin vacuna antirrábica

AVANCES EN SANEAMIENTO AMBIENTAL EN EL AREA 1

CHOCO - 1980 - 1984

INDICADORES		AÑOS	Situación Inicial 1980	1981	1982	1983	1984	
TOTAL DE VIVIENDA HABITADAS			1023	952	837	807	834	
AGUA	Río, quebrada, manantial		66.5	84.4	34.1	44.9	35.1	
	Lluvia		32.3	15.6	47.8	27.2	38.7	
1. FUENTE	Pozo protegido		1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	
	Aljibe		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	Acueducto		0.0	0.0	18.1	27.9	26.2	
2. TRATA- MIENTO	Desinfectada		0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	
	Hervida		8.9	24.8	26.8	27.5	26.0	
	Filtrada		0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	
	Ninguna		91.1	75.1	73.1	72.4	73.9	
BASURAS DISPOSICIÓN FINAL	Quebrada		0.0	3.4	1.2	0.6	0.5	
	Relleno sanitario		0.2	1.4	0.2	11.3	12.9	
	Silo para abono orgánico		5.0	10.0	27.2	19.5	16.2	
	Superficial		31.8	28.9	13.5	21.9	13.6	
	A río o quebrada		63.0	56.3	57.8	46.7	56.8	
EXCRETAS	TIPO DE SISTEMA	Letrina	0.0	0.0	1.3	5.3	8.1	
		Taza o inodoro	5.8	12.3	8.6	10.0	10.8	
		Ninguno	94.2	87.7	90.1	84.7	81.1	
	DISPOSICIÓN FINAL	Superficial	0.0	5.5	0.0	0.0	1.6	
		Subterránea	5.7	11.9	9.0	10.0	10.8	
		A río ó quebrada	94.3	82.6	91.1	90.0	87.6	
	Alcantarillado	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
HIGIENE LOCATIVA	DE LA VIVIENDA	Buen estado	24.2	23.3	64.4	59.0	56.6	
		Mal estado	75.8	76.7	35.6	41.0	43.4	
	DE LA COCINA	Buen estado	25.5	19.7	59.4	57.0	59.3	
		Mal estado	74.5	80.3	40.6	43.0	40.6	
	DORMITORIOS POR VIVIENDA			1.5	1.9	1.9	2.0	1.9
	INFESTA - CIÓN	Artrópodos		100.0	100.0	100.0	100.0	99.9
Roedores			87.0	100.0	100.0	98.3	98.7	
CONTROL DE RABIA	PERROS Y GATOS	Promedio por vivienda	3.0	1.0	1.0	1.0	0.6	
		Moribundos	0.1	1.3	0.8	2.6	0.2	
		Observados	0.0	0.6	0.0	0.7	0.0	
		Eliminados	0.0	0.6	0.7	0.0	2.3	
		Vacunados	1.0	29.8	18.5	10.0	49.5	
CONCENTRACION DE CONTACTOS A LA VIVIENDA			1.0	2.1	3.1	2.0	1.9	

AVANCES EN SANEAMIENTO AMBIENTAL EN EL AREA 2

C H O C O - 1981 - 1984

INDICADORES		AÑOS	Situación Inicial 1981	1982	1983	1984	
TOTAL DE VIVIENDA HABITADAS			744	767	694	699	
AGUA	Río, quebrada, manantial		91.8	81.1	82.0	34.5	
	Lluvia		8.2	14.5	8.0	25.5	
	Pozo protegido		0.0	0.0	0.0	0.0	
	1. FUENTE	Aljibe	0.0	0.0	0.0	0.0	
	Acueducto	0.0	4.4	10.0	40.0		
2. TRATA- MIENTO	Desinfectada		0.0	0.0	0.0	0.0	
	Hervida		36.8	53.8	52.6	34.5	
	Filtrada		1.2	0.3	0.0	0.1	
	Ninguna		62.0	45.9	47.4	65.4	
BASURAS DISPOSICION FINAL	Quemada		0.0	0.0	0.4	0.0	
	Relleno sanitario		2.3	5.9	8.7	9.0	
	Silo para abono orgánico		1.7	5.1	8.5	5.9	
	Superficial		42.5	29.2	29.7	42.6	
	A río o quebrada		53.5	59.8	52.7	42.5	
EXCRETAS	TIPO DE SISTEMA	Letrina	0.4	0.0	0.0	0.1	
		Taza o inodoro	3.5	4.4	3.4	12.2	
		Ninguno	96.1	95.6	96.6	87.7	
	DISPOSICION FINAL	Superficial	0.8	0.0	0.9	4.6	
		Subterránea	2.1	1.4	1.6	9.4	
		A río ó quebrada	98.1	98.6	97.5	86.0	
		Alcantarillado	0.0	0.0	0.0	0.0	
HIGIENE LOCATIVA	DE LA VIVIENDA	Buen estado	39.1	77.8	76.4	71.1	
		Mal estado	60.9	22.2	23.6	28.9	
	DE LA COCINA	Buen estado	27.0	66.1	70.7	65.2	
		Mal estado	73.0	33.9	29.3	34.8	
	DORMITORIOS POR VIVIENDA			1.5	1.5	1.5	1.6
	INFESTA - CION	Artrópodos	100.0	100.0	99.1	100.0	
Rodedores		92.2	100.0	99.1	100.0		
CONTROL DE RABIA	PERROS Y GATOS	Promedio por vivienda	0.8	1.8	0.5	0.6	
		Mordedores	2.6	1.2	1.4	0.7	
		Observados	0.6	0.1	0.0	0.0	
		Eliminados	0.0	0.2	2.3	0.0	
		Vacunados	3.5	5.3	2.3	5.7	
CONCENTRACION DE CONTACTOS A LA VIVIENDA			1.4	3.5	2.3	1.9	

AVANCES EN SANEAMIENTO AMBIENTAL EN EL AREA 3

CHOCO - 1983 - 1984

INDICADORES		AÑOS	Situación Inicial 1983	1984	
TOTAL DE VIVIENDA HABITADAS			1693	1619	
AGUA	Río, quebrada, manantial		64.1	56.0	
	Lluvia		20.2	23.2	
	Pozo protegido		0.5	0.6	
	1. FUENTE	Aljibe	0.3	0.9	
	Acueducto	14.9	19.3		
2. TRATA- MIENTO	Desinfectada		0.4	1.3	
	Hervida		6.8	17.9	
	Filtrada		0.1	0.1	
	Ninguna		93.1	80.7	
BASURAS DISPOSICION FINAL	Quebrada		2.2	0.4	
	Relleno sanitario		1.7	0.6	
	Silo para abono orgánico		6.4	12.0	
	Superficial		29.9	32.4	
	A río o quebrada		59.8	54.6	
EXCRETAS	TIPO DE SISTEMA	Letrina	1.1	0.9	
		Taza o inodoro	5.7	6.8	
		Ninguno	93.2	92.3	
	DISPOSICION FINAL	Superficial	11.7	15.2	
		Subterránea	6.0	6.0	
		A río ó quebrada	82.1	78.8	
		Alcantarillado	0.0	0.0	
HIGIENE LOCATIVA	DE LA VIVIENDA	Buen estado	39.9	52.2	
		Mal estado	60.1	47.8	
	DE LA COCINA	Buen estado	38.7	48.0	
		Mal estado	61.3	52.0	
	DORMITORIOS POR VIVIENDA			1.4	1.6
	INFILTRA- CION	Artrópodos		97.2	96.2
Roedores			96.5	97.4	
CONTROL DE RABIA	PERROS Y GATOS	Promedio por vivienda	0.6	0.6	
		Mordeduras	3.4	1.9	
		Observados	0.1	0.0	
		Eliminados	0.4	1.1	
		Vacunados	2.3	32.4	
CONCENTRACION DE CONTACTOS A LA VIVIENDA			1.2	2.2	

B. EVALUACION COMPLEMENTARIA

En el Cuadro # 11 , se puede observar la cobertura programada para Abastecimiento de Agua lo que ha atendido hasta el año 1984 y lo faltante por cubrir. En el Cuadro # 12 también aparecen las obras programadas o ejecutadas en el año de 1981 a 1984.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes :

1. Abastos de Agua

En las comunidades seleccionadas se visitaron 21 viviendas, de éstas en 18 se encontró agua, que equivale a un porcentaje de - 85.7% . Aunque el porcentaje es muy alto esto depende mucho de la selección de la muestra y del tipo de abasto. Los Abastos - que mas daños presentaron fueron los del Medio Atrato, La Boba, Puerto Martínez, de los 18 tanques instalados en estas dos comunidades, el 27.7% se encontraron con problemas, ya sea de bajante, canoera, etc; con las otras comunidades se hizo una observación participante y se pudo constatar que tambien hay tanques - dañados sobre todo en la comunidad de Napipí, que de 32 tanques instalados el 34.3% están buenos, los demás se encuentran rotos parece ser que influyó mucho la falta de educación en la comunidad. Esta no se ha apropiado de la obra, ni le ha dado importancia a la calidad de la misma, también faltó mucha asesoría por parte del Promotor de Saneamiento.

Los acueductos visitados se encontraban funcionando bien

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL CHOCO
 PROGRAMA RURAL DE SALUD

S A N E A M I E N T O

C U A D R O # 11

ABASTECIMIENTOS DE AGUA

UNIVERSOS VARIABLES	COBERTURA PROGRAMADA		ATENDIDO		FALTANTE POR CUBRIR	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
LOCALIDAD	39	100	36	92.4	3	7.6.
HABITANTES	7.805	100	7.149	91.97	656	8.4.
VIVIENDAS	1.384	100	1.248	90.1	136	9.8

De 8 comunidades visitadas a un 60% le falta materiales para el mantenimiento de los abastos de agua, se cree que no hubo una buena orientación a los miembros de la comunidad, para que se responsabilizara del sostenimiento del Abasto.

2. Juntas Administradoras

Las Juntas Administradoras son las encargadas del mantenimiento de los Abastos de Agua con la participación de la comunidad. También cobran las cuotas de recuperación para comprar los materiales en caso de daño en el Abasto.

En el Area 1 (Bojayá y Ríosucio) de las 8 Juntas seleccionadas para la Evaluación el 62.5% tenían problemas por falta de seguimiento después de su adiestramiento, éstas se encontraron desintegradas.

3. Disposición de Excretas

En el Area 1 como se había dicho anteriormente, el alto nivel freático y las frecuentes inundaciones impiden la construcción de letrinas de hoyos secos o tazas sanitarias, (con excepción de Pogue y La Loma) donde el Servicio Seccional de Salud ya había instalado tazas sanitarias. Aunque se es consciente que este sistema no va a disminuir la contaminación del agua, sin embargo la comunidad tiene Abasto de Agua de mejor calidad se espera que la gente no tome agua del río. Esto no siempre es cierto, porque los agricultores y los pescadores siguen tomando el agua del río cuando están fuera de la comunidad; en verano no siempre alcanza el agua de los tanques. Aunque se tenga solucionado el problema del abasto de agua, el sistema de letrina flotante no es el ideal pero logra una mejor disposición de excretas que es muy costosa.

En las comunidades seleccionadas las 10 letrinas flotantes evaluadas, el 40% están sin terminar porque hubo falla en la planeación y distribución de los materiales. De las 20 comunidades cubiertas por el Programa solamente el 50% tiene letrinas flotantes, además de la distribución de las letrinas no tienen relación con el número de habitantes como también ha faltado hacer énfasis en ubicar las letrinas abajo del río, lavar la ropa y utensilios en la parte de arriba, ésto es solamente recomendable en las comunidades pequeñas, en comunidades grandes no por la distancia.

En el área 2 (Bagadó y Lloró) se visitaron 39 viviendas, solamente el 18% tuvieron un sistema de disposición de excreta y solo una familia lo utiliza.

Las tazas sanitarias no son funcionales, en las condiciones actuales una taza puede estar anclada, conectada al pozo séptico y tener agua disponible cerca para su aseo y uso permanente, pero si no tiene caseta no funciona como tal, al contrario puede causar serios problemas al tenerla a la interperie; como estas comunidades viven de la pesca, agricultura y minería una gran parte de la comunidad se desplaza a otro sitio a luchar por su sustento y hacer la disposición de excretas en un sitio de trabajo bien sea en el río o a campo abierto, de allí que no le den mucha importancia al Programa de Disposición de Excretas. Sería importante educar a la comunidad antes de impulsar la instalación de unidades sanitarias y tazas.

OBRAS PROGRAMADAS Y EJECUTADAS EN EL COMPONENTE DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

1 9 8 1 - 1 9 8 4

MUNICIPIO	T I P O D E O B R A													
	ACUED. A GRAVED	ACUED. POR BOMBEO	ABASTO AGUA LLUVIA	POZOS EXCA- VADOS	EN CONS - TRUCC.	ABASTO EN ESTUDIO	FUNCIONA			TAZA SANITARIA	LETRINAS FLOTANT.	FUNCIONA		
							B	R	M			B	R	M
<u>BOJAYA</u>														
1. EL TIGRE			X				X				X	X		
2. LA BOBA			X				X							
3. PTO MARTINEZ			X				X				X	X		
4. SAN JOSE DE LA CALLE			X					X			X			X
5. NAPIPI			X						X					
6. OPOGADO			X					X			X		X	
7. MESOPOTAMIA			X				X							
8. ISLA DE LOS PALACIOS			X				X				X	X		
9. PUEBLO NUEVO			X				X							
10. POGUE	X							X		X				X
11. PUEPTO LOPEZ			X				X							
12. LA LOMA	X INAS						X			X				X

OBRAS PROGRAMADAS Y EJECUTADAS EN EL COMPONENTE DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

1 9 8 1 - 1 9 8 4

MUNICIPIO	T I P O D E O B R A													
	ACUED. A GRAVED	ACUED. POR BOMBEO	ABASTO AGUA LLUVIA	POZOS EXCA- VADOS	EN CONS - TRUCC.	ABASTO EN ESTUDIO	FUNCIONA			TAZA SANITARIA	LETRINAS FLOTANT.	FUNCIONA		
							B	R	M			B	R	M
<u>RIOSUCIO</u>														
13. MONTAÑO	X						X				X		X	
14. VIGIA CURBARADO	X						X				X		X	
15. LA GRANDE	X						X							
16. PEDEGUITA	X						X				X		X	
17. LA NUEVA	X						X							
18. CACARICA		X	X					X						
19. LA HONDA				X							X		X	
20. CURBARADO		X									X		X	
21. DOMINGODO						X					X		X	

OBRAS PROGRAMADAS Y EJECUTADAS EN EL COMPONENTE DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

1 9 8 1 - 1 9 8 4

MUNICIPIO	T I P O D E O B R A																
	ACUED. A GRAVED	ACUED. POR BOMBEO	ABASTO AGUA LLUVIA	PÓZOS EXCA- VADOS	EN CONS - TRUCC.	ABASTO EN ESTUDIO	FUNCIONA			TAZA SANITARIA	LETRINAS FLOTANT.	FUNCIONA					
							B	R	M			B	R	M			
<u>BAGADO</u>																	
21. TAPERA	X						X										
22. CHAMBARE	X						X				X			X			
23. LA SIERRA	X						X										
24. MUCHICHI	X							X									
25. EL SALTO	X						X										
26. PLAYA BONITA	X						X			X				X			
27. CUAJANDO	X						X										
28. ENGRIVADO	X						X			U.S.			X				
29. SAN MARINO	X						X			U.S.			X				

OBRAS PROGRAMADAS Y EJECUTADAS EN EL COMPONENTE DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

1 9 8 1 - 1 9 8 4

MUNICIPIO	T I P O D E O B R A													
	ACUED. A GRAVED	ACUED. POR BOMBEO	ABASTO AGUA LLUVIA	POZOS EXCA- VADOS	EN CONS - TRUCC.	ABASTO EN ESTUDIO	FUNCIONA			TAZA SANITARIA	LETRINAS FLOTANT.	FUNCIONA		
							B	R	M			B	R	M
<u>LORO</u>														
30. BORAUDO			X				X							
31. CALLE LARGA	X						X							
32. OGODO						X								
33. GUAITADO			X				X							
34. EL LLANO			X				X							
35. NIPURDU			X				X							
36. LAS HAMACAS			X				X							
37. PASO CARTEGUI			X											
38. TAPEPA LORO			X				X							
39. CANALETE			X				X							

4. Basuras

De las 39 viviendas visitadas se encontró que de un 10.2% tenía una disposición correcta de basuras , fuera de la capacitación que se ha hecho a la Promotora en este aspecto no se ha desarrollado ninguna actividad en este campo.

5. Logros

- a. Diseño y construcción de los Abastos de Agua por Gravedad, - beneficiando a 2.589 habitantes.
- b. Diseño y construcción de 23 Abastos de Agua Lluvia, beneficiando a 3.845 habitantes.
- c. Mejoramiento de 45 Letrinas Flotantes en las Comunidades - del Medio y Bajo Atrato.
- d. Instalación de 123 Tazas Sanitarias en las Comunidades del - Municipio de Bagadó, construcción de 2 Unidades Sanitarias en San Marino y Engrivadó.
- e. Instalación de una Río-bomba y Microplanta de tratamiento y pozos excavados en dos comunidades del Area 1
- f. Diagnóstico Sanitario en las comunidades del Area 1 y el - Area 2.
- g. En la Comunidad de San Marino y San Isidro (Comunidad Central) se inició un estudio para medir la incidencia de algunas enfermedades transmitidas por el agua (amebiasis, parasitismo intestinal, E.D.A., enfermedades de la piel), la Comunidad de San Marino, con acueductos y disposición de excretas; la Comunidad de San Isidro no tiene acueducto, ni disposición de excretas adecuada, se está realizando este estudio para evaluar el efecto de las obras de saneamiento construídas.

- h. Conformación de las Juntas Administradoras para el manejo de los Abastos de Agua . Capacitación de los mismos.

En cuanto a Abastos de Agua se puede concluir : que de los - 7.805 habitantes se atendió el 92.4% con una cobertura de - 89.70\$ C/U (Ver Cuadro # 11).

6. Obstáculos

- a. Falta de planeación en las obras de saneamiento
- b. Falta de seguimiento de las obras y educación sanitaria, para que la comunidad se apropie de las mismas. Incidiendo en esto la falta de recursos económicos del Servicio Seccional de Salud del Chocó para los viáticos de los Promotores de Saneamiento en las áreas entregadas.
- c. Al construir la infraestructura de Saneamiento faltó mas integridad en el Componente. Hubo la tendencia de dedicarse mas a los técnicos que a la educación sanitaria, etc.

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

1. Aunque la cobertura programada se cumple en un alto porcentaje, falto manejar el componente en una forma mas integral, hubo la tendencia de dedicarse mas a la parte técnica.
2. Falta una mejor planeación de las obras de infraestructura, ya que en los cuatro años el área 1 y 2 hubiera podido cubrirse totalmente
3. La falta de seguimiento de las Juntas Administradoras, aunque éstas fueron capacitadas , algunas se han desintegrado.
4. La falta de Educación en el componente de Saneamiento Ambiental ha impedido que la comunidad se apropie de las obras, trayendo como - consecuencia el mal funcionamiento de algunos Abastos de Agua.
5. El déficit presupuestal del Servicio de Salud ha incidido para que los Promotores de Saneamiento se desplacen a las comunidades en el área 1 y 2 ha brindar la asesoría necesaria, ya que éstas áreas - fueron asumidas por el Servicio.
6. Falta solucionar la situación de las Comunidades de Cacarica, La - Honda, Domingodó, Chintadó, Ogodó. Estas obras aunque fueron programadas, la solución para dichas comunidades no fue la mejor.
7. La solución de la disposición de excretas tampoco ha sido favorable, las letrinas flotantes del Medio y Bajo Atrato no fueron mejoradas en su totalidad, la distribución no fue adecuada , en algunas comunidades no se hizo. Solamente se mejoró en un 54% de las comunidades.
8. Para la instalación de las tazas sanitarias, faltó mas educación , ya que en las comunidades que se han instalado, no le han dado mucha importancia a este sistema, porque generalmente son comunida-des mineras y no permanecen en la comunidad y hacen la disposición

de excretas en su sitio de trabajo, solamente el 27.2% tiene tazas sanitarias.

9. Aunque la basura y la higiene son problemas gravez, no se han desarrollado actividades.

OBRAS PROGRAMADAS Y EJECUTADAS EN EL COMPONENTE DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

1 9 8 1 - 1 9 8 4

MUNICIPIO	T I P O D E O B R A																	
	ACUED. A GRAVED	ACUED. POR BOMBEO	ABASTO AGUA LLUVIA	POZOS EXCA- VADOS	EN CONS - TRUCC.	ABASTO EN ESTUDIO	FUNCIONA			TAZA SANITARIA	LETRINAS FLOTANT.	FUNCIONA						
							B	R	M			B	R	M				

C A P I T U L O S E X T O

EDUCACION EN SALUD

GENERALIDADES

El Componente de Educación en Salud a la Comunidad se desarrolla de acuerdo al trabajo ejecutado en Participación de la Comunidad. Es decir los procesos educativos son implementados como consecuencia real de participar y decidir sobre su propio desarrollo. El Componente ha estado orientado a facilitar el conocimiento sobre como prevenir la enfermedad y como mantener la salud, teniendo básicamente en cuenta las diversas condiciones sociales y la tradición cultural del campesino chocoano ; tomando como principal premisa que para la Educación y la misma prestación de servicios de salud, la cultura es un recurso importante y nunca un obstáculo.

La Educación en Salud como ya se anotó, vinculada estrechamente a la Participación de la Comunidad se inició hacia el año 1983 dentro del trabajo que se llevaba a cabo en el Atrato. Las acciones educativas realizadas en el Programa de Malaria fueron ejecutadas a partir de reuniones y discusiones con las diferentes Comunidades. Por la necesidad de cubrir adecuadamente a las poblaciones, se decidió llevar a cabo varias iniciativas, como la elaboración de materiales educativos y el diseño de un programa para elaborar toldillos en la Comunidad. Paralelamente y durante los dos posteriores se capacitó personal de Promotoras, Auxiliares, Enfermeras y Promotores de Saneamiento sobre el componente de Educación en Salud en Atención Primaria.

Se desarrollaron otros materiales educativos de acuerdo al Diagnóstico Participativo y en Alto Atrato se ejecutó una estrategia educativa sobre el tema de la Diarrea. En la planeación y ejecución participaron Promotoras de Salud, Auxiliares de Enfermería, Enfermeras, la Comunidad, los Profesores y cerca de 400 niños adscritos a las Escuelas de las diferentes poblaciones. Finalmente, en la actualidad se intenta solucionar el problema estructural de la Educación en Salud, es decir que ésta no es una actividad mecánica (dictar charlas) sino que debe constituirse como un elemento de apoyo para la eficaz ejecución de los Programas de Atención Primaria. Por lo tanto se ha diseñado un plan de educación a ser efectuado a nivel de UPA (Lloró y Bagadó), se ha estado evaluando y discutiendo con Promotores y Comunidad y está constituido básicamente por planear acciones educativas en cuatro frentes principalmente: la Escuela, las visitas domiciliarias, las reuniones comunitarias y las reuniones con grupos específicos (Embarazadas, tuberculosos, etc). Consecuentemente al trabajo realizado, la producción de materiales educativos por parte de la Comunidad. Al respecto es de anotar que la implementación metodológica para la producción de materiales educativos, ha contado en todo ellos con la participación directa y decisoria de la Comunidad.

LOGROS

1. Elaboración de Cartilla de Paludismo y la elaboración de Forocassettes (Socio-dramas, grabados).
2. Programa de Acción Toldillo, elaboración de los toldillos por parte de la Comunidad, distribución y venta por un grupo nombrado a tal efecto (Miembros de la Comunidad).

3. Educación sobre Paludismo con diapositivas tomadas en las mismas Comunidades y discutidas con ellas.
4. Cartilla de Saneamiento realizada con representantes de varias - Comunidades.
5. Diseño y ejecución de una estrategia sobre la Diarrea. Tema pro- puesto en los Diagnósticos Participativos, los materiales educa- tivos a trabajar fueron :
 - * Cartilla : En todas las Escuelas, como material didáctico en dibujo y el área de sociales.
 - * Afiches : Como apoyo a la cartilla y vehículo para dinami - zar la charla de la Promotora en la visita domici - liaria.
 - * Papelógra Dibujos a ser discutidos en las Reuniones Comuni - fo de 6 tarias hojas.
 - * Diapositivas Realizadas con la misma Comunidad

OBSTACULOS

1. La falta de continuidad en las acciones de Educación, por falta de tiempo de los gestores del Programa. Las múltiples activida- des no permiten que las personas del equipo dediquen el tiempo - necesario para esta acción.
2. La ausencia de la Educadora
3. Las dificultades que tienen las Promotoras y Auxiliares para - ejecutar el plan de acción.

Desde el mismo año 1983 se venía discutiendo la forma o alternativas para consolidar el Componente de Educación en Salud, tanto en su parte práctica como teórica. Al respecto el equipo preparó un Taller - práctico para personal de salud y elaboró un Programa de Educación - en Salud que ha venido siendo desarrollado, adoptando variantes según las necesidades o condiciones que la realidad lo impongan. Estos dos trabajos son :

1. SEMINARIO - TALLER SOBRE METODOLOGIA DE PRODUCCION DE MATERIALES EDUCATIVOS Y SISTEMATIZACION DE ACTIVIDADES EN EDUCACION EN SALUD
 - GERARDO PAZOS
 - ANYA KORPORAAL

2. PROGRAMA DE EDUCACION EN SALUD A LA COMUNIDAD
 - NHORA ARCE
 - LUZ MARIA VALDERRAMA
 - ANYA KORPORAAL

**SEMINARIO - TALLER SOBRE METODOLOGIA DE PRODUCCION DE MATERIALES
EDUCATIVOS Y SISTEMATIZACION DE ACTIVIDADES EN EDUCACION EN SALUD**

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

De acuerdo a las condiciones generales del país, existe la necesidad cada vez mayor de asimilar nuestras comunidades como sujeto de su propio desarrollo y no exactamente como "OBJETO DE DESARROLLO". Esto ha obligado a las Instituciones a cambiar el enfoque tradicional de trabajo con la comunidad; prácticamente nadie discute que para ofrecer servicios básicos a la población, el paternalismo y el enfoque vertical de autoridad y conocimientos son herramientas del pasado. Hoy en día se advierte y descubre con optimismo la capacidad creativa de las comunidades; se valora su potencial crítico y constructivo y se aprende de su experiencia cotidiana.

En el sector de la Salud y particularmente en el Marco de la Atención Primaria, se hace indispensable la integración del personal de salud con la comunidad, para que los recursos destinados al mejoramiento de las condiciones de vida, cumplan sus objetivos. En la relación ha desarrollar conjuntamente Comunidad-Institución, existe una actividad fundamental que no incluye estrictamente el concepto técnico de Atención a las Personas o Atención al Ambiente, pero en cambio los globa en la conservación y prevención de la Salud. Esta labor es la como Educación en Salud a la Comunidad. La Auxiliar de Enfermería, la Promotora de Salud y el Promotor de Saneamiento son los principales impulsores de este trabajo con la Comunidad. En la medida en que se configure un sistema de apoyo eficaz y suficiente, con la activa participación de todo el personal de salud respectivo al Nivel podrá afirmarse que las condiciones para la Educación en Salud Comunitaria son favorables.

Sin embargo, para transmitir conocimientos, para enseñar nuevas prácticas también debemos cambiar el enfoque tradicional de nuestro sistema educativo. Si deseamos que cualquier proceso de Enseñanza-Aprendizaje sea eficaz debemos aceptar, desde el inicio que la comunidad actúa en dicho proceso como sujeto, con definición y decisión propia, que participa y elabora conjuntamente con el personal de salud, los medios educativos adecuados a la región, además es preciso tener claridad sobre el significado de la capacidad creativa y de reflexión que posee cada comunidad y del aporte de su experiencia cultural, que en el momento de enfrentar procesos educativos en Salud, puede ser elemento de apoyo y de valor incalculable para el personal de salud.

Un enfoque diferente, una concepción diferente podría estar delineada en la afirmación de Price : "Debemos ante todo enseñar como pensar y no lo que se debe pensar" , lo cual implica (en nuestro caso) que la responsabilidad de la Institución, sostenida por el estado y proyectada a la sociedad como un bien de servicio, debe ser impulsar y dinamizar procesos educativos que deparen no una formación de la vida para una cultura, sino de la vida en una cultura, proporcionando los recursos y realizaciones necesarias para la transformación de las condiciones de vida. De esta manera cualquier proceso educativo encuentra justificación en la realidad y eficacia en su ejecución al desarrollarse paralelamente nuevas condiciones materiales, que consoliden un cambio de actitud comunitaria o sea un nuevo nivel de consciencia sobre el fenómeno Salud - Enfermedad.

Lo anterior nos indica como tarea inmediata el diseño de un método de trabajo a la par de una metodología sencilla y eficaz en donde la participación de la comunidad en el proceso no se vea limitada a una espontánea colaboración, sino a la profunda reflexión del significado de la Educación

a partir de su propia experiencia y de la posibilidad real de trabajar en toda la planeación del proceso como sujeto activo y decisorio en todas y cada una de las etapas.

Uno de los objetivos esenciales del presente Taller es poder facilitar al personal de salud, principalmente el que desempeña actividades de Atención Primaria, una metodología amplia y flexible de como elaborar el material educativo a través de medios de comunicación, con un mínimo de complejidad y primordialmente a partir de un método de trabajo en el cual la comunidad y el personal de salud intercambien experiencias y conocimientos, desarrollando de esta manera un proceso educativo coherente, sistemático, evaluable y que refleje la realidad de la región.

J U S T I F I C A C I O N

El Programa Rural de Salud y el Servicio Seccional de Salud del Chocó, han considerado como parte esencial del Programa Rural de Salud, la Educación en Salud para una mejor calidad de Atención a la Comunidad.

Igualmente ha sido de continuo interés el diseño e implementación de un componente educativo en la comunidad, vinculado estrechamente con el trabajo comunitario que se desarrolla a través de las actividades de Atención Primaria .

El objetivo final, es que el personal de salud principalmente Auxiliar de Enfermería, Promotores de Saneamiento y Promotores Rurales de Salud participen conjuntamente en una forma activa y creativa con la comunidad en la definición de procesos educativos específicos en cada uno de los Programas de Salud ejecutados en Sedes de UPA.

El Servicio Seccional de Salud y el Programa Rural de Salud empezaron hace mas o menos un año con un Programa de Educación en Salud en la zona del Atrato. Dentro de dicho Programa hemos tratado de elaborar algunos materiales educativos adaptados a la región del Chocó y capacitar a los Agentes educativos en el campo de técnicas educativas y ayudas didácticas. Tanto los Promotores de Salud como las Auxiliares de Enfermería y Promotores de Saneamiento han hecho esfuerzos para integrar la Educación con los Programas de Salud que están desarrollando.

A pesar de muchos esfuerzos hemos visto que aunque se ha logrado algunos éxitos en varias Unidades de Cobertura, las condiciones de vida en general, la morbilidad y mortalidad siguen siendo iguales. Podemos decir que un Programa de Educación en Salud es un proceso muy largo y en un año no se puede evaluar. Sin embargo hemos observado algunas deficiencias en las actividades educativas desarrolladas como :

1. Falta de sistematización de la Educación en Salud.
 - a. Aunque en todas las UPAS se ha integrado la Educación, en algunos componentes de Atención Primaria, no existe un diseño sistemático y por eso estamos causando frustraciones y pérdidas de recursos al no observarse beneficios significativos en las Comunidades, Por ejemplo : las obras desarrolladas por el Programa de Saneamiento Básico Rural, la parte educativa ha sido deficiente por falta de una sistematización y programación de las UPAS hacia las Comunidades .
 - b. También se puede observar una falta de coordinación entre los diferentes niveles del personal de salud. Cada uno (Promotor de Saneamiento, Auxiliar de Enfermería y Promotor de Salud) trabaja aisladamente, sin coordinación con los otros Agentes Educativos.

Si seguimos trabajando en esa forma las actividades educativas - seran "incidentes" sin una política integral de las acciones.

Cuando pensamos que la problemática de la Salud es un problema - integral que tiene que ver por ejemplo con los ingresos familiares, los agentes educativos tienen que trabajar en coordinación también.

2. Falta de participación de la comunidad en las actividades educativas. La comunidad ha sido mas que todo receptora de los Programas en vez de productora de conocimientos y soluciones a sus problemas, queremos lograr cambios reales , debemos trabajar con base en los conocimientos, necesidades, costumbres, etc, de esa comunidad y además de una verdadera participación de ella.
3. Falta de una metodología de producción de materiales, todos sabemos que los materiales producidos por fuera del Chocó en general no toman en cuenta las condiciones típicas del Departamento, ni el recurso humano como elemento potencial creativo. Entonces es importante elaborar los materiales en los medios donde estamos trabajando. Los Promotores de Salud han elaborado algunos materiales educativos, pero ha faltado una metodología para esa producción.

En este aspecto se enfoca el presente Taller, dando énfasis en Saneamiento Básico Rural como componente de la Atención al Ambiente, que = ha tenido menos integración con la parte educativa.

OBJETIVOS GENERALES

1. Identificar una metodología sencilla para producir mensajes educativos relacionados con los Promotores de Atención Primaria.
2. Desarrollar instrumentos de la Programación, Supervisión y Evaluación para el personal de Salud de las UPAS con el fin de sistematizar el Programa de Educación en Salud en las áreas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Reforzar el conocimiento en cuanto al contenido de los distintos - Componentes de Saneamiento Básico Rural.
2. Implementar una estrategia para desarrollar Programas Educativos en el campo de Saneamiento Básico Rural.
3. Lograr una coordinación de actividades educativas entre el personal de Salud en los diferentes niveles de Atención.
4. Identificar el papel que le corresponde a cada nivel de los recursos humanos en salud dentro de todo el proceso educativo.
5. Realizar una programación de actividades educativas para las Auxiliares de Enfermería y los Promotores de Saneamiento para los meses de Abril y Mayo.
6. Diseñar materiales educativos relacionados con los mensajes educativos en el campo de Saneamiento Básico Rural.
7. Diseñar una metodología sencilla para la prueba de materiales en la Comunidad.

8. Realizar una evaluación del trabajo educativo que han desarrollado las Auxiliares de Enfermería y los Promotores de Saneamiento a nivel de la Sede de UPA y las Unidades de Cobertura.
9. Este Taller dará una base a los participantes para después replicar dicho Taller en una forma adaptada en cada UPA para los Promotores Rurales de Salud.

EDUCACION EN SALUD A LA COMUNIDAD EN EL PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA/CHCO

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

El programa de Educación en Salud para la Comunidad está orientada a facilitar aprendizajes específicos a unos usuarios con necesidades particulares. Es una oportunidad para quienes no tuvieron la posibilidad de una Educación, adquieran conocimientos sobre el modo de prevenir y conservar su salud, utilizando técnicas educativas y teniendo en cuenta sus sentimientos y creencias e ideas sobre el concepto de salud, enfermedad, con qué frecuencia ocurren y qué se hace para evitar la enfermedad, prevenir la y curarla , no debemos olvidarnos que la cultura, es un recurso importante y no un obstáculo para la Educación en Salud.

En nuestro Programa de Atención Primaria de Salud hemos tratado de estudiar atentamente las diferentes maneras en que la gente puede aprender a cuidarse así misma, a sus familias y a la comunidad por medios prácticos, por eso se ha hecho necesario la implementación de este Programa y lograr a través de él , que la comunidad se apropie de lo aprendido y sea capaz de aplicar estos conocimientos a situaciones existenciales concretas; se considera que en el proceso de aprendizaje solo aprende el que se "apropie de los aprendido".

J U S T I F I C A C I O N

El verdadero desarrollo del hombre, de un grupo o de una sociedad constituye un proceso educativo, el hombre aprende constantemente y permanentemente a través de sus vivencias, de acuerdo a las circunstancias y el contexto donde se desenvuelva.

Los procesos educativos no se limitan al aula, ni a la familia, ni a un grupo social, son procesos de cambios que incluyen todas estas estructuras sociales, Por esto estamos interesados en la implementación de un Programa de Educación en Salud a las comunidades, donde estamos desarrollando nuestra labor; ya que existe una limitación en el sistema educativo del Departamento del Chocó, careciendo la mayoría de nuestras veredas de maestro, repercutiendo así el analfabetismo en los Programas que se impulsan en nuestras regiones.

De acuerdo con el concepto integral de Salud, en forma objetiva vemos -- que la Atención de Salud de una población requiere múltiples acciones de promoción, prevención y rehabilitación , que no son de carácter médico - y que para realizarlas necesitan del concurso de varias disciplinas totalmente ajenas a la medicina.

El planteamiento anterior indica muy claramente, que entre la situación de Salud de las comunidades y otros aspectos de la vida del hombre existe una estrecha interdependencia, puesto que las enfermedades no solo son producidas por agentes específicos de las mismas, sino que en su origen y desarrollo intervienen diversos factores, llamados condicionantes.

O B J E T I V O S G E N E R A L E S

1. Capacitar a los miembros de la comunidad en el Cuidado Pirmario en la Salud y del medio ambiente, para que aprendan a cuidarsen asi - mismos , a su familia y a su medio implementando el Programa de - Educación en Salud con participación y apoyo de las personas que - van a beneficiarse.
2. Lograr que el individuo, la familia y la comunidad se apropie de - los conocimientos impartidos a través del Programa de Educación en Salud y sea capaz de aplicar lo aprendido a situaciones concretas de Salud y de su medio ambiente.
3. Generar mensajes instruccionales para y desde las comunidades de - las diferentes áreas programáticas, que corresponda adecuadamente a sus necesidades, expectativas e intereses y los motive a una per - manente promoción, recuperación y rehabilitación de su salud.

E S P E C I F I C O S

1. Capacitar a los Agentes Educativos en el manejo de técnicas pedagó - gicas sobre Educación no Formal y técnicas de ayudas didácticas, - que les permita establecer un verdadero diálogo y haya una retroa - limentación entre el Agente Educativo y su Comunidad.
2. Impartir Educación en Salud a los individuos, familias y comunidad - teniendo en cuenta sus necesidades, problemas, actividades y com - portamientos.

3. Identificar esas costumbres, tradiciones, tabúes, expresión oral, para elaborar las ayudas educativas y haya una mejor utilización de los recursos que existen en la comunidad.
4. Lograr que la comunidad participe activamente en el Programa de Educación en Salud, internalizando los conocimientos impartidos y transformando su realidad.
5. Vincular a los maestros, líderes, la partera y el curandero, al Programa de Educación en Salud, para que su participación permita una mayor aceptación del Programa y haya una búsqueda del bienestar de la totalidad de la comunidad.

C O N T E N I D O

Para la selección de tema se tuvo en cuenta, el análisis cuidadoso de los problemas de salud de las comunidades y los resultados por diagnóstico y evaluación del Programa de Atención Primaria en 1981.

1. Salud y enfermedad
2. Programa de Atención Primaria del Chocó y su sistema operativo
3. Paludismo
4. Hidratación oral y enfermedad diarreica aguda
5. Nutrición
6. Tifoidea
7. Dengue
8. Vacunación
9. Tuberculosis
10. Parasitismo intestinal
11. Cuidados durante el embarazo y la importancia del control prenatal
12. Cuidado durante el puerperio
13. Lactancia Materna
14. Enfermedades venéreas
15. Salud Oral
16. Saneamiento Ambiental

AREAS V SELECCIONADAS

El Programa se llevará a cabo en todas las áreas programáticas del Programa de Atención Primaria en Salud, en las comunidades del : Alto - Medio y Bajo Atrato, en río Andágueda.

MUNICIPIO DE LLORO (ALTO ATRATO)

- | | |
|------------|-----------------|
| * Boraudó | * Tapera |
| * Hamacas | * VillaClaret |
| * El Llano | * Dipurdú |
| * Canalete | * La Vuelta |
| * Ogodó | * Paso Certegui |

MUNICIPIO DE BELLAVISTA

- | | |
|-----------------------|---------------|
| * Tigre | * Opogadó |
| * Boba | * Napipí |
| * Pto. Martínez | * Mesopotamia |
| * S. Jose de la Calle | * La Loma |
| * Pto Condoto | * Pogue |
| * Isla Palacios | |

RIOSUCIO

- | | |
|----------------------|-------------|
| * Montaña | * Chintadó |
| * Vigía de Curbaradó | * Cacarica |
| * La Grande | * La Honda |
| * Curbaradó | * Pedeguita |
| * Domingodó | * La Nueva |

BAGADO (ANDAGUEDA)

- | | |
|----------------|-------------|
| * Cuajando | * Chambaré |
| * Engrivadó | * La Sierra |
| * San Marino | * Muchichí |
| * Playa Bonita | * El Salto |
| * Tápera | |

ESQUEMA OPERATIVO

Para el desarrollo del Programa de Educación en Salud se han establecido las siguientes fases y etapas :

1. ETAPA DE PREPARACION

a. Fase de Educación del Agente de Salud

Es de vital importancia, adiestrar al Agente de Salud, Promotoras y Auxiliares de Enfermería, quienes harán el papel de Agente Educativo , ya que son las personas que se encuentran en contacto permanente con las comunidades de las diferentes áreas que cubre el Programa. A los Agentes Educativos se les capacitará sobre lo que es un Programa de Educación no Formal y en técnicas pedagógicas y ayudas didácticas, para que puedan dar una mejor educación a los diferentes grupos, que necesiten Educación en Salud, dentro de su comunidad y sean unos verdaderos multiplicadores en el desarrollo amplio y de la temática que se ha seleccionado con la participación y sugerencias de las comunidades y los agentes educativos.

Estos temas se irán ampliando de acuerdo a la necesidad. También se tendría en cuenta los resultados del Estudio Epidemiológico y de la Investigación Participativa.

b. Fase de motivación a la Comunidad

En esta Fase se realizarán reuniones con las comunidades, se explicaron los objetivos que se pretenden obtener y el papel generador y multiplicador que le corresponde a la comunidad en este proceso, una reflexión realmente crítica que le posibilite la comprensión en términos didácticos, de las diferentes formas en que el hombre conoce en sus relaciones con el mundo. De ahí que se hace indispensable la superación de la comprensión ingenua del conocimiento humano, ingenuidad que se refleja en las situaciones educativas en que el conocimiento del mundo como algo que debe transferirse, depositarse en los miembros de una comunidad que reciben la Educación. Esto es un modo estático de entender el conocimiento que desconoce la confrontación con el mundo como la fuente verdadera del conocimiento en sus fases y sus niveles diferentes, no solo entre los hombres, sino también entre los seres vivos en general.

Conocer en la dimensión humana, que es lo que aquí nos interesa cualquiera que sea el nivel en que se dé, no es el acto a través del cual un sujeto transformado en objeto, recibe dócil y pasivamente, los contenidos que otro le dá y le impone.

El conocimiento por el contrario exige una presencia curiosa del sujeto frente al mundo, requiere su acción transformadora sobre la realidad.

Conocer es tarea de sujeto , no objeto, es como sujeto y solamente en cuanto a sujeto, que el hombre puede realmente conocer. Lo que se pretende es que el individuo, la familia, la comunidad se apropie de lo aprendido y pueda transformar su realidad.

2. ETAPA DE IMPLEMENTACION FINAL DE MATERIAL

Esta Etapa comprende las siguientes fases :

a. Fase de Selección Temática

En esta Fase se discutirán ampliamente con la comunidad, con las Auxiliares de Enfermería, Promotoras Rurales de Salud, las necesidades de Educación en Salud que tiene la comunidad y con base en las sugerencias se elaborará el Programa, también se tendrá en cuenta la Evaluación que arroje el Sistema de Información manejado por la Promotora y el Estudio Epidemiológico; ésto para poder identificar de manera precisa los temas que interesen realmente a la comunidad.

b. Fase de Elaboración de Material

En esta Fase se elaborarán los materiales educativos, teniendo en cuenta las costumbres, tradiciones , tabúes, expresión oral y las creencias e ideas sobre el concepto de salud y enfermedad. Se utilizará para elaborar estos materiales, los recursos existentes dentro de la misma comunidad. Estos materiales serán elaborados teniendo en cuenta que los temas seleccionados sean prioritarios y que ésta prioridad haya sido identificada por la misma comunidad y por los recursos técnicos responsables del Programa.

Se tratará que estas ayudas se adopten al nivel de las comunidades. Somos conscientes que predomina un alto analfabetismo y del tipo de orientación que se le dé a estas ayudas didácticas dependerá en parte el éxito del Programa.

3. ETAPA DE EJECUCION

En esta etapa es necesario señalar dos fases importantes :

a. Fase de Implementación en las UPAS

En esta fase se organizará un banco de materiales educativos en las UPAS, previa capacitación del personal responsable de dicho material, éste se rotará por las diferentes comunidades .

b. Fase de Funcionamiento

El material se entregará a las Promotoras (Cartillas, cassettes, grabadoras, volantes, juegos, etc). Estos materiales serán utilizados por las Promotoras con las comunidades en reuniones de grupo de madres, escolares, comités de salud, etc. Se tratará de vincular a los maestros, líderes, parteras y médicos tradicionales, para que participen activamente en el Programa.

Este material se rotará por las diferentes UPAS, se le entregará a la Promotora por cinco días o por una semana. Posteriormente los enviarán a otra U.C.P. Estos materiales serán grabadoras, franelógrafos, papelógrafos, proyector de pilas y rotafolios.

Con cada tema la Promotora debe hacer por lo menos cuatro reuniones de tipo educativas en la comunidad mientras tenga el material.

Hay que anotar que fuera de estas unidades de aprendizaje, la Promotora sigue dando charlas educativas en la comunidad según la necesidad.

Las ayudas didácticas que haya en los bancos de materiales de las UPAS, serán actualizadas periódicamente de acuerdo a las recomendaciones hechas por la Comunidad, la Promotora y la Auxiliar de Enfermería para que retorne el mensaje desde el Centro y haya una verdadera retroalimentación.

La idea final de desarrollar el Programa de Educación en Salud, es que la comunidad se apropie de los conocimientos impartidos, los internalice y cambie su comportamiento frente a la salud y la enfermedad, sus causas y el cómo prevenirlas. Esta tarea educativa se considera que es lenta, pero a largo plazo nos puede producir resultados óptimos como una labor complementaria de la Atención Primaria.

4. ETAPA DE SUPERVISION

Se realiza a través de dos modalidades :

a. Fase Supervisión Directa

Esta Supervisión será bimensual, la realizarán las Auxiliares de Enfermería de las respectivas UPAS. Los miembros del Equipo Coordinador responsable del programa hará supervisión al mismo semestralmente.

b. Fase Supervisión Indirecta

Esta se realizará a través de las concentraciones de Promotoras y las conclusiones y sugerencias hechas en grabaciones por miembros de la comunidad, a través de la guía de evaluación de la Promotora Rural de Salud y la de la Auxiliar de Enfermería. Estas guías serán elaboradas de acuerdo a la técnica educativa utilizada.

5. ETAPA DE EVALUACION

La Evaluación se hará semestralmente, con base en las sugerencias hechas por la comunidad, la Promotora y por las Auxiliares de Enfermería a los contenidos y ayudas educativas.

También se evaluará a mas largo plazo, a través del cambio de comportamiento de las comunidades en cuanto a promoción, prevención y recuperación de su salud. Como marco de referencia inicial hemos tenido en cuenta el Diagnóstico y Evaluación del año 1981. Se adoptará también la modalidad de Evaluación Participativa con las Comunidades. Se establecerán guías de Evaluación según la técnica educativa utilizada.

a. Evaluación por la Comunidad

Se hará trimestralmente. Las Promotoras Rurales de Salud reunirán a los miembros de la Comunidad y utilizarán las guías de evaluación. También grabarán la discusión y enviarán dichos cassettes a las UPAS y de éstas al Programa Rural de Salud.

b. Evaluación de la Auxiliar de Enfermería

En la UPA, la Auxiliar de Enfermería hará un condensado de la - Evaluación hecha por la Promotora, lo enviará al Programa Rural de Salud con las guías de Evaluación de las diferentes U.C.P. y respectivas grabaciones de los cassettes.

La Auxiliar también enviará un informe de la Evaluación realizada por ella, teniendo en cuenta la guía de evaluación diligenciada. Esta Evaluación la hará trimestralmente.

Teniendo en cuenta estas guías de evaluación y las sugerencias hechas por las personas involucradas en el Programa de Educación en Salud a la comunidad, se harán las adaptaciones y revisiones que se consideren necesarias.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES PARA DESARROLLAR EL PROGRAMA

1. RECURSOS HUMANOS

a. A Nivel Seccional

Médicos del Programa Rural de Salud
Trabajadora Social del Programa Rural de Salud
Productor de Radio y Comunicaciones. U.T.CH.
Enfermera del Programa Rural de Salud
Educatora
Ingeniero Sanitario

b. Nivel Local UPA

Médico Rural

Promotores de Saneamiento

Enfermeras

Auxiliares de Enfermería

c. Nivel Unidades de Cuidado Primario

Maestros

Líderes de Comités de Salud

Médico Tradicional

Parteras

Promotores Rurales de Salud

Comunidades

2. RECURSOS MATERIALES

Grabadoras

Cartillas

Lápices

Cassettes

Volantes

Marcadores

Franelógrafo

Cartulinas

Láminas

Proyectores

Rotafolios

Juegos

Papelógrafos

Papel periódico

Sociodramas

Vitrinas

Borradores

Dinámicas grupales

Pilas

C A P I T U L O S E P T I M O

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

A. INTRODUCCION

Desde el inicio del Programa en el Chocó, se dió énfasis al apoyo - del desarrollo comunitario como consecuencia lógica de la Capacitación del Instituto CIMDER en Cali encargado del diseño del metodología en los primeros años:

Por parte del Programa Rural de Salud se vinculó una Trabajadora Social en 1980 para desarrollar este Componente, que fuera de la organización comunitaria se dedicara a la promoción y selección de Promotores Rurales de Salud, colaboración en la capacitación de dichos promotores , organización de Talleres de Medicina Tradicional preparar y acompañar las acciones de Saneamiento Básico y Atención a las Personas.

Desde 1983 también estaba trabajando con el Programa, el Trabajador Social del Servicio Seccional de Salud del Chocó/Jefe de la Sección de Trabajo Social, que implantó la Investigación Participativa en el Medio y Bajo Atrato y que antes introdujo el Programa de la Participación de la Comunidad del Ministerio de Salud en el Alto Atrato, de la cual resultaron los Botiquines Comunales.

En 1985 se contrataron dos nuevas Trabajadoras Sociales por parte - del Convenio, una como reemplazo de la Trabajadora Social que inició con el Programay la otra como encargada del área del Atrato, en reemplazo del Trabajador Social del Servicio debido a que juntos se encuentran en comisión de estudio.

Como recursos específicos queremos mencionar también los dos Antropólogos que están asesorando al Programa de Medicina Tradicional desde Abril/84 y terminarán su trabajo en Chocó en el mes de Agosto/85.

Desde el principio habían recursos financieros tanto para cubrir los gastos de funcionamiento (desplazamiento en el área), como para materiales y equipos necesarios para ejecutar los programas, como plantas eléctricas portátil, grabadoras, proyectores, etc.

En los años 1983 y principios de 1984, el Convenio también cubrió los gastos de desplazamiento del Trabajador Social del Servicio dentro de la zona de influencia del Programa.

Las áreas de trabajo del Componente PACO son en líneas generales las mismas de los demás componentes. Lo único que los diferencia es el ritmo y orden de implementación,

Inicialmente con la metodología CIMDER se trabajó básicamente en el Medio y Bajo Atrato, después también en las UPAS de Lloró y Bagadó. La metodología de la Investigación Participativa la cual se empezó a desarrollar en el año 1982, se implantó primero en el Alto Andágueda (por el Programa Rural de Salud. UPA de Bagadó), después en el Medio Atrato (Por el Servicio Seccional de Salud. UPA Ríosucio) y Alto Atrato (Por el Programa Rural de Salud. UPA Lloró).

En el año de 1985 también se inició el trabajo con Participación de la Comunidad en las comunidades indígenas del Bajo San Juan.

B. DESARROLLO DEL COMPONENTE

Las experiencias obtenidas por el Programa Rural de Salud del Convenio Colombo Holandés las podemos dividir en dos etapas :

Una primera etapa que corresponde a los años 1980 - 1981, donde se utilizó la metodología CIMDER, para el desarrollo de la Participación Comunitaria en las Areas del Atrato Medio y Bajo. Estas experiencias nos exigen detenernos un poco en la concepción de PACO y la metodología utilizada por CIMDER.

Es cierto que compartimos la concepción filosófica del desarrollo rural planteado por CIMDER y fundamentalmente en la autogestión comunitaria que parte de las formas organizativas simples impulsadas por Salud (Uniones Familiares de Salud) cuyos objetivos van mas allá de la Salud y propender por un bienestar humano integral, hasta conseguir un sistema de organización asociativa (SOA), que les permite a las comunidades obtener cierta independencia económica, social y política frente a los agentes externos estatales o privados para demandar y negociar la cantidad y la calidad de los bienes y servicios necesarios de acuerdo a sus necesidades y recursos. Pero no es menos cierto que en la aplicación de la metodología se descubrió un vacío en lo referente a los instrumentos, técnicas y estrategias para la acción que permitieran a las comunidades partiendo de su realidad, identificar, relacionar y analizar los factores condicionantes del problema que desarrolla marginalidad a nivel particular y los factores condicionantes del problema Salud-Enfermedad, para que con base en ésto y el fortalecimiento de sus organizaciones, diseñar estrategias de participación comunitaria - acordes con su realidad.

En el Medio y Bajo Atrato se organizaron 33 uniones familiares de salud, pero a lo anteriormente planteado se le sumó la falta de apoyo multisectorial y a comienzos de 1982 en dichas organizaciones se inició un proceso de desintegración que hizo reflexionar y pensar acerca de las fallas y vacíos metodológicos que hubo en la implementación de PACO. Fue el período de la búsqueda y reformulación de una estrategia que correspondiera a la realidad de nuestras comunidades rurales y que permitiera obtener los instrumentos necesarios para asumir la orientación del proceso del Programa de Atención Primaria.

Para la segunda etapa de trabajo 1982 - 1983, partiendo de la experiencia anterior, de las recomendaciones de la Misión de Evaluación y de las necesidades que el desarrollo del Programa planteaba al ampliar la cobertura a otras áreas del Departamento, se definieron a nivel del componente PACO, algunos puntos mínimos para el trabajo, que partieran no solamente de éste sino también la sistematización de acciones a través de 3 elementos básicos dentro de la PACO.

- * La Investigación y Diagnóstico Participativo
- * Identificación de Agentes y Recursos de la Medicina Tradicional
- * La Educación en Salud a la Comunidad

Con esta
Con esta experiencia se ha pretendido que a partir del reconocimiento de su realidad económica, social, política y cultural relacione la influencia de diversos factores en la problemática de Salud - Enfermedad y en general en la inmensa problemática de la marginalidad rural del Chocó, no a través de falsos estereotipos preestablecidos, sino a partir de una visión integral del problema

y en consecuencia ha planteado soluciones de tipo local y demanda-¹do soluciones institucionales, ante las agencias estatales no par -
tiendo de los programas ofrecidos por éstas sino a través de sus ne-
cesidades sentidas.

Se entiende el proceso de PACO, no necesariamente a partir de las
necesidades del Programa de Atención Primaria, sino como el proceso
mediante el cual la Comunidad a partir de la identificación de su
problemática y a través de sus diferentes formas organizativas movi-
liza sus recursos y demanda bienes y servicios frente a las agen -
cias de desarrollo, utilizando para ellos diferentes estrategias -
que le permitan formular, controlar y evaluar la cantidad y calidad
de servicios necesarios para obtener un desarrollo humano integral.

Se concibe el proceso de participación de la comunidad a partir del
contexto socio-económico en el que se encuentran ubicadas las comu-
nidades sujetas del Programa o simplemente definimos el ámbito de
la participación de acuerdo a sus necesidades del Sistema de Salud
y en consecuencia así se orienta el proceso; fue este el gran dile-
ma que se planteó, por ello los instrumentos, técnicas y dinámicas
de investigación participativa resultaron de vital importancia -
para iniciar con las comunidades un proceso de participación de la
comunidad que entre otras cosas ha señalado una verdad inocultable-
y es que en la solución de los problemas de salud siempre ha parti-
cipado la comunidad a partir de su cosmovisión del problema Salud -
Enfermedad, creando su propio sistema de salud que va desde la aten-
ción ofrecida por diferentes agentes de la Medicina Tradicional y -
que corresponden a sus necesidades, recursos y necesidades cultura-
les.

Es una atención que por sus costos y accesibilidad goza de gran demanda por parte de la población, al descubrir y aceptar éste proceso participativo en uno de los pasos sólidos que se han dado en la búsqueda de una participación comunitaria que se desarrolle desde y para la comunidad.

El proceso no termina en la simple demanda de servicios ante las Entidades o en la solución de tipo local, el proceso inicia es a partir de éste momento en la cual cada comunidad diseña sus propias estrategias y modelo de participación frente a la estructura de poder existentes.

Como Programa de Salud y dentro de las posibilidades financieras y técnicas se asumen responsabilidades en la solución que se puede ofrecer a las comunidades sin crear falsas expectativas, el proceso de participación comunitaria que se dé a nivel del Programa, es fruto de planteamientos que anteriormente se hacen. Así mismo se toma la responsabilidad de asumir un papel coordinado entre los distintos sectores del desarrollo y las comunidades, pues se ha iniciado con ellas la búsqueda del camino que permita mejores condiciones de vida a las poblaciones rurales del Departamento.

C. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION PARTICIPATIVA .

EJEMPLO : BAGADO

Los objetivos que se pretenden a través de la Investigación y Diagnóstico Participativo en el área son :

1. Lograr que las Comunidades a partir de la identificación de su contexto socio-económico, político y cultural puedan desarrollar un protocolo de participación comunitaria que apunte hacia la consecución de mejores niveles de vida.
2. Conseguir que las comunidades a través del proceso aumenten la confianza en sus propias capacidades e identifiquen sus recursos y la mejor manera de utilizarlos .
3. Capacitar a las Comunidades en el manejo de algunas técnicas o instrumentos de investigación.
4. Lograr que las comunidades a partir del conocimiento de su problemática formulen sus propias alternativas de solución a partir de sus necesidades y recursos.
5. Lograr que las Comunidades puedan comprender la relación y los factores condicionantes del problema Salud - Enfermedad.
6. Lograr que en el área se desarrollen de manera coordinada acciones multisectoriales que permitan a las comunidades - mejorar sus condiciones de vida, a partir de la demanda de bienes y servicios necesarios identificados por estas.

El proceso de la Investigación y Diagnósticos Participativos se inició con una primera etapa de inducción a las Auxiliares de Enfermería de las UPAS y a las Promotoras Rurales de Salud de las Veredas donde se iba a desarrollar. En la Inducción se explicaron :

1. Objetivos que se pretendían lograr
2. Metodología de trabajo
3. Papel de los Agentes de Salud en el proceso

Luego de esto y en razón de la extensión de la zona, se agruparon las Veredas en grupos para iniciar el trabajo.

ETAPA DE MOTIVACION Y PROGRAMACION

El proceso en las comunidades se inició con una etapa de motivación donde de manera sencilla y comprensible para ellas se explicaron los objetivos que se pretendían alcanzar, el papel de la comunidad y se discutió la forma en que se iba a desarrollar el trabajo. Con las comunidades se acordó que se trabajaría en los hechos, pues las actividades productivas de la población - así lo exigían; posteriormente se organizaron los grupos de trabajo en cada Vereda, los grupos se dividieron en grupos de hombres y grupos de mujeres; el motivo de esta organización fue porque nos permitiría conocer los conceptos y expectativas de los hombres y mujeres frente a la problemática Socio-económica de la Comunidad , claro está que los grupos realizaron siempre un análisis y discusión de sus planteamientos para la elaboración del Diagnóstico y las propuestas de solución , hubo unidad de criterios. (el material obtenido con los grupos de mujeres nos permitirá en un futuro desarrollar con mayor profundidad un

estudio acerca del papel de ésta frente a Salud y desarrollo de las expectativas y necesidades de este grupo).

ETAPA DE SELECCION Y DISEÑO DE INSTRUMENTOS

Posterior a la organización de los grupos se procedió a discutir con las comunidades los aspectos que se dejaban conocer en el proceso : los aspectos seleccionados fueron :

- * Salud
- * Educación
- * Problema Agrícola
- * Problema Minero
- * Servicios públicos
- * Conocer la historia de la Vereda
- * Aspecto cultural
- * Ingreso
- * Mercadeo
- * Vías de comunicación
- * Medicina Tradicional]
- * Presencia Institucional
- * Vivienda
- * Ubicación geográfica
- * Organizaciones existentes

Luego se procedió a las guías de información; las guías se desarrollaron en los grupos de trabajo con amplia participación de los miembros de la comunidad y luego se completaba éste con el aporte y discusión que hacían los diferentes grupos: La Promotora, la Auxiliar de Enfermería y la Trabajadora Social orientaron el trabajo con los grupos. Hablamos de guías de información

porque se utilizaron formularios estructurados, para recoger - los datos se hizo mayor énfasis en técnicas de trabajo grupal y la observación participante, la entrevista y discusión para obtener información cualitativa, en instrumentos que nos permitieran recoger información cuantitativa.

ETAPA DE RECOLECCION Y CLASIFICACION DE INFORMACION

En esta Etapa los grupos recogieron los datos con las guías de información, entrevistas y discusiones grupales; luego se procedió a la tabulación de los datos por cada Vereda.

ETAPA DE ANALISIS, SELECCION DE PROBLEMAS Y FORMULACION DE SOLUCIONES

En esta etapa y a partir de la situación encontrada en la Investigación, se procedió a seleccionar y priorizar los problemas - teniendo en cuenta los recursos de la comunidad y la cantidad de bienes y servicios necesarios para demandar a las Instituciones. Así mismo se hizo la relación de causalidad de todos los problemas.

ENCUENTRO INSTITUCIONAL

Para este Encuentro cada Comunidad seleccionó 2 representantes que llevaron ante las diferentes Entidades para su análisis y - discusión la problemática que padecen las veredas y las soluciones propuestas, así mismo, la demanda de bienes y servicios a - las Entidades.

El Encuentro se desarrolló de la siguiente manera :

1. Palabras de Inauguración por parte del Gobernador Encargado, un representante de las Comunidades y la coordinación del Encuentro.
2. Discusión de la mecánica de trabajo
3. Presentación de los diagnósticos y soluciones
4. Discusión plenaria de los diagnósticos y soluciones
5. Discusión grupal de instituciones y representantes de la Comunidad para establecer acuerdos y conclusiones.

Posteriormente, los representantes de las Veredas realizaron en cada Comunidad, Asambleas Comunitarias para discutir con las Comunidades, las impresiones y conclusiones del Encuentro.

ACCIONES POSTERIORES AL PROCESO

En la actualidad algunas comunidades, Chamberé y Muchichí han organizado pequeñas Cooperativas de consumo y en las otras se está trabajando en la recolección de materiales para los acueductos rurales funcionados por el Convenio.

SEGUIMIENTO Y APOYO AL PROCESO

A través de las Promotoras, Comités de Salud, Auxiliares de Enfermería y Programa de Educación en Salud, se han realizado reuniones con la comunidad para analizar los logros alcanzados al nivel local y la falta de propuesta multisectorial.

Se tiene programado para el mes de noviembre una reunión multisectorial para definir las acciones que deberán desarrollar las diferentes Entidades para satisfacer la demanda de las comunidades.

EVALUACION

Para el proceso se utilizará la Evaluación Participativa a través de guías sencillas de evaluación y discusiones grupales, - donde se puede conocer los logros y dificultades encontradas - para alcanzar los objetivos planteados y se puedan desarrollar así mismo los ajustes necesarios para el logro de las metas propuestas.

D. MEDICINA TRADICIONAL

Cuando se implantó el Programa de Atención Primaria en las áreas programáticas seleccionadas, el Equipo Multidisciplinario de trabajo - encontró que las comunidades tenían ya algunas formas propias de - atender sus problemas de Salud mas frecuente, ya sea mediante la "Medicina Casera" , o acudiendo a personas como la Partera, el Curandero, el Sobandero y otros quienes practican la Medicina Tradicional con verdadera dedicación profesional en cada comunidad.

La existencia de estas prácticas y de los personajes que las llevan a cabo es algo que no se puede negar entre las comunidades y que - bien vale la pena tener en cuenta cuando se realizan Programa de Atención Primaria, especialmente para las áreas rurales. Es necesario considerar la importancia de esta situación porque, de la actitud - de las relaciones que los Agentes de Salud de A.P.S. tengan con los Agentes de la Medicina Tradicional, dependerá buena parte, la aceptación del Programa por la población beneficiaria, su participación en él y la estabilidad y el éxito del mismo.

Después de haber observado que este recurso tenía mucha aceptación dentro de las comunidades, se decidió acercarse a estos Agentes y - fue así como nació la idea de realizar encuentros con los Agentes - de la Medicina Tradicional, después de haber hecho la ubicación de los especialistas en los diversos campos de ésta práctica Médica - Tradicional, en general dos grupos : Médicos Tradicionales y Parteras Empíricas. Se realizaron dos encuentros uno en Bellavista en junio/82 y otro en Lloró en octubre/82 en los cuales participaron - unos 20 Representantes de la Medicina Tradicional en cada uno.

En estos Encuentros se trataba de lograr un intercambio con ellos acerca de sus técnicas, procedimientos y expectativas e inquietudes frente al sistema Institucional y así lograr una aproximación al conocimiento de la Medicina Tradicional y una posible articulación de esta Medicina Tradicional con el Programa de Atención Primaria. Estos Encuentros permitieron tener una idea de como los Médicos Tradicionales, también tienen sistematizada su atención en salud, desde : La etiología, la clasificación de las enfermedades, técnicas de diagnóstico, tratamiento que utilizan, la manera como tratan y previenen algunas enfermedades y también sobre el origen, aprendizaje y ejercicio de esta Medicina Tradicional con las pautas de trabajo en otros grupo, también obtuvieron muchos datos importantes sobre los cuidados y técnicas aconsejadas o empleadas por ellas en las diferentes etapas del embarazo, el parto y el puerperio, la atención del recién nacido, las actitudes de éstas parteras frente a la atención institucional del parto y del aprendizaje mismo del oficio de la partera.

Después de tener recopilada esta información tan valiosa nos permitimos identificar el verdadero valor de los Agentes de la Medicina Tradicional, se presentó la inquietud acerca de que si se capacitaban los Agentes de la Medicina Tradicional o no. Nuestra experiencia con ésta Medicina era poca y no se quería llegar a medicalizar su práctica contaminándola de vicios de la Atención en Salud Institucional. A ese respecto se observó que las diferencias esenciales entre los diferentes sistemas de Medicina no provienen de los objetivos y de los efectos, sino mas bien de la cultura de los pueblos que practican distintos sistemas. Se afirma además que la Medicina Tradicional no es nueva, puesto que siempre ha sido integrante de toda cultura humana.

A partir de éstas experiencias sigue la idea de buscar de buscar - una asesoría de personas que hubieran trabajado en el área de la Medicina Tradicional. Actualmente el Equipo está recibiendo la asesoría de los antropólogos MIGUEL LOBRO GUERRERO Y XOCHILT HERRERA, quienes en este momento son un gran apoyo para el Programa debido a las experiencias que tienen en este tipo de trabajo. Ellos piensan que el proceso de trabajo con la Medicina Tradicional debe orientarse más a las comunidades que hacia los especialistas y más a lograr un afianzamiento y desarrollo autónomo de los recursos culturales propios que involucran recursos externos, sobre los cuales las comunidades no podrían obtener un control efectivo sino se ha dado antes esa reafirmación de una capacidad autónoma de desarrollo.

Esto no quiere decir que debe descartarse de antemano la posibilidad de capacitar a los especialistas tradicionales. Pero ante de tomar esta decisión se debe trabajar con la comunidad, para que ellos puedan tener los elementos necesarios para decidir sobre el sentido y el alcance que esa capacitación debe tener. Por esto se esta llevando a cabo una investigación participativa sobre Medicina Tradicional para profundizar más sobre la misma y que pueda dar la pauta al proceso de articulación de esta medicina con el Programa de Atención Primaria.

Ningún Programa de Salud que tenga como objetivo mejorar el nivel de salud de la población puede ni podrá jamás, desconocer el sistema tradicional de salud que han desarrollado en el mundo las diferentes culturas humanas, en el Chocó el sistema se estructura desde el nivel de atención primaria ofrecido por la familia hasta el nivel más especializado como el de los pegadores de huesos, el que cura el mal de ojo, el que ve los orines, etc.

Existe pues una gran división de la Salud Tradicional; la parte que corresponde a la Atención Materno Infantil es responsabilidad de la Partera o Comadrona. A través de todos los tiempos la partera ha sido persona reconocida por su comunidad para la atención obstétrica, por eso en los adiestramientos realizados no se pretendió enseñarles a atender un parto, ya que ésto es parte de su herencia como mujer, solamente se quería intercambiar ideas y que hubiera un verdadero proceso de retroalimentación. La sugerencia de este adiestramiento surgió de ellas mismas y fueron ellas quienes hicieron el aporte para la planeación de los temas que querían conocer a fondo.

E. LOGROS Y OBSTACULOS

1. Investigación y Evaluación Participativa

Logros

Se ha logrado una gran convergencia de las actividades de Atención Primaria en Salud en la zona del Alto Atrato.

Podrían ser por : Que con el cambio de la metodología en Participación de la Comunidad, ameritaba mas tiempo de trabajo en la zona (Area 2) y no hubo otra persona que dedicara igual tiempo en el area 1. En 1984 el Trabajador Social del Servicio de Salud encargado del Area 1, salió del Departamento a capacitarse. El seguimiento de este trabajo se retoma en año 1985, con la vinculación de una Trabajadora Social por parte del Programa Rural de Salud.

Las comunidades después de analizar su situación local, logran plantear una programación de acciones integrales, relacionando así un Problema de salud con los otros problemas de su vida cotidiana, como la agricultura, alimentación, ingresos, educación, asistencia técnica.

Obstáculos

- a. Se encuentra una limitante grande con la orientación que se da al proceso de Participación de la Comunidad de demanda a las instituciones a través del Encuentro Institucional. Se es consciente que este planteamiento de proyectos de desarrollo integrado a las Instituciones solo puede provocar a corto y mediano plazo la colaboración de aquellas Instituciones, eventualmente a través del Proyectos, si éstos coinciden con los intereses de la Institución y con los objetivos y estrategias que se desprenden de dichos intereses. Por lo tanto, se da fácilmente la desmovilización de los participantes, para continuar buscando soluciones a su problemática, por que las Instituciones no responden .
- b. Una de las limitantes en la realización de la Investigación Participativa fue el número de veredas seleccionadas. Por las características del método de la Investigación Participativa, se requiere de un período de tiempo largo, tanto de la Comunidad como de los Investigadores para poder realizarla.

Parace que predominó la ampliación de cobertura y no la Investigación misma. Esto mismo llevó a que se utilizaran solo "los instrumentos, las técnicas y dinámicas de la Investigación Participativa, dejando de lado lo fundamental" : Su metodología.
- c. Otra limitante que se ha encontrado es la falta de seguimiento a la Investigación Participativa después del Encuentro Institucional, porque la Investigación es permanente, los resultados de ella generan acciones que crean a su vez nuevas necesidades de investigación.

- d. Una limitante para la Evaluación Participativa fue el diseño de ella. Para la realización de una Evaluación Participativa es necesario que el Equipo Interdisciplinario que ha participado en la planeación y ejecución de las acciones se involucre en su ejecución.
- e. También se vé como limitante, el hecho de que la evaluación no haya sido coordinada por la persona que tuvo a su cargo el proceso de la Investigación Participativa.
- f. Desintegración de la primera etapa de trabajo 1980 a 1981, de las Uniones Familiares de Salud, por el vacío en la metodología relacionado con los instrumentos técnicos y estrategias - para la acción y la falta de coordinación intersectorial.
- g. Militarización en el área del Alto Atrato por enfrentamiento de la guerrilla con las fuerzas militares en el año 1981.
- h. Cultivo de la marihuana que produjo una descomposición social que generó una desintegración en la comunidad y no permitió - su cohesión en el año 1981 (Bajo Atrato).

2. MEDICINA TRADICIONAL

Logros

- a. Se realizaron dos Encuentros de Medicina Tradicional, uno en Bellavista (Junio 1 y 2 de 1982), otro en Lloró (Octubre 27 y 29 de 1982).
- b. Dos adiestramientos de parteras, uno en el Medio Atrato (Bojayá) participaron 20 parteras empíricas y en el Alto Atrato - (Lloró y Bagadó) 24 para un total de 44 parteras capacitadas en 1983.

Un Estudio de Investigación Participativa en la Medicina Tradicional asesorado por los Antropólogos MIGUEL LOBO GUERREO Y XOCHILT HERRERA .

c. Reconocimiento del Valor de la Medicina Tradicional

Obstáculos

- a. Como se dijo anteriormente, la poca experiencia que tenía inicialmente el equipo de trabajo en estos aspectos, en la actualidad hay satisfacción por el aporte que han hecho los agentes de Medicina Tradicional al equipo de trabajo .

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

1. La falta de orientación en las personas que realizaron la Evaluación Participativa (T.S. nuevas en el Programa) conllevó a que no se hiciera un diseño de un instrumento que permitiera evaluar la metodología del proceso en la Investigación Participativa, solamente se utilizó en la Evaluación.
2. Uno de los logros obtenidos en los Diagnósticos Participativos, - fue que las comunidades plantearon unas acciones dentro del marco del desarrollo integrado.
3. Existe una proliferación de organizaciones comunitarias impulsadas por Salud (Comités de Salud, Juntas Administradoras, de Acueductos, etc). que hasta hoy en su mayoría no han sido operativas y no han contribuído a la capacitación y organización comunitaria.
4. Esto se podría explicar por dos razones :
Por un lado han faltado criterios definidos sobre la implementación de estas organizaciones, que obedecen mas a las necesidades institucionales que a las propuestas surgidas de la misma gente.
5. El mismo marginamiento en que se encuentran estas comunidades no permite una organización fuerte que movilice a sus miembros.
6. Lo que se pretende con la Investigación Participativa es lograr una participación comunitaria activa y consciente. Pero no se puede plantear por ahora una evaluación de la Participación Comunitaria, ya que ello implicaría evaluarla a 4 niveles : A través de la organización formal de los diversos grupos de las acciones reivindicativas con expresión de sus intereses.
Económicos Sociales : A través de las representaciones comunitarias en los organismos del sector público de salud.

A través del grado de ingerencia en las decisiones sobre las políticas de salud en general.

7. Hace falta seguimiento de las áreas donde se ha realizado el Diagnóstico y la Investigación Participativa.
8. Se ha logrado en algunas comunidades mejor conscientización y actividades comunitarias. No han habido acciones inter-institucionales a pesar de los encuentros.
9. Algunos Comités han fracasado por falta de seguimiento y la inadcuada dotación de drogas.
10. Aunque se ha logrado un mejor conocimiento de algunos aspectos de salud, falta mucho por hacer; las acciones desarrolladas por la gente de dejar vacunar a sus niños, participar en la acción de toldillos , participar en el Estudio Epidemiológico, hervir el agua y participar en las obras de Saneamiento.

Después de los Encuentros :

11. Se ha logrado mejor colaboración entre la Partera y la Promotora pero se han presentado algunos problemas de relación entre el Médico tradicional y la Promotora. Se espera que la Investigación Participativa en M.T. que se está desarrollando pueda mejorar esta relación.
12. Faltan criterios sobre precios y división sobre funciones entre los dos sistemas.

A N E X O A

RECURSOS EXISTENTES EN LAS COMUNIDADES, ORGANIZACIONES COMUNITARIAS Y PORCENTAJES DE SOCIOS.

Se presenta una descripción de las comunidades, organizaciones comu
nitarias y porcentajes de socios por área.

A R E A 1

EDUCACION

Cada comunidad cuenta con su escuela construída en madera con apor
te de la Secretaria de Educación y mano de obra comunitaria; se en
cuentran en mal estado , no tiene la dotación necesaria, falta mate
rial educativo, pupitres para los alumnos, profesores para todos -
los cursos de la primaria. Estas escuelas permanecen varios meses
sin profesor, motivo por el cual los alumnos se ven obligados a re
petir varias veces el mismo curso. En cuatro de las Escuelas se en
cuentran pequeñas huertas escolares en donde se siembre casi siem -
pre cebolla.

HUERTAS Y GRANJAS

En esta área existen huertas comunitarias, escolares y familiares.
Siendo mayor el número de las huertas familiares, éstas generalmen
te son muy pequeñas y predominan en ellas mas las plantas medicina
les que las verduras y hortalizas. El número varia de un año a -
otro por las frecuentes inundaciones, solamente subsisten las que
siembran en las azoteas.

ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES

En el área se encuentran 79 establecimientos comerciales. La mayoría de ellos pertenecen a pequeños propietarios en donde se expenden los productos básicos del consumo familiar (Café, panela, arroz, manteca).

RECREACION

No existen espacios dedicados a la recreación de la población, como parques infantiles o canchas deportivas. Generalmente en todas se encuentra un espacio que los jóvenes han delimitado para jugar fútbol.

CASAS FINANCIADAS

Generalmente la financiación de la vivienda es individual, son muy pocas las viviendas financiadas por el ICT, tampoco existen Programas de Mejoramiento de Vivienda.

SALUD

Esta área cuenta con dos Centros de Salud, dos Médicos, cuatro Auxiliares de Enfermería, dos Promotores de Saneamiento, diez Puestos de Salud y 22 Promotoras de Salud. Los Puestos de Salud han sido construidos con aportes del Servicio de Salud del Chocó y mano de obra comunitaria.

ACUEDUCTO

218 viviendas son usuarias de acueducto rural. Estos acueductos fueron construídos por el INAS y el Programa Rural de Salud. Se observa que el va decreciendo.

ENERGIA ELECTRICA

Solamente 71 viviendas cuentan con el servicio de la energía eléctrica, proveniente de plantas particulares o de los aserrios.

VIAS DE COMUNICACION

La única vía de comunicación existente es el río, pero no se encuentra una empresa que tenga regularizado el transporte para el área. Es ocasional y los costos son bastantes elevados.

INSTITUCIONES RELIGIOSAS

Existen 11 locales destinados a las prácticas religiosas.

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

En el área se encuentra un total de 50 organizaciones comunitarias con un número de 820 socios. El 25% de ellas son Juntas de Acción Comunal con el 29% de socios. El 40% de ellas son los Comités de Salud con el 30% de socios. El 18% son las asociaciones de padres de familias, con un 28% total de socios. Las otras organizaciones (8 en total), son de carácter político, cultural y/o recreativo. A pesar de existir estas organizaciones formalmente, no son operativas, no citan a la comunidad a reuniones regularmente, ni desarrollan acciones comunitarias.

La única que se reúne regularmente cada 3 meses es la Asociación de Padres de Familia, pero lo hacen con el objetivo de conocer el estado educativo de sus hijos y no para plantear actividades comunales.

En esta área las actividades que mas movilizan a la comunidad son la vacunación humana y animal.

OTRAS INSTITUCIONES EN EL AREA

Adelanta programas en el área de CODECHOCO, implantando proyectos de producción y comercialización de arroz, microproyecto rentables con mujeres (En una Vereda que no está dentro del área programática del Programa de Salud).y experimenta con cultivos de hortalizas en azotea (Ver Cuadro # 60).

A R E A 2 : LLORO Y BAGADO

EDUCACION

Se encuentran 21 Escuelas en condiciones poco apropiadas para funcionar. Permanecen sin profesor gran parte del año. No cuenta con primaria completa, ni con el número de profesores necesarios para atender a la población escolar. Solo una de ellas por iniciativas del profesor tiene huerta escolar.

HUERTAS Y GRANJAS

También predominan las huertas familiares, el predominio también de plantas medicinales.

CUADRO N° 6 1
RECURSOS EXISTENTES EN LAS COMUNIDADES

A R E A 1	1981	1982	1983	1984
Escuelas funcionando	20	20	18	21
Huertas y granjas comunitarias	2	8	1	-
Huertas y granjas escolares	1	26	1	4
Huertas y granjas familiares	14	1	47	10
Establecimientos comerciales	48	68	60	79
Canchas deportivas	18	23	19	22
Parque recreacional	-	1	1	-
Casas financiadas por el I.C.T.	-	2	3	8
Casas financiadas por empresa privada	-	-	1	-
Casas usuarias de acueducto rural	-	152	225	218
✓ Puestos de salud funcionando	8	9	5	10
Relleno sanitario comunitario	-	1	1	3
Casas usuarias del servicio de energía	-	134	82	71
Locales religiosos	10	9	8	11
Puestos de policía	-	-	1	1
Casetas comunales	4	9	10	10
Promotoras trabajando	22	22	21	21
Auxiliares de enfermería	-	4	4	4
Promotoras de saneamiento	-	-	2	2
Médicos	-	-	2	2
Centros de Salud	1	1	2	2

ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES

Se encuentran en el área 67 establecimientos comerciales. Son establecimientos comerciales pequeños en donde las comunidades se proveen de los productos básicos de consumo. Solo en una comunidad se encuentra una Cooperativa Colectiva de Consumo.

RECREACION

Se encuentran 20 canchas de fútbol, no existen canchas para otros deportes, ni parques recreativos para los niños.

SALUD

Dos Centros de Salud, con dos Médicos, cuatro Auxiliares de Enfermería, dos Promotores de Saneamiento y 21 Promotoras de Salud.

ACUEDUCTO

En las 20 comunidades, 280 viviendas cuentan con el servicio de acueducto comunitario.

INSTITUCIONES RELIGIOSAS

En nueve comunidades se encuentran locales destinados a la presta-ción de servicios religiosos.

ENERGIA ELECTRICA

Solo 93 viviendas cuentan con este servicio, generalmente son plantas eléctricas particulares, en una sola comunidad cuentan con una planta comunitaria. Reciben también luz de la Hidroeléctrica de la Compañía de Mineros del Chocó.

VIAS DE COMUNICACION

La única vía de comunicación existente es el río

OTRAS INSTITUCIONES

NO trabajan en el área otras Instituciones con Programas de Desarrollo.

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

Existen 30 organizaciones en las 20 Comunidades, con un total de 318 socios.

El 43% de ellas son los Comités de Salud, a los cuales pertenece el 25% de los socios.

El 30% de estas organizaciones son las Juntas de Acción Comunal con un total del 27% de los Socios.

Al igual que en las otras áreas los Comités de Salud están nombrados para no funcionar, su labor principal es la de administrar los Botiquines Comunales.

Lo mismo sucede con las Juntas de Acción Comunal, son constituidas a nivel Veredal con el objeto de conseguir la Personería Jurídica, para poder solicitar partidas presupuestales a los Senadores y los Representantes de la República. La mayor movilización de los pobladores se da en torno a la Vacunación humana (Ver Cuadro # 61).

CUADRO N° 6 2
RECURSOS EXISTENTES EN LAS COMUNIDADES

A R E A 2	1982	1983	1984
Escuelas funcionando	33	20	21
Huertas y granjas escolares	4	-	1
Huertas y granjas familiares	-	48	17
Establecimientos comerciales	31	68	67
Canchas deportivas	18	16	20
Viviendas construidas por la empresa privada	1	-	-
Viviendas que se sirven de acueducto	62	70	280
Puestos de Salud funcionando	7	9	8
Rellenos sanitario comunitario	3	1	1
Viviendas que se sirven de luz eléctrica	172	146	93
Locales religiosos	5	7	9
Puestos de policía	8	2	-
Caseta comunal	4	8	9
Promotoras trabajando	22	21	21
Auxiliares de enfermería	4	4	4
Médicos	2	2	2
Promotoras de Saneamiento	2	2	2
Centros de Salud	2	2	2

AREA 3 : SAN JUAN : TADO, ISTIMINA, CONDOTO Y NOVITA**EDUCACION**

En las 34 comunidades atendidas por Promotoras se encuentran 37 locales educativos para primaria, al igual que en las otras áreas - se encuentran en mal estado, no tienen el material educativo necesario, la mayoría no cuenta con la primaria completa, ni con el número de profesores necesarios para atender a la población escolar y permanecen gran parte del año sin profesor.

HUERTAS Y GRANJAS

El mayor numero de huertas también lo tiene la familia

ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES

Existen en las 34 unidades de cobertura, 105 locales en donde se venden los productos básicos alimenticios, no existen Cooperativas básicas de consumo de producción o comercialización de productos - del Agro.

RECREACION

No existe una Institución u organización dedicada a éste servicio Se encuentran 33 canchas de fútbol, construídas por la misma comunidad. NO se practica otro tipo de deportes, no existen espacios dedicados a la recreación infantil; la recreación usual es bailar los fines de semana.

SALUD

Se encuentran 3 hospitales locales con 7 Auxiliares de Enfermería, Médicos, Odontólogos, Enfermeras Profesionales, Promotores de Saneamiento, dos Supervisores de Saneamiento, 24 Puestos de Salud y 34 Promotores de Salud. Existe un Centro de Salud en Palestina terminado de construir este año, falta el transporte de su dotación y la Auxilair que lo atendería.

ACUEDUCTO

Del área solo 314 viviendas cuentan con servicios de acueductos, - los cuales son construídos en las cabeceras de los corregimientos.

ENERGIA ELECTRICA

En esta área se encuentran 227 viviendas con servicio de energía eléctrica, proveniente de la hidroeléctrica de la Vuelta, viviendas con servicio de energía pertenecen a comunidades ubicadas cerca de Andagoya.

VIAS DE COMUNICACION

La única vía de comunicación para 26 de las comunidades es el río. De las 34 comunidades atendidas solo 9 cuentan con vía carretable. Existe también un aeropuerto en Condoto.

INSTITUCIONES RELIGIOSAS

Existen 25 locales religiosos pertenecientes a diferentes sectas. En donde más trabajo adelantan (educación, salud, capacitación, - evangelización), es en la zona del Bajo San Juan, en donde predomina la población indígena.

OTRAS INSTITUCIONES QUE TRABAJAN CON EL AREA

Se encuentra el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, encargado del funcionamiento y administración de los CAIP (Centros de Asistencia Integral Pre-Escolar).

Se encuentran Asuntos Indígenas prestando asistencia médica (cuenta con el médico), a comunidades indígenas del San Juan (Ver Cuadro # 62).

CUADRO N° 6 3
RECURSOS EXISTENTES EN LAS COMUNIDADES

A R E A 3	1983	1984
Escuelas funcionando	33	37
Huertas y granjas comunitarias	2	3
Huertas y granjas escolares	2	1
Huertas y granjas familiares	148	237
Industria	6	9
Establecimientos comerciales	100	105
Canchas deportivas	29	33
Parques recreacionales	1	0
Casa financiada por otro programa de construcción	1	0
Teléfono	1	1
Telégrafo	1	1
Comunidades con comunicación terrestre	9	9
Comunidades con comunicación fluvial	30	26
Viviendas usuarias de acueducto	252	314
Puestos de salud funcionando	21	24
Casas con luz eléctrica	113	227
Rellenos sanitarios	0	2
Locales religiosos	21	25
Puestos de policía	2	3
Casetas comunales	5	8
Correo Aéreo	1	0
Promotoras trabajando	37	34
Auxiliares de enfermería	7	7
Hospitales locales	3	3

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

Existen 73 Organizaciones Comunitarias en las 34 Unidades de Cobertura, con un total de 662 socios.

Estas organizaciones en su mayoría 24.7% son Juntas de Acción Comunal con el 25.8% de los socios.

Organizaciones Políticas 24.7% con 13.1% de socios , les siguen los Comités de Salud 13.7% con un 10.7% de socios.

Como se puede observar el número de organizaciones y de socios pertenecientes a estas Organizaciones es bastante bajo. Es posible que la misma inoperancia de éstas influya en las decisiones de los pobladores de no participar en ellas.

La inoperancia de ellas en gran medida es debido a la falta de capacitación de sus miembros sobre aspectos relacionados con su funcionamiento.

La actividad que mas motiva a la población son la vacunación, producción y consumo a nivel familiar, y el deporte (Ver cuadros #s 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70 y 71).

CUADRO N° 64
ORGANIZACION COMUNITARIAS

A R E A 1

ANOS	1981	1982	1983	1984
No.Organizaciones comunitarias	69	51	41	50
Culturales	5.8%	3.9%	4.9%	4.0%
Sociales	20.3%	21.6%	34.0%	26.0%
Ecológicas	4.3%	0.0	0.0	0.0
Socioeconómicas	1.4%	0.0	2.4%	0.0
Económicas	1.4%	0.0	4.9%	0.0
De salud	39.1%	43.1%	26.8%	40.0%
Educativas	8.7%	9.8%	9.8%	18.0%
Recreativas	7.2%	11.8%	7.3%	8.0%
Sevicio social y voluntariado	8.7%	5.9%	4.9%	0.0
Polfticas	2.9%	3.9%	4.9%	4.0%

CUADRO N° 65
 ORGANIZACIONES COMUNITARIAS
 A R E A 2

	AÑOS	1982	1983	1984
No. Organizaciones Comunitarias		27	33	30
Culturales		7.4%	6.1%	0.0
Sociales		14.8%	21.2%	30.0%
Ecológicas		0.0	0.0	0.0
Socio- económicas		0.0	0.0	0.0
Económicas		0.0	0.0	3.3%
De salud		51.9%	39.4%	43.3%
Educativas		7.4%	6.1%	6.7%
Recretativas		14.8%	6.1%	6.7%
Políticas		0.0	3.0%	6.7%
Servicio social y voluntariado		3.7%	18.2%	3.3%

CUADRO N° 66
 ORGANIZACIONES COMUNITARIAS
 AREA 3

ANOS	1983	1984
No. Organizaciones Comunitarias	73	73
Culturales	12.3%	4.1%
Sociales	23.3%	24.7%
Ecológicas	1.4%	0.0
Socioeconómicas	0.0	2.7%
Económicas	2.7%	1.4%
De salud	13.7%	13.7%
Educativas	4.1%	9.6%
Recreativas	12.3%	13.7%
Políticas	19.2%	24.7%
Servicio social y voluntariado	11.0%	5.5%

CUADRO N° 67
 PORCENTAJE DE PARTICIPACION DE SOCIOS
 A R E A 1

AÑOS	1981	1982	1983	1984
Número de Socios	1507	1174	945	820
Culturales	10.5%	2.6%	2.0%	1.0%
Sociales	26.5%	28.5%	37.9%	29.1%
Ecológicas	3.5%	0.0	0.0	0.0
Socio-económicas	3.1%	0.0	2.6%	0.0
Económicas	4.1%	0.0	3.7%	0.0
De salud	24.2%	41.6%	20.4%	30.2%
Educativas	9.6%	10.7%	12.5%	28.0%
Recreativas	10.4%	10.8%	9.1%	10.1%
Políticas	0.7%	0.7%	0.6%	1.5%
Servicio social y voluntariado	7.4%	5.1%	11.1%	0.0

CUADRO N° 68
 PORCENTAJES DE PARTICIPACION DE SOCIOS

A R E A 2

	AÑOS	1982	1983	1984
NUMERO DE SOCIOS		485	142	318
Culturales		11.1%	6.2%	0.0
Sociales		6.2%	17.3%	27.0%
Ecológicas		0.0	0.0	0.0
Socio-económicas		0.0	0.0	0.0
Económicas		0.0	0.0	1.6%
De salud		46.8%	35.5%	25.5%
Educativas		12.6%	4.1%	13.2%
Recreativas		21.9%	8.3%	27.7%
Políticas		0.0	1.2%	3.8%
Servicios social y voluntariado		1.4%	27.3%	1.3%

CUADRO N° 69
 PORCENTAJE DE PARTICIPACION DE SOCIOS

A R E A 3

	AÑOS	1983	1984
NUMERO DE SOCIOS		924	662
Culturales		8.1%	5.7%
Sociales		26.6%	25.8%
Ecológicas		2.1%	0.0
Socio-económicas		0.0	3.8%
Económicas		3.2%	1.1%
De salud		9.1%	10.7%
Educativas		4.6%	11.8%
Recreativas		28.3%	22.4%
Políticas		11.0%	13.1%
Servicio social y voluntariado		7.0%	5.6%

CUADRO N° 70
PARTICIPACION COMUNITARIA EN DIFERENTES ACTIVIDADES

A R E A 1

AÑOS	1981	1982	1983	1984
No. ACTIVIDADES	68	70	89	113
Producción y consumo a nivel Comunitario	1.5%	0.0	1.1%	0.0
Producción y consumo a nivel Escolar	1.5%	7.1%	1.1%	1.8%
Producción y consumo a nivel Familiar	2.9%	2.9%	4.5%	2.7%
Construcción y mantenimiento de acueductos	2.9%	1.4%	4.5%	2.7%
Protección a fuentes de agua	22.1%	17.1%	19.1%	12.4%
Disposición final de excretas	4.4%	1.4%	7.9%	9.7%
Disposición final de basuras	0.0	5.7%	16.8%	4.4%
Vacunación humana	14.7%	28.6%	12.3%	39.8%
Vacunación animal	13.2%	4.3%	2.2%	15.0%
Educación	17.6%	15.7%	6.7%	2.7%
Recreación y deporte	19.1%	15.7%	23.6%	8.8%

CUADRO N° 71
PARTICIPACION COMUNITARIA EN DIFERENTES ACTIVIDADES

A R E A 2

	AÑOS	1982	1983	1984
No. ACTIVIDADES		43	48	95
Producción y consumo a nivel Comunitario		0.0	0.0	0.0
Producción y consumo a nivel Escolar		2.3%	0.0	1.1%
Producción y consumo a nivel Familiar		2.3%	8.3%	4.2%
Construcción y mantenimiento de acueductos		0.0	16.7%	13.7%
Protección a fuentes de agua		0.0	2.1%	5.3%
Disposición final de excretas		0.0	2.1%	1.1%
Disposición final de basuras		2.3%	0.0	1.1%
Vacunación humana		58.1%	41.7%	51.6%
Vacunación animal		9.3%	2.1%	4.2%
Educación		11.6%	16.7%	9.5%
Recreación y deporte		14.0%	10.4%	8.4%

CUADRO N° 72

PARTICIPACION COMUNITARIA EN DIFERENTES ACTIVIDADES

A R E A 3

	AÑOS	1983	1984
No. ACTIVIDADES		-	170
Producción y consumo a nivel Comunitario		0.0	0.6%
Producción y consumo a nivel Escolar		0.0	0.6%
Producción y consumo a nivel Familiar		0.0	11.8%
Construcción y mantenimiento de acueductos		0.0	5.3%
Protección a fuentes de agua		0.0	4.7%
Disposición final de excretas		0.0	1.8%
Disposición final de basuras		0.0	8.2%
Vacunación humana		0.0	38.2%
Vacunación animal		0.0	9.4%
Educación		0.0	8.2%
Recreación y deporte		0.0	11.2%

A N E X O B**EVALUACION INTERNA 1 9 8 4****PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD****INVESTIGACION Y DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO**

El resultado y progreso de la Investigación y Diagnóstico Participativo, es muy difícil medir como no es posible cuantificarlo, se hizo un esfuerzo en : reuniones comunitarias en 8 comunidades, 6 de las cuales había participado en las 7 comunidades; en ambos se trató de medir el grado de concientización de la gente al problema de Salud en relación con el desarrollo; las acciones comunitarias y la asesoría Institucional como resultado del Taller.

El grado de concientización fue lo mas difícil de medir. En las reuniones hablan pocas personas y la gente tiene problemas para explicarse bien, en las visitas domiciliarias no hubo tiempo de profundizar. La comunidad donde se encontró mas conscientización fue en Chambaré.

Las actividades comunitarias desarrolladas después de la Investigación Participativa son mas notables en Chambaré (Cooperativa) Muchichi (Cooperativas) y en Pogue, Napipí y la Grande (Construcción - Puesto de Salud). Sin embargo se necesita tiempo para ver en que sentido estas actividades pueden ser positivas. En la cuestión de Cooperativas hay mucha competencia de negocio en Muchichí y la construcción de un Centro de Salud puede crear otra dependencia: necesidad de una enfermera, compromisos políticos para conseguir materiales (Pogué y La Grande).

La asesoría de otras Instituciones después del Taller Institucional, resulto hasta ahora. En el Municipio de Ogodó, el Convenio Colombo Holandés es el único que cumplió con el Abasto de Agua. Los compromisos hechos por el Servicio de Salud y Binestar Familiar no se han cumplido. (Ver Informe Luz Maria Valderrama).

En el Medio Atrato, el Bienestar Familiar entregó Bienestarina, pero ni el SENA ni el Servicio de Salud cumplió sus compromisos (SENA : Asesoría Curso de coser en la Isla de los Palacios y Puerto martínez, ServiSalud : Suministros y salidas mensuales del Odontólogo y Médico), las demás instituciones no se comprometieron en ninguna actividad (Ver Informe Lic. ADRIANO CORDOBA : Resultados de la Investigación Participativa en el Medio Atrato.).

COMITES DE SALUD

Dentro de la metodología de Participación de la Comunidad del Programa Rural de Salud (Investigación y Diagnóstico Participativo) la creación de Comités de Salud no ha sido prioridad. Sin embargo, durante los años del Programa se desarrolló el Programa de Botiquines Comunales, el Servicio de Salud hizo Cursos de Capacitación de Comités en los Municipios de Lloró, Bagadó y Bojayá y se entregó a los Comités un stop de drogas para crear fondos rotatorios en las Comunidades y tener droga en la comunidad que puedan servir a la gente enferma.

En Ríosucio se seleccionaron Comités, pero éstos están pendientes de la capacitación y entrega de drogas. Los Comités también pueden servir como Agentes que desarrolla otras actividades para la salud y el desarrollo de la misma comunidad.

En la Investigación Participativa se trató de reforzar los Comités que están funcionando bien, (aunque en Bojayá los Comités fueron creados después de la Investigación Participativa).

En la evaluación en el terreno se visitaron 22 comunidades con Comités, 9 Comités no estaban desarrollando ninguna actividad y tuvieron problemas con la venta de droga por las siguientes razones :

- * En Lloró se entregaron drogas que necesita fórmula médica, como nunca hubo salidas del Médico, estas drogas están sin uso y algunas vencidas.
- * Donde se está vendiendo es difícil conseguir un nuevo stop, - porque no se consigue en los Centros. Los que están comprando lo hacen en Quibdó, Medellín o Vigía del Fuerte.
- * Los problemas interpersonales o intracomunitarios en algunos Comités nunca fueron solucionados.

Seis de los 22 Comités están desarrollando otras actividades fuera del manejo del Botiquín como :

- * Construcción de un Puesto de Salud
- * Fiestas, Bingos, etc, para conseguir fondos comunitarios
- * Una Cooperativa donde se venden otros artículos fuera de droga para conseguir fondos comunitarios.

EVALUACION DE PARTERAS CAPACITADAS

Se evaluaron 16 Parteras capacitadas

En las primeras evaluaciones se hizo en forma superficial, mas tarde se amplió en una guía de Supervisión diseñada para que las Auxiliares de Enfermería en su Supervisión de Promotoras pudieran utilizarla . Hubo necesidad de ampliar el formato por muchas fallas encontradas en : distinguir factores de riesgo, uso de algunos elementos de la dotación, remisión y asepsia.

El número de partos atendidos por Parteras varía mucho. Hay Parteras con buena fama en la región que se desplazan a otras comunidades para atender partos. Otras ya están casi sin partos por competencia de los servicios médicos . En general la colaboración con la Promotora es buena.

Eso se manifiesta en : Atender partos conjuntamente, remitir a la Promotora, o consultas a parteras por parte de la Promotora.

En general, las Parteras practican buena asepsia del Parto y del recién nacido aunque hubo 3 Parteras encuestadas que siguen aplicando hierbas etc, al ombligo del recién nacido.

Se puede decir que esta costumbre en las comunidades del Programa se está acabando , en este sentido la colaboración entre la Partera y Promotora ha servido para el Curso de Capacitación de Parteras.

Falta mucho por hacer para que las Parteras distingan factores de riesgo, Aunque ellas tienen un método tradicional para manejar casos de pelvis estrecho, hacer versiones en casos de posición transversal o cefálica y remitir casos de hemorragia . La mayoría no conoce síntomas de toxemia o pre-eclampsia.

Nadie está remitiendo primigestantes, o pacientes con historia obstétrica infavorables. En general las Parteras guardan bien, limpia y arreglada su dotación y saben utilizar y esterilizar bien las piezas.

Se encontraron muchos problemas en el uso del enema y la pera. Falta anotar que en Bellavista no se entregó hilo para el cordón umbilical y que casi todas las Parteras acaban su dotación de cuchillas, alcohol, gasa, etc.

Con algunas Parteras (Opogadó y Ogodó) se han presentado algunos problemas porque las Parteras subieron sus tarifas después de asistir al Curso y obtener Certificado.

SEGUNDA PARTE

EVALUACION COMUNITARIA

INTRODUCCION	460
ZONA: ALTO ATRATO	462
MEDIO ATRATO	469
BAJO ATRATO	473

EVALUACION PARTICIPATIVA C H O C O

INTRODUCCION

La Evaluación Participativa ha sido elaborada por las Trabajadoras Sociales del Convenio, incluyendo la Trabajadora Social que previamente está encargada en el Proyecto, pero que se encuentra en comisión de estudios en Bogotá.

El énfasis de esta Evaluación estaba en recoger la opinión de las Comunidades sobre la prestación de servicios del Programa Rural de Salud/ Servicio Seccional de Salud del Chocó. Por eso hay una repetición de los mismo temas, como Atención a Personas (Vacunación, remisión, embarazo, planificación familiar), Saneamiento Ambiental (Agua, Excretas, Basuras), Participación de la Comunidad (Investigación Participativa, Medicina Tradicional) Capacitación, Supervisión y Educación Continua y Educación en Salud.

Las Comunidades fueron escogidas según los criterios: Desarrollo máximo, mínimo y moderado de los Programas de Salud, están repartidas sobre las 3 zonas del Atrato : ALTO, MEDIO Y BAJO ATRATO.

ALTO ATRATO

- * Chambaré
- * San Marino
- * Ogodó
- * Calle Larga

MEDIO ATRATO

- * Napipí
- * Puerto Martínez
- * El Tigre

BAJO ATRATO

- * Curbaradó
- * La Grande

EVALUACION PARTICIPATIVA C H O C O

A. ALTO ATRATO : CHAMBARE, SAN MARINO , OGODO, CALLE LARGA

1. ATENCION A LAS PERSONAS

Dentro de las discusiones sostenidas en las cuatro (4) comunidades del Alto Atrato, se encontró como actividad mas importante que se ha realizado para los participantes, la **vacunación**, aunque no se tiene claro el esquema completo, ni cuales son las enfermedades que se previenen con ella , la aceptación es alta. Además relacionan la vacunación con el inicio del Programa Rural de Salud en la zona. Aseguran que toda la población infantil está vacunada, solo faltan los nacidos desde Enero hasta la fecha.

Otro punto importante de discusión en tres (3) de las cuatro (4) comunidades evaluadas (Chambaré, San Marino, Ogodó), fue el de la **remisión de pacientes** . Opinan que a pesar de haberse establecido dar prelación a la atención de pacientes remitidos, hay ocasiones en que ésto no se cumple o por que solo hay un Médico, con muchos pacientes esperando y que han llegado primero, o por que la fecha del que llegó remitido, es para que haga cola. En Bagadó casi siempre son atendidos rápidamente; se presentan mas problemas con el Centro de Salud de Lloró.

Opinan que el Plan Holanda ha ayudado mucho, porque anteriormente tenían que viajar a Lloró o a Quibdó, para ser atendidos; ahora no hay que hacerlo.

Solo una de las comunidades (San Marino) se pronunció sobre la importancia del **Control de embarazo**, porque al hacerle el control a las embarazadas, saben el riesgo del parto y se remiten. Las otras no tenían claro sobre esta actividad.

2. SANEAMIENTO BASICO RURAL

a. Abastos de Agua

De las cuatro (4) comunidades encontramos tres (3) de ellas con acueducto por gravedad. Manifestaron su satisfacción porque antes tenían que cargar el agua para el consumo diario desde el río y tanto los adultos como los niños se enfermaban con mucha frecuencia de diarrea.

En una de estas tres Comunidades (San Marino), manifiestan que hay 28 casas sin servicio de acueducto, siendo que éstas figuran entre las censadas, sus habitantes participaron del trabajo de construcción del acueducto y el compromiso del Plan Holanda, había sido dar agua para todas las viviendas.

Otra de las tres (3) comunidades (Ogodó) que tiene mucho interés en construir el abasto, está esperando que se inicie la obra .

b. Tazas Sanitarias

En cuanto a la instalación de tazas sanitarias por la opinión que dan, se piensa que hay conciencia sobre el problema de Disposición de Excretas; sin embargo, en las cuatro (4) comunidades a pesar de haberse discutido en varias ocasiones, sobre la importancia de una correcta disposición de excretas, sobre el uso de la taza sanitaria y de haber estado el Promotor de Saneamiento enseñando sobre la instalación, encontramos parte de las tazas sanitarias instaladas pero sin caseta o sin usar. Aducen lo siguiente:

- Un Médico de Pereira se comentó que los pozos sépticos y las tazas producen problemas de contaminación .
- Cuando llueve mucho el pozo se llena
- Prefieren alcantarillado para depositar el agua negra en el río.
- Solicitan empezar con Unidades Sanitarias Escolares, porque así se van educando los niños al uso desde pequeños.
- Se mantienen todo el día fuera del caserío, entonces siempre les toca utilizar el río.

c. Basuras :

- En las cuatro (4) comunidades utilizan el río para arrojar las basuras, les parece lo mas indicado que el río se lleve todo.
- Algunas personas también utilizan la basura para abono, arrojándolas directamente sobre las plantas.

3. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

a. Investigación Participativa

Solo una de las cuatro comunidades (Calle Larga), ha continuado el contacto con las Entidades por medio de cartas, recordando los compromisos adquiridos y con visitas de representantes.

En las otras comunidades, el único comentario es : Las instituciones no han respondido.

Una de estas comunidades (San Marino), manifestó que la única alternativa es pasarse a formar parte de otro Departamento (Risaralda), porque quedan mas cerca y les colaboran mas.

La única Institución que piensan que les ha respondido en parte es Salud, que construyó los acueductos pero que sienten que Salud los ha abandonado. Antes por lo menos las Promotoras de Salud tenían drogas para primeros auxilios, pero ahora Salud no les dá nada.

El problema que mas recalcaron fue el de la falta de droga, para que la promotora pudiera cumplir con su trabajo : "¿ De qué nos sirve tener Promotora, cuando no hay los materiales mas usuales allí? " .

b. Medicina Tradicional

En las cuatro (4) comunidades manifestaron que van primero donde el Yerbatero, porque antes que Salud, estaban ellos, además el Yerbatero está cerca y los Médicos lejos y la Promotora no tiene droga. Piensan que para ciertas enfermedades como el mal de ojo, el mal de siete (7) días, la lombriz, la inflamación -

del bazo, el pasmo y el cuajo, los bebedizos de los yerbateros - son efectivos.

En una de las comunidades, (Calle Larga) consideran que es mejor recopilar todos los conocimientos sobre Medicina Tradicional en una cartilla.

En las cuatro (4) Comunidades manifestaron que estaban de acuerdo que las parteras estuvieran trabajando en coordinación con la Promotora y esta coordinación se empezó a dar después de la capacitación a las parteras.

c. Organizaciones Comunitarias

En las cuatro (4) comunidades hay Comités de Salud nombrados - pero no funcionan. Opinan que falta mas coordinación entre los miembros. Del trabajo del Comité de Salud depende el Botiquín - Comunal que tampoco está funcionando, porque la droga que tienen está vencida y ya han hablado con la doctora ENGELKES y el doctor FLOREZ , pero hasta ahora no se ha hecho nada porque no les reciben la droga vencida y no tienen plata para comprar otra.

En las cuatro (4) comunidades hay nombrada una Junta Administradora del Acueducto y opina que funcionan bien, porque cobran - las cuotas y con la plata del fondo compran los materiales en - Quibdó para reparar el Acueducto.

En una (1) de las comunidades (Chambaré) han organizado una cooperativa de consumo y opina que es muy importante porque presta mucho beneficio comunitario. Son mas estables los precios y se consiguen los productos necesarios en cualquier momento. Solicitaron que el préstamo hecho por el KAP sea para mas largo tiempo, para poder lograr que la Cooperativa se consolide más. También solicitaron que se les haga un préstamo para un grupo de - mujeres que están interesadas en un gallinero comunal.

4. CAPACITACION Y SUPERVISION DE PROMOTORES

Ninguna de estas comunidades manifestaron saber sobre el contenido de la Capacitación a las Promotoras, pero les parece muy importante porque en las concentraciones se superan los conocimientos de la Promotora y la Comunidad mejora poco a poco.

- * En una de las cuatro comunidades saben que la Supervisión se ha ce cada tres meses.
- * En las cuatro comunidades manifestaron que la Supervisora se reúne de vez en cuando con la Comunidad'
- * Les parece necesaria porque la Promotora nuncia rendiría sin Su pervisión, les ayuda para aprender mas y asi evitar tantos errores.

A pesar de que la Promotora les dicta charlas y les aporta conocimientos, sobre la Planificación Familiar, ésta no es aceptada, - manifiestan que le tienen miedo.

En las tres comunidades el parto es atendido por la Partera y en - dos de ellas lo hace en coordinación con la Promotora. En la Comu nidad de Napipí la Partera manifestó que la comunidad no corresponde al trabajo que ella les presta.

5. EDUCACION . EN SALUD

En estas comunidades relacionan siempre la Educación en Salud con las charlas que les dicta la Promotora. Comentan que las charlas que las Promotoras les dictan sirven para aprender cosas nuevas, - las cuales van en bien de la salud, pero que no la ponen en prác tica por el problema de sus costumbres. Les enseñan sobre -

la importancia del agua hervida, pero cuando se van al monte a tra
bajar necesariamente toman agua cruda.

Comentaron que les gusto mas el sistema de cassettes porque se con
centraban mas. Sobre las cartillas manifestaron que las leyeron -
las primeras veces (no se acordaban del contenido) no las han vuell
to a leer porque llegan por la tarde muy cansados y se acuestan.

B. MEDIO ATRATO : NAPIPI, PUERTO MARTINEZ, EL TIGRE**1. ATENCION A LAS PERSONAS**

En las tres (3) comunidades reconocen la importancia de la **Vacunación**. No conocen el esquema completo, ni cuales son las enfermedades que se pueden prevenir con las vacunas. En ninguna de estas comunidades se había hecho Vacunación, solo hasta este año (abril - de 1985). En la comunidad de Napipí comentaron que las vacunas que llegaban nunca alcanzaban, porque es costumbre de Salud ir primero hasta el Bajo Atrato y de subida se quedan de manera que cuando empiezan a vacunar, muchos niños quedan por fuera, también porque las Enfermeras vacunadoras no tienen el censo de la población infantil.

En la comunidad de Puerto Martínez manifestaron que no se estaban realizando las otras actividades, porque la Promotora no trabaja y no permanece en el pueblo.

En la Comunidad del Tigre dicen que la **Remisión de Pacientes** no se está atendiendo desde hace mas o menos dos años y comentan que el programa ha debilitado mucho sus acciones. La Comunidad de Napipí dice que las remisiones no son atendidas en Bellavista, lo que sucede es que allí no permanecen los Médicos porque los cambian continuamente.

En dos comunidades el **Control de Embarazo** es realizado por la Promotora y la Partera, quienes coordinan su trabajo.

2. SANEAMIENTO BASICO RURAL

a. Abastos de Agua

En las tres (3) comunidades hay abastos de agua lluvia; en Puerto Martínez la Junta Administradora no ha funcionado este año. tienen tres (3) canoeras dañadas; las cuotas fijadas no han sido recogidas este año, porque el tesorero no permanece en la Comunidad. Piensan nombrar a otra persona. En Napipí, la Junta Administradora está desintegrada porque las mismas personas que fueron capacitadas se trasladaron a otras comunidades. Se encontraron solo dos tanques destruidos y tirados en la calle. (En la visita pasada habían aproximadamente 10 tanques en el piso y con las paladeras en mal estado).

b. Disposición de Excretas

En estas tres (3) comunidades funcionan las letrinas flotantes. En Puerto Martínez se instalaron 3 y solo funcionan dos porque la otra se la llevo el río. En el Tigre hay solo dos. En Napipí se programaron 9 y solo funcionan 5, la comunidad se comprometió a conseguir el material para su construcción, pero hasta ahora continúan las 5. Es costumbre en estas comunidades, que los trastos de cocina y la ropa son lavados en las letrinas flotantes.

c. Basuras

En las tres comunidades opinan que lo mejor con las basuras es arrojarlas al río. Unos pocos la arrojan detrás de las casa para "abonar" las plantas.

3. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

a. Investigación Participativa

Opinan que tienen consciencia de sus problemas y esperan que el Gobierno de cumplimiento en lo pactado en el encuentro Inter-Institucional. En ninguna comunidad a pesar de tener consciencia de sus problemas hay una tendencia crítica o decisiva para lograr las soluciones planteadas por ellos.

En las tres comunidades existen los Comités de Salud. Aunque están creados no hay acciones concretas que sean propuestas o emprendidas por ellas. Su función básicamente es administrar el Botiquín Comunal y que según la opinión de los participantes tiene deficiencia de droga.

El principal reclamo que surge , es que desde que el Programa paso a Salud, las Promotoras no reciben droga, hace un año que no les llega material de curación.

b. Medicina Tradicional

Las personas que participaron en los Talleres no asisten a las reuniones.

4. CAPACITACION Y SUPERVISION DE PROMOTORES

En Puerto Martínez manifestaron que la comunidad no había elegido a la Promotora, porque no había quien llenara los requisitos y entonces Salud la nombró. Por este motivo ellos opinan que ella no permaneció allí ni realiza sus funciones. Tampoco se hace Supervisión por parte de la Auxiliar. En las otras dos comunidades reconocen y aceptan el trabajo de la Promotora : realiza las visitas domiciliarias, presta los primeros auxilios, atiende a tiempo cuando la necesitan, dicta charlas sobre la importancia de hervir el agua, etc.

"Sentimos la importancia de tenerla como algo fundamental en nuestra comunidad". En estas dos comunidades tampoco se ha hecho Supervisión.

C. BAJO ATRATO : CURBARADO Y LA GRANDE

1. ATENCION A LAS PERSONAS

En estas comunidades expresaron que la **Vacuna** es importante porque previene las enfermedades que pueden acarrear. En este año no se ha hecho vacunación.

También manifestaron que las **Remisiones** son atendidas en Ríosucio.

Ambas comunidades opinan que los **Controles de Embarazo, Parto y Post-Parto**, se realiza porque las mujeres ven importante hacerlo y que además se está trabajando en coordinación con la Promotora Rural de Salud. En Curbaradó además de la Promotora, también la **Auxiliar de Enfermería** realiza el trabajo en coordinación con la **Partera**.

En las comunidades se coincidió en que hay poca ilustración sobre **Planificación Familiar**. En la Grande hay mujeres que planifican a escondidas del marido.

La Promotora trabaja en la **Atención del Parto** en coordinación con la **Partera**. En Curbaradó también la **Auxiliar** atiende los partos con la **Partera**.

2. SANEAMIENTO BASICO RURAL

a. Abastos de Agua

Los Abastos de Agua están en buenas condiciones, en la Grande se pagan las cuotas mensuales. En Curbaradó esta el Acueducto sin funcionar. Faltan implementos de purificación para el agua. Se cayó la bocatoma hace mas de dos meses, no se ha entregado la obra en funcionamiento.

b. Disposición de Excretas

En la Grande se programaron hacer 5 letrinas flotantes y hasta ahora solo se han construido 2. En Curbaradó se programaron hacer 15 y se construyeron 2.

c. Basuras

En Curbaradó las tiran atrás de la casa, o sea la utilizan como abono para los sembrados. En la Grande, con la Supervisión de la Auxiliar se decidió echarla a unos huecos, pero después de que sellenaban atraían muchos zancudos, por eso la población la quemaba o la tira al río.

3. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

a. Investigación Participativa

En la Grande lo planteado durante el Taller Inter-Institucional apenas se cumplió por parte de la Secretaria de Educación, que les nombró 2 maestros mas que necesitaban y ésto ha hecho que se mejore la educación en la niñez de la Grande.

Estan a la espera de que les solucionen los otros puntos pactados, aunque no lo esperan todo porque están desplegando actividades, afin de obtener recursos económicos que ayuden a la compra del material de curaciones para el Botiquín Comunal. En Curbaradó no se asistió al Encuentro Inter-Institucional. Las reuniones familiares no funcionan, se cree conveniente organizarlas de nuevo.

4. CAPACITACION Y SUPERVISION DE LOS PROMOTORES

En estas comunidades expresaron que es importante la Supervisión que recibe la Promotora, porque de ésta manera aprende mas y no comete tantos errores. Esta año no se han realizado Supervisiones.

5. EDUCACION EN SALUD

*

En la Grande se han dictado charlas y se ha trabajado con Cartillas de Diarrea y Paludismo en las visitas domiciliarias. Al igual que las Promotoras las utilizan en reuniones comunitarias, también lo han hecho con los cassettes que contienen información sobre las clases de paludismo, la forma de prevenirlo y curarlo.

* Acción Toldillo

En la Grande se hicieron 11 toldillos, la comunidad está interesada en obtener mas. En Curbaradó no se ha trabajado el Programa.