

0427
~~160~~

DNP

DEPARTAMENTO NACIONAL
DE PLANEACION



CORPORACION AUTONOMA
REGIONAL DEL CAUCA



UNICEF

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL PARA LA COSTA PACIFICA COLOMBIANA (PLADEICOP)

SWIM

S E C T O R S A L U D

MINISTERIO DE SALUD

SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD: CHOCO
VALLE
CAUCA
NARIÑO

PLADEICOP

Septiembre 2 de 1.983



CONTENIDO

I. METODOLOGIA

II. VERSION FINAL PROPUESTA

Diagnóstico

Estrategias

Programa de Inversiones

- Proyectos

- Actualización de Necesidades (Listados aparte)

ANEXO No. 1

I: Metodología:

En concordancia con la metodología de planificación participante que PLADEICOP adoptó desde un principio para la formulación del Plan de Desarrollo Integral para la Costa Pacífica Colombiana, en lo que respecta al sector salud progresivamente se han ido involucrando los diferentes niveles relacionados con la prestación y recepción de estos servicios: La comunidad usuaria y los niveles de decisión y ejecución de los mismos.

Este trabajo se ha desarrollado básicamente en dos etapas:

1.- Recolección de información primaria y secundaria y elaboración de la versión preliminar.

Esta primera etapa se realizó mediante las siguientes actividades:

- Talleres iniciales departamentales de consulta inter-institucional e inter-sectorial.
- Consultas generales a las instituciones de salud del nivel central..
- Encuestas socio-económicas a la comunidad usuaria del servicio en 43 localidades del Litoral.
- Consulta a las unidades de atención del nivel local en 43 comunidades del Litoral.
- Análisis de la información y versión preliminar .
- Talleres departamentales de consulta inter-institucional e inter-sectorial sobre la versión preliminar.

2.- Reuniones de trabajo de coordinación con el sector salud y elaboración de la versión final.

- Por iniciativa del Dr. Luis A Tafur, Secretario General del Ministerio de Salud, el 10 de julio de 1.983 se convocó la primera reunión de Coordinación General del Sector. En ella se definió el mecanismo para las siguientes reuniones de programación (ver acta adjunta anexo No. 1).
- Reuniones de revisión de la versión preliminar y de elaboración del programa de inversiones con delegados de los Servicios Seccionales de Chocó, Valle, Cauca y Nariño, representantes del S E M , PLADEICOP y UNICEF, mediante el respaldo financiero de PLADEICOP-UNICEF y la asesoría técnica del Servicio Seccional de Salud del Valle. Estas reuniones se realizaron el 7, 19 y 28 de julio en Cali. (ver actas adjuntas, anexo No.1)
- Con el apoyo financiero de PLADEICOP-UNICEF y bajo la asesoría técnica del Servicio Seccional de salud del Valle durante la semana del 1 al 5 de agosto se consolidó la programación quinquenal de cada una de las seccionales departamentales.

II Versión Final Propuesta

La versión final del sector salud que se presenta a consideración contiene los siguientes items:

- Diagnóstico sobre la situación de salud en la región.
- Definición de políticas y estrategias
- Programa de inversiones: En él se especifican cada uno de los proyectos que conforman el programa. Se adiciona además el listado de actualización de necesidades del sector salud para cada uno de los departamentos y el consolidado global.

La situación crítica de los pobladores del Litoral demanda acciones rápidas y un máximo de racionalidad en las inversiones que se capten para el área. El tener claramente definidas estas necesidades es un requerimiento básico para el desarrollo de una acertada política finan-



ciera que permita implementar una cobertura gradual y sólida.

Una vez que se adopte el Plan Sectorial de Salud para el Pacífico y se hagan los ajustes de programación, deberá iniciarse una intensa labor de carácter técnico y político para obtener la financiación respectiva y garantizar la permanencia de los programas a largo plazo. Esta es una de las acciones más urgentes y fundamentales en el momento presente.

El resultado de este primer esfuerzo de planificación y programación deberá ser permanente y continuamente reajustado y complementado. Ello podrá hacerse a partir de la puesta en marcha de acciones como el Censo y Diagnóstico Sanitario del Litoral, el impulso al desarrollo administrativo de las Unidades Regionales y la creación de zonas sanitarias.

DNP
DEPARTAMENTO NACIONAL
DE PLANEACION

CVC
COMISION VIGILANCIA
REGIONAL DEL CAUCA



PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL PARA LA ZONA PALMIRA COLOMBIANA (PLADICOP)

DIAGNOSTICO SECTOR SALUD

2.4 SALUD

Se desconoce la magnitud exacta de los problemas de salud en la mayor parte de la población del Litoral. La baja cobertura de los servicios de salud en el área, la deficiente recolección de datos y el poco procesamiento de la información existente, impiden la cuantificación precisa de los problemas regionales y dificultan la elaboración de un diagnóstico detallado. Incluso las investigaciones nacionales realizadas en la segunda mitad de las décadas del 60 y el 70 excluyeron la población del Litoral Pacífico como tal, o no son representativas de toda la región las poblaciones incluidas dentro del muestreo. La inexistencia de información más precisa no impide, sin embargo, identificar con una buena aproximación los problemas fundamentales de salud en esta zona.

El diagnóstico que aquí se incluye, en lo que respecta a los problemas de atención a las personas en el Litoral, se basa en la información actualmente disponible en los servicios de salud sobre primeras causas de muerte, morbilidad por consulta ambulatoria y morbilidad por egreso hospitalario. En el caso de la Unidad Regional de Salud de Buenaventura, municipio de Buenaventura, es posible lograr un cálculo más detallado de tasas generales y específicas por grupos de edad, en razón de que se conocen con mayor precisión los numeradores en nacimientos y defunciones y los denominadores, población en cada grupo de edad ^{1/}.

La información acerca de la atención al ambiente es aún más precaria y se refiere únicamente a las cabeceras municipales. La excepción es nuevamente la Unidad Regional de Salud de Buenaventura, por cuanto dispone de datos sumamente detallados obtenidos a partir del "Censo y Diagnóstico Sanitario Rural" del Servicio de Salud del Valle.

^{1/} Mejía, J.G., Alzamora, L., Zuluaga, A. Estudio Demográfico del Municipio de Buenaventura. Universidad del Valle, Departamento de Medicina Social. 1982.

En general, la baja calidad de los censos y los deficientes sistemas de recolección de estadísticas vitales en la región impiden disponer de indicadores sensibles y específicos, lo cual dificulta a su vez el adelanto de una planificación y programación ceñidas a la realidad y no permite una evaluación sistemática posterior acerca del impacto de los programas que se ejecuten.

2.4.1 Estado de Salud de la Población

2.4.1.1 Mortalidad

Los datos sobre mortalidad dentro de la muestra adoptada en el Estudio Nacional de Salud 1/ no arrojan información representativa de las localidades costaneras de los cuatro departamentos involucrados en el Plan. Sin embargo, los datos referentes al departamento del Chocó, cuya problemática en la vertiente pacífica es similar a la del resto del departamento, lo colocan en el lugar más alto de mortalidad en el país (tasa bruta ajustada = 8.9 por mil habitantes en 1982) después de la Guajira (9.5 por mil).

El departamento del Cauca, con problemáticas diferentes en el interior y en la región Pacífica, pero con serios problemas de salud en su conjunto, muestra una tasa alta para el país (6.9 por mil en 1982), similar a la tasa que presentaba Guapi en 1981, 6.74 defunciones por mil habitantes (datos Unidad Regional de Occidente). Nariño, también con problemáticas diferentes en el interior y en la Región Occidental, tiene para 1982 una tasa bruta ajustada de 6.0 por mil habitantes, baja por los criterios disónibles, pero cuyo nivel para la Costa Pacífica se desconoce.

En el Valle del Cauca es posible establecer la diferencia entre las tasas del departamento y las de Buenaventura. En 1980 la tasa de mortalidad general para el departamento era de 6.1 por mil habitantes, mientras que en Buenaventura era de 6.4 por mil habitantes. La poca diferencia entre las tasas

1/ Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Estudio Nacional de Salud. La Mortalidad en Colombia: 1970-1982, Volumen I. Niveles ajustados de mortalidad por secciones del país. Bogotá, 1982.

del departamento y las de la región Pacífica es explicable por la diferencias en la estructura de la población, pues mientras en Buenaventura el 52.9% de la población es menor de 15 años (1982), en el Valle del Cauca sólo un 41.8% es menor de 15 años. Es decir, en el Litoral la mortalidad infantil contribuye más a la tasa global de mortalidad, mientras que el resto del departamento la mortalidad del adulto y del anciano contribuyen más. En cambio, la tasa de mortalidad infantil en Buenaventura (120.7 por 1.000 nacidos vivos en 1977) es casi el doble de la del Valle total (69.9 por 1.000 nacidos vivos en 1977) y la expectativa de vida en 1980 para Buenaventura era de 51 años al nacer, comparada con los 62.3 años del total de la población colombiana para el mismo periodo.

La tasa de mortalidad infantil estimada por la encuesta de PLADEI-COP (1982) para toda la región es de 191 por 1.000; pese a los efectos del subregistro en el numerador y en el denominador, de acuerdo con profesionales de la salud que conocen la región no está muy alejada de la tasa real, dadas las pobres condiciones generales de desarrollo regional. La tasa de mortalidad infantil para Buenaventura en 1976 era de 119.5 por 1.000 y para 1977 de 120.7 por 1.000 1/; para Guapi, la tasa de mortalidad para menores de un año de 170 por 1.000 nacidos vivos (1981) 2/.

La composición porcentual de las causas de muerte en menores de 1 año de edad en 1977 para Buenaventura se presenta en el cuadro No. 12.

Estos datos constituyen un indicador indirecto respecto a las principales causas de mortalidad infantil en las demás regiones del Litoral. Dado que se trata de causas reducibles con la tecnología actualmente disponible, se puede predecir que un aumento en la calidad de las coberturas por parte de los servicios de salud logrará un impacto favorable y a corto plazo en este grupo de edad.

1/ Datos de la Secretaría Seccional de Salud, Valle

2/ Datos de la Unidad Regional de Occidente, Cauca.

CUADRO No. 12

LITORAL PACIFICO COLOMBIANO

COMPOSICION PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE MUERTE

EN LA URS DE BUENAVENTURA

-1977-

<u>Orden</u>	<u>Código</u>	<u>Causa</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
1	009	E. Diarréica	58	28.6
2	269	Otros Estados de desnutrición	24	11.8
3	485	Bronconeumonía	21	10.3
4	768	Parto distócico	17	8.4
SUB TOTAL			120	59.1
		Otras Causas	83	40.9
TOTAL			203	100.0

FUENTE : Servicio de Salud del Valle.

En el cuadro No. 13, se presentan las primeras cuatro causas de mortalidad y morbilidad por consulta ambulatoria y egreso hospitalario para las regiones de los cuatro departamentos involucrados en el Plan.

En lo que respecta a mortalidad, la enfermedad diarreica ocupa el primer lugar en Cauca y Valle y el segundo lugar en Nariño. Las infecciones respiratorias ocupan un primero y segundo lugar en Nariño y Cauca, respectivamente. Ambas causas son reducibles con la tecnología disponible en el país y sensibles a los incrementos en cantidad y calidad de los servicios de atención al ambiente y de atención primaria en salud. En Valle y Nariño aparecen las muertes por hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y accidentes cerebrovasculares entre las primeras causas, lo cual indica que a la patología por enfermedades infecciosas se agrega ya el peso de las enfermedades crónicas y degenerativas de difícil y costoso control por parte de los servicios de salud.

El paludismo ocupa en la región Occidental del Cauca un cuarto lugar en casusas de defunción, lo cual evidencia una situación grave en lo que a control de enfermedades transmisibles se refiere, por cuanto este incremento global del problema malárico puede generalizarse en un futuro en las otras regionales, a no ser que se implanten medidas rápidas y eficaces de control.

2.4.1.2 Morbilidad

El análisis de las principales causas de consulta ambulatoria y de egreso hospitalario refleja muy poco las condiciones de salud de toda la población, en especial cuando las condiciones de acceso a los servicios están tan severamente condicionadas por factores geográficos, culturales y económicos, como es el caso en el Litoral Pacífico. El modelo de prestación de servicios de salud actual, como se verá más adelante, concentra sus esfuerzos en la población de las cabeceras municipales, en razón de las múltiples dificultades que se presentan para el desplazamiento del recurso médico y paramédico a las áreas más rurales y la escasa cobertura por promotora que presenta la región.

La distribución del egreso hospitalario en las regiones del Valle, Cauca y Nariño conserva, al igual que en el resto del país, el parto normal en el primer renglón. Las regionales occidentales de Cauca y Nariño muestran el

CUADRO No. 13

LITORAL PACIFICO COLOMBIANO

CUATRO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD

POR CONSULTA AMBULATORIA Y EGRESO HOSPITALARIO

	<u>Mortalidad</u>	<u>Egresos Hospitalarios</u>	<u>Morbilidad por Consulta Externa</u>
CHOCO Todo el Departamento (1982)			<ul style="list-style-type: none"> - Paludismo - Diarreas y enteritis - Infecciones respiratorias
VALLE Buenaventura (1979)	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad diarreica - Hipertensión arterial - Desnutrición - Insuficiencia cardiaca 	<ul style="list-style-type: none"> - Parto sin complicaciones - Abortos - Enf. aparato genito urinario 	<ul style="list-style-type: none"> - Control prenatal - Accidentes - Enf. del aparato genito urinario. - Helminthiasis.
CAUCA Regional de Occidente (1981)	<ul style="list-style-type: none"> - Enf. diarreica - Infecciones respiratorias. - Causas perinatales - Paludismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Parto normal - Paludismo - Diarreas - Bronconeumonía 	<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones respiratorias - Control prenatal - Helminthiasis - Enfermedades de la piel.
NARIÑO Regional de Occidente (1982)	<ul style="list-style-type: none"> - Bronconeumonía - Diarrea - Accidentes cerebrovasculares - Desnutrición 	<ul style="list-style-type: none"> - Parto normal - Paludismo - Bronconeumonía - Diarreas 	<ul style="list-style-type: none"> - Control prenatal - Parasitismo intestinal - Planificación familiar - Infecciones respiratorias.

paludismo en un segundo renglón de sus egresos y completan sus cuatro primeras causas de egreso con las enfermedades diarréicas y la bronconeumonía, entidades que pueden mejorar mucho en su manejo ambulatorio con la implantación de un sistema de atención primaria en salud. En el caso de Buenaventura, los abortos, las enfermedades del aparato genitourinario, las heridas y laceraciones ocupan los siguientes tres renglones del egreso; esta composición refleja, no sólo el mayor acceso de la población a los servicios de salud, sino también el peso creciente de las patologías sociales (prostitución, ataques a la integridad personal); los accidentes industriales contribuyen igualmente a esta causa de egreso en este puerto. Se puede predecir que en la medida en que se introduzca una mayor complejidad tecnológica en el resto del Litoral, esta causa ascenderá en los otros hospitales regionales.

Las anteriores observaciones respecto a egresos hospitalarios en la regional de Buenaventura se refuerzan cuando aparecen los accidentes como la segunda causa de atención ambulatoria en esta regional. Las demás regionales, al igual que Buenaventura, tienen el control prenatal como una de sus actividades principales, con todas las limitaciones que puede prestar un sistema de atención al embarazo cuando no existe un sistema de referencia de pacientes adecuado, como es el caso de la región. Las helmintiasis y las infecciones respiratorias, que ocupan los otros lugares en la morbilidad ambulatoria de las regionales, reflejan condiciones muy frecuentes en las comunidades de origen de los consultantes y refuerzan la necesidad de establecer un sistema de atención primaria en la región.

2.4.2 Situación Nutricional

A pesar de que la investigación evaluativa sobre la situación nutricional de la población colombiana (1977-1980) 1/ no permite identificar un diagnóstico específico para el Litoral Pacífico, existen ciertos datos que pueden reflejar de manera indirecta la situación en esta región. En efecto, la

1/ Ministerio de Salud, INAS, ASCOFAME. Situación Nutricional de la Población Colombiana en 1977-80, por Mora, J.O., Bogotá, 1982.

investigación permitió establecer un conjunto de factores a nivel de todo el país con la desnutrición ; a través de ellos es posible establecer un cierto perfil de las poblaciones expuestas con mayor riesgo a la desnutrición. Son los siguientes 1/:

La desnutrición en menores de 5 años tiene clara preferencia por:

- Poblaciones dispersas y concentraciones menores de 2.500 habitantes.
- Hogares con 6 ó más miembros (prevalencia 2 veces más altas que hogares con menos de 4 miembros).
- Ingreso familiar anual menor de \$36.000 (año 77).
- Jefe de familia analfabeto o con primaria incompleta.
- Viviendas carentes de acueducto y de servicios de disposición de excretas y de basura.
- Presencia de algunos tipos específicos de parasitismo intestinal.

El perfil que estos factores configuran se ajusta bastante a las características del Litoral Pacífico, lo cual implica que los niños menores de cinco años en esta región constituyen uno de los grupos humanos más expuestos al riesgo de la desnutrición en Colombia. Aunque en la actualidad no se cuenta con estudios sobre la disponibilidad veredal y familiar de nutrientes en la región, es posible postular una disponibilidad diferencial de alimentos. La mayor disposición de alimentos se encuentra en los ríos con mayor disponibilidad de proteína animal, proteína vegetal y carbohidratos en las áreas de bocana, menor disponibilidad en las partes intermedias de los ríos y mínima disponibilidad en la parte alta y minera de los ríos, zonas en las cuales la fuerza laboral sólo se dedica marginalmente a la agricultura y la disponibilidad de productos de la pesca es mínima. Esta es una hipótesis que necesita ser validada a través de estudios específicos que involucren, complementariamente, los patrones o ciclos estacionales del Litoral. Para este efecto, es evidente la necesidad de establecer un sistema de vigilancia nutricional en la región. Dicho sistema funciona

1/ Ibid. pag. 52-55.

en la actualidad en la costa caucana y vallecaucana pero necesita ser expandido y mejorado en la calidad de los datos de entrada.

La interacción de las enfermedades infecciosas, principalmente malaria, enfermedades diarreicas y sarampión, con el estado nutricional de los menores de 5 años en la región no ha sido explorada y, al igual que el estudio de los grupos especiales del alto riesgo, tales como cholos, menores al cuidado de las abuelas e hijos de mineros, debe ser objeto de estudios especiales y de medidas de protección que encuadran perfectamente dentro del esquema de protección a la infancia denominado GOBI* (crecimiento y desarrollo, "rehidratación oral, alimentación al seno materno e inmunizaciones) en el lenguaje de UNICEF. El rol de las parteras empíricas puede ser muy importante en este campo, como lo han demostrado experiencias muy positivas en la Regional Occidental del Cauca.

2.4.3 Recursos

2.4.3.1 En atención a las personas

2.4.3.1.1 Recursos físicos

En la región existen 9 hospitales, 4 regionales y 5 locales (cuadro No. 14), en su mayoría de reciente construcción y dotación, todos enfrentados a problemas graves de mantenimiento de la planta física, por las condiciones del clima y la insuficiencia de presupuestos. Estos hospitales enfrentan igualmente serios problemas en lo que respecta al sistema de suministros a excepción de Buenaventura. La dotación de camas hospitalarias para la región (0.7 camas por 1.000 habitantes) es relativamente baja, comparada con el Valle del Cauca (0.85 camas por 1.000 habitantes). Calificados en base a los recursos disponibles y a su modelo de prestación de servicios, estos hospitales, excepción hecha del de Buenaventura, se comportan como hospitales locales y carecen de instituciones de apoyo para la remisión de pacientes, dentro de lo que

* Sigla cuyo original en inglés corresponde a Growth, Oral Rehidratation, Breast Feeding, Inmunization.

CUADRO No. 14

LITORAL PACIFICO COLOMBIANO

RECURSOS INSTITUCIONALES DEL SECTOR DE SALUD POR DEPARTAMENTOS

-1982-

<u>Departamento</u>	<u>Hospitales</u>		<u>Centro de Salud</u>	<u>Puesto de Salud</u>	<u>Camas por Mil habitantes</u>
	<u>No.</u>	<u>Camas</u>			
CHOCO	3	65	5	40	0.6
VALLE	2	262	-	20	1.0
CAUCA	1	18	2	9	0.3
NARIÑO	3	110	1	21	0.5
TOTAL	9	455	8	90	0.7

FUENTE : Servicios Seccionales de Salud.

se esperaría normalmente en un sistema de remisión de pacientes con niveles de atención secundario y terciario. La atención por especialistas en las cuatro áreas básicas del nivel secundario no existe, al igual que tampoco está disponible para la población la atención por subespecialidades clínicas del nivel terciario. El sistema de remisiones confluye necesariamente hacia Buenaventura, vía marítima, o hacia Cali y Medellín, vía aérea, pero deja de lado alrededor de un 90% de la población que no posee los medios económicos para un desplazamiento de esta índole.

Ninguno de los hospitales posee servicio de ambulancia, dados su escaso presupuesto y los altísimos costos del transporte fluvial y marítimo. Según datos de la Regional de Occidente del Cauca, el costo de desplazamiento acuático con base en motores fuera de borda ha llegado a \$5.000 por hora de viaje por vehículo en 1983.

El 75% de los centros y puestos de salud carece de dotación adecuada y sólo centros de salud poseen medios de desplazamiento propios. El problema de suministros, íntimamente ligado al del transporte en la región, es aún mayor que a nivel hospitalario, y el modelo administrativo a nivel local no ha sido implantado aún en los departamentos de Chocó, Cauca y Nariño.

2.4.3.1.2 Recursos humanos

La región posee en promedio 1.4 médicos por 10.000 habitantes (cuadro No. 15) lo cual, comparado con Colombia (5.0 médicos por 10.000 habit.), es bajo y obedece fundamentalmente a la concentración de este recurso (75%) en las capitales departamentales. A este problema se suman otros dos grandes obstáculos para la distribución equitativa de este recurso: en primer lugar, la casi absoluta inmovilidad locativa del médico por la carencia de medios de transporte apropiados y los altos costos del combustible; en segundo lugar, su relativa inestabilidad en la región, dado que un 50% del recurso médico se encuentra en su año de servicio social obligatorio; además, el 60% del recurso médico está localizado en Buenaventura y Tumaco, localidades que reúnen el 45% de la población total de la región. La razón medico-por-habitante pierde su racionalidad cuando, como en el caso del Chocó, la densidad de población es de 4.0 habitantes por kilómetro cuadrado; un total de 34 médicos están enfrentados a 49.000 Km²

CUADRO No. 15

LITORAL PACIFICO COLOMBIANO

RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD POR DEPARTAMENTOS

<u>Depto</u>	<u>Mé- di- cos</u>	<u>Odontó- logos</u>	<u>Enferm. Licenciad.</u>	<u>Ing.Sani- tarios</u>	<u>Bacterió- logos</u>	<u>Auxiliary ayudante de enfermería</u>	<u>Promotores rurales de salud</u>	<u>Promotores de Sanea- miento</u>	<u>Médicos por 10.000 habitantes</u>	<u>Enfermeras por 10.000 habitantes</u>
CHOCO	16	5	8	0	4	149	58	17	1.5	0.77
VALLE	37	2	13	1	2	144	20	42	1.5	0.52
CAUCA	6	1	2	0	1	22	17	2	1.1	0.38
NARIÑO	25	4	8	1	4	96	2	9	1.2	0.39
TOTAL	84	12	31	2	11	411	97	70	1.4	0.50

FUENTE : Servicios Seccionales de Salud.

de territorio, atendiendo cierta patología para la cual no han sido entrenados en su facultad de medicina de origen, como es el caso típico de malaria y leishmaniasis y otros grandes problemas de salud pública como las enfermedades diarreicas. El tiempo de permanencia del médico en los puestos rurales es muy corto, en general inferior al año; ésto es en gran parte resultado de los escasos o nulos incentivos que hay para trabajar en la región, el desconocimiento del medio y la incapacidad financiera de los Servicios para retener una mínima parte los que quieran permanecer en la región después de terminada la medicatura rural.

El recurso odontológico fuera de las sedes del hospital regional no existe, siendo la razón odontólogos por 10.000 habitantes de 0.02 para la región, comparada con 2.0 por 10.000 habitantes para el país.

El recurso de enfermera profesional (0.50 por 10.000 habitantes) es igualmente de los más bajos para el país (1.5 por 10.000 habitantes) y usualmente se encuentra confinado a las sedes de unidad regional por los obstáculos ya mencionados.

En más de un 50% los odontólogos y enfermeras que se encuentran en la región son profesionales que prestan su año de servicio social obligatorio.

Al analizar el recurso promotora rural de salud, el déficit de recurso humano de la región se hace aún más drástico (cuadro No. 16). Chocó, Cauca y Valle han llevado a cabo la política de desarrollo de este recurso con relativo éxito hasta ahora en la metodología de trabajo, pero con coberturas muy bajas, determinadas por falta de recursos financieros para incrementar el número de promotoras. El Valle del Cauca tiene definidas ya sus unidades primarias en atención en salud (UPA), basándose en la metodología del censo y diagnóstico sanitario y de desarrollo del Modelo de Planeación del Ministerio de Salud. En los otros tres departamentos la implantación del modelo de prestación de servicios basado en la definición de unidades primarias de atención requiere de un esfuerzo muy grande; se requiere aún realizar la zonificación y la adecuación del recurso a la población. El caso de Nariño es más agudo, por cuanto sólo cuenta con dos promotoras rurales de salud en el Litoral.

CUADRO No. 16

LITORAL PACIFICO COLOMBIANO

DISPONIBILIDAD DEL RECURSO HUMANO EN ATENCION PRIMARIA

- 1982 -

<u>Departamento</u>	<u>Habitantes Rurales por Promotora Rural de Salud (*)</u>	<u>Vivienda por promotora de Saneamiento (**)</u>
CHOCO	1.391	942.0
VALLE	3.888	1.099.0
CAUCA	2.551	4.048.3
NARIÑO	61.214	2.147.9
? TOTAL	3.342	1.457.7

(*) Excluyendo población en cabecera municipal

(**) Total urbano y rural.

FUENTE : Seccionales Departamentales de Salud.

La formación de las promotoras y auxiliares de enfermería del Litoral se realizan en centros urbanos del interior del país, los cuales se convierten en polos de interés y migración posterior para el personal de la región y terminan influenciando desfavorablemente la actitud de este personal hacia su radicación permanente en las comunidades de origen. La educación continuada del recurso es mínima. Con base a los cálculos efectuados por el Servicio de Salud del Valle, se estima que el costo de educación continuada en la región, para 1983, es de \$ 119.000 por promotora/año, costo que rebosa el costo de su formación inicial (65.000/promotor) y es muy próximo a su salario actual (\$143.000/promotora/año).

2.4.3.1.3 Oferta de servicios en atención a las personas.

Dados sus menguados recursos, las unidades regionales de salud correspondientes al Litoral realizan una cobertura adecuada solamente en las cabeceras municipales y en las sedes de las unidades regionales. En su conjunto, las unidades regionales de salud produjeron aproximadamente 26.000 egresos en el año 1982, con una relación de 46.2 egresos por 1.000 habitantes, la cual no dista mucho de la relación nacional de 61.6 egresos por 1.000 habitantes alcanzada por el país en el mismo año 1/. Sin embargo, al analizar unidades como la regional occidental del Cauca (13.2 egresos por 1.000 habitantes), se confirma la baja concentración de los recursos en esta subregión del Pacífico, mientras que se constata la mayor concentración del recurso en Buenaventura. El uso de la cama hospitalaria es racional, con porcentajes de ocupación superiores al 65% y promedios de estancia inferiores al promedio nacional (4.6 días en Guapí versus 5.9 en el país en 1982).

En atención ambulatoria se produjeron alrededor de 220.000 consultas, 359 consultas por 1.000 habitantes, cifra un poco distante del promedio nacional (589.6 consultas por 1.000 habitantes) dato explicable por las dificultades de accesibilidad geográfica de la población a los servicios, y viceversa. Nuevamente, al mirar regionales con menor accesibilidad, como la Occidental de Nariño y la Occidental del Cauca, el promedio de consultas baja a 226 consultas por 1.000 habitantes y a 187.5 por 1.000 habitantes, respectivamente.

1/ García Gómez, Jorge. Memoria la Congreso 1982-83. Ministerio de Salud. Julio 1983.

Las coberturas de atención odontológico (4.3 en Valle, 7.6 en Cauca y 2.4 en Nariño), pese a ser tan bajas, reflejan el déficit de recursos tan marcado que presenta el país en la atención a la salud oral (4.4% la cobertura para Colombia en 1982) 1/.

La atención por promotora es sumamente variable, de acuerdo también a lo observado en el análisis del recurso humano. Cauca y Valle, con coberturas de 80.1 y 100% en 1982, demuestran la factibilidad de llegar a toda la población con este recurso, una vez se establece la metodología adecuada.

Las coberturas de inmunizaciones son en general bajas en la región por los problemas técnicos de la cadena de frío y las dificultades de transporte. La Regional Occidental del Cauca, con 29.9% de cobertura de BCG en menores de un año, 4.2% de cobertura con DPT en menores de 4 años, 5% de cobertura polio en menores de 5 años y 24% de cobertura de sarampión, refleja muy bien la problemática de la región. La estrategia de concentración de población para vacunación es mucho más difícil, ya que los centros de mercado no presentan, como en otras regiones flujos masivos, sino un flujo gradual de la población. La planeación, la organización y la dotación de la cadena de frío en la región es una necesidad evidente dentro del programa de inmunizaciones.

2.4.3.1.4 Otros recursos del sector salud

Las acciones del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SEM) se vieron fuertemente afectadas a partir de 1974 cuando la ayuda internacional al programa fue suspendida. En el Litoral existen 3 Regionales (Buenaventura IX, Tumaco X, Quibdó VII).

La Regional IX debe cubrir 592 localidades con 18.417 viviendas y 68.237 habitantes, con sólo 37 rociadores y 6 canoas, lo cual se refleja en una cobertura del 35.3% de las localidades, 29.6% de las casa y 19.6% de los habitantes 2/ sóloamente se cubre el 16.2% de los habitantes con puesto de información

1/ Ibid.

2/ Servicio de Erradicación de la Malaria -SEM- Zona IX -Buenaventura, 1983.

(búsqueda pasiva), y el 6% con búsqueda activa de casos. Mientras tanto, el índice parasitario anual (IPA) ha ascendido de 5 a 16 por 1.000 habitantes con predominio franco de *P. Falciparum* (64.4% de las parasitemias).

La proporción de casa rociadas en 1982 en Municipios como Guapi llegó sólo al 47.5% (12.2% en López de Micay y 28% en Timbiquí), por razones presupuestales. Las renuencias a la fumigación, aunque son altas en algunas localidades, no pasan de un 5% de las casas visitadas y las causas reales de las bajas coberturas se encuentran en la inadecuada financiación del SEM. La situación de Tumaco y Quibdó es idéntica a la de la regional de Buenaventura: brigadas sin transporte, rociadores sin bombas, supervisores sin viáticos.

La presencia del subsector de la Seguridad Social en el Litoral, aparte de Buenaventura, es mínima (Tumaco e Istmina).

2.4.3.2 Recursos en Atención al Ambiente

2.4.3.2.1 Abastos de agua.

Existen 23 acueductos en la región (cuadro No. 17), de los cuales cinco están fuera de funcionamiento por fallas técnicas y/o de diseño. De los 18 restantes sólo 7 tienen cobertura completa de la población que sirven y ninguno tiene un sistema de potabilización. En el momento, sólo en Buenaventura se está instalando un sistema de potabilización moderno. En la región existen 61 localidades nucleadas con suficiente población para atacar el problema mediante soluciones colectivas; 6 de ellas pertenecen al Chocó, 24 al Valle, 16 al Cauca y 15 a Nariño. La cobertura actual, 18 acueductos, provee agua no tratada a una población aproximada de 313.000 habitantes, quedando por fuera de la cobertura 300.000 habitantes, en un 80% ubicados en localidades menores de 2.000 habitantes. Otras 91 comunidades estudiadas requieren de soluciones individuales de abasto de agua mediante sistemas lluvias; 11 de ellas se ubican en el Chocó, 55 en el Valle del Cauca 9 en Cauca y 16 en Nariño.

El mayor número de localidades identificadas en el Valle se debe al mayor nivel de información que posee este departamento merced al censo y diagnóstico sanitario realizado en años recientes. En la medida en que se expanda

el sistema de información, la cuantificación de necesidades necesariamente incrementará este número en los otros tres departamentos.

Si se atendieran las 61 localidades con soluciones colectivas y las 91 comunidades con soluciones individuales, la cobertura en población llegaría a un 92% de la población de la región.

Dada la mayor calidad de las fuentes superficiales en las poblaciones menores de 5.000 habitantes, las soluciones de potabilización revisten una urgencia menor que la de las poblaciones de más de 5.000 habitantes, en las cuales es prioritaria la intervención con soluciones de sedimentación y clorinación. Se insiste en la sedimentación como paso indispensable para la prevención de las enfermedades de origen fecal, tipo amebiasis y giardiasis, las cuales representan un problema aún en países, desarrollados, dado que la clorinación no destruye los quistes.

Los indicadores más sensibles para medir el impacto de las soluciones de agua son las enfermedades infecciosas de la piel y el tracto gastrointestinal. Los mejores indicadores de calidad, de acuerdo con análisis evaluativos adelantados en el Valle del Cauca 1/ son:

- a. Grado de participación de la comunidad, a partir del diseño y en el manejo mismo del abasto.
- b. Ejecución de la obra con planos de diseño para cada solución.
- c. Volumen de agua disponible por persona por día.
- d. Limpieza y desinfectación periódica del reservario, en ausencia de clorinación.

Un diseño y construcción que permitan mantener cerrados estos abastecimientos y conducir el agua a cada vivienda tendrá seguramente un impacto favorable en la disminución de los criaderos de vectores (anopheles y Aedes) y contribuirá al control de ciertas enfermedades tropicales.

1/ Ascuntar, A. y Rojas A. Indicadores de calidad de los acueductos de la U.R.S, Zarzal. Tesis de grado, Magister en Salud Pública, Universidad del Valle, 1980.

CUADRO No. 17

LITORAL PACIFICO COLOMBIANO

RECURSOS FISICOS EN ATENCION AL AMBIENTE

Departamento Localidad	A C U E D U C T O S					ALCANTARILLADO			
	Acueducto en Funcionamiento			No Funciona		No existe	En cons- trucción	En funcionamiento	No existe
	Cobertura completa	Cobertura incompleta	Agua no tratada	Fallas en diseño	Fallas técnicas			Normal	Baja (*) cobertura
<u>CHOCO</u>									
JURADO		x	x						x
Curiche						x			x
BAHIA SOLANO		x	x					x	
El Valle				x					x
NUQUI		x	x						x
Arusí	x		x						x
PIZARRO		x	x						x
Sivirú						x			x
PIE DE PATO						x			x
Catrú						x			x
TADO		x	x						x
Cértegui					x				x
ISTHINA							x	x	
Docordó						x			x
CONDOTO		x	x						x
Sta. Rita de									
Iró	x		x						x
NOVITA		x	x						x
SIPI						x			x
SUBTOTAL (CHOCO)	2	7	(9)	1	1	6	1	0	2

(*) Casi todos presentan fallas técnicas

NOTAS: Las cabeceras figuran en mayúsculas.

FUENTE : SSS/Chocó.

CUADRO No. 17

(Continuación)

Departamento Localidad	A C U E D U C T O S					En cons- trucción	ALCANTARILLADO		
	Acueducto en Funcionamiento			No Funcionan			No existe	En funcionamiento	
	Cobertura completa	Cobertura incompleta	Agua no tratada	Fallas en diseño	Fallas técnicas		Normal	Baja (*) cobertura	No existe
<u>VALLE</u>									
BUENAVENTURA	x		x				Planta de tratamiento	x	
Caserio I						x		x	
Caserio II						x		x	
Caserio III						x		x	
Zaragoza	x							x	
Triana						x		x	
Caserio IV						x		x	
La Delfina						x		x	
Cisneros	x							x	
Zacarías						x		x	
Zabaletas		x						x	
Guinia						x		x	
San Marcos						x		x	
Llano Bajo						x		x	
Aguaclara	x							x	
Anchicayá	x							x	
Gamboa						x		x	
Valle								x	
La Sitronela						x		x	
Córdoba								x	
San Isidro						x		x	
Bajo Calima						x		x	
La Bocana						x		x	
Base Naval						x		x	

CUADRO No. 17

(continuación)

Departamento Localidad	A C U E D U C T O S					ALCANTARILLADO			
	Acueducto en Funcionamiento			No Funcionan		No existe	En cons- trucción	En funcionamiento	No existe
	Cobertura completa	Cobertura incompleta	agua no tratada	Fallas en diseño	Fallas técnicas			Normal	Baja (*) Cobertura
VALLE									
(Continuación)									
Ladrilleros						x			x
Juanchaco						x			x
Veneral						x			x
San Antonio									
Yurumanguí		x	x						x
Juntas						x			x
El Carmen						x			x
San Francisco de Naya						x			x
La Concepción						x			x
Pto. Merizalde		x	x						x
San Cipriano						x			x
SUBTOTAL (VALLE)	5	3	(3)			24	Planta tra- tamiento B/ventura 1	1	32

(*) Casi todos presentan fallas técnicas.

NOTA: Las caberas figuran en mayúsculas.

FUENTE : SSS/Valle.

CUADRO No. 17

(Continuación)

A C U E D U C T O S

ALCANTARILLADO

Departamento Localidad	Acueducto en Funcionamiento			No Funciona		No existe	En cons- trucción	En funcionamiento		No existe
	Cobertura completa	Cobertura incompleta	Agua en tratada	Fallas en diseño	Fallas técnicas			Normal	Baja (*) cobertura	
<u>CAUCA</u>										
LOPEZ DE MICAY						x				x
Noanamito						x				x
Bocas de Saija						x				x
Sta. Rosa de Saija						x				x
S. Bernardi de Saija						x				x
STA. BARBARA DE TIMBIQUI				x						x
Sta. María de Timbiquí						x				x
S. José de Timbiquí						x				x
Coteje						x				x
Cheté						x				x
Limonés						x				x
S. Antonio de Guajuí				x						x
El Naranjo						x				x
S. José de Chuare						x				x
Concepción						x				x
Belén						x				x
Calle Larga						x				x
El Rosario						x				x
GUAPI		x	x					En amplia- ción	x	
SUBTOTAL (CAUCA)		1	1	(2)		16		1	0	1

(*) Casi todos presentan fallas técnicas

NOTA: Las cabeceras figuran en Mayúsculas.

FUENTE.: UR de Guapi, SSS/Cauca.

CUADRO No. 17
(Continuación)

Departamento	A C U E D U C T O S					No existe	En cons- trucción	ALCANTARILLADO		
	Acueducto en Funcionamiento			No Funcionan				En funcionamiento	No	
	Cobertura completa	Cobertura incompleta	Agua no tratada	Fallas en diseño	Fallas técnicas				funcionamiento	existe
Localidad						Normal	Baja (*) cobertura			
<u>NARIÑO 1/</u>										
STA. BARBARA DE ISCUANDE										
La Ensenada							x		x	
EL CHARCO						x			x	
S. José del Tapaje							x		x	
BOCAS DE SATINGA						x			x	
Las Marías							x		x	
MOSQUERA						x			x	
SALAHONDA						x			x	
S. Pedro del Vino							x		x	
La Tola						x			x	
Buenavista						x			x	
Junín						x			x	
Diviso						x			x	
Llorente						x			x	
Guayacana						x			x	
Móngón						x			x	
Candelillas						x			x	
Chilví						x			x	
S. JOSE (R. Payán)						x			x	
BARBACOAS		x	x					x	x	
Altaquer								x	x	
TUMACO		x	x	x			en ampliac.		x	
Chajal									x	
PAYAN (Magüf)						x		x		
SUBTOTAL (NARIÑO)		<u>2</u>	<u>(2)</u>	<u>1</u>			x		x	
TOTAL (LITORAL)	<u>7</u>	<u>13</u>	<u>(15)</u>	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>15</u>	<u>7</u>	<u>0</u>	<u>23</u>	
						61	9	1	89	

(*) Casi todos presentan fallas técnicas.
1/ FUENTE: SSS/Nariño.

NOTA: Las cabeceras figuran en mayúsculas.

La escogencia del modelo más adecuado de soluciones colectivas e individuales para la región requerirá el adelanto de sólidas investigaciones tecnológicas sobre diseño y manejo.

2.4.3.2.2 Sistemas de disposición de excretas.

El diagnóstico de la región en este componente de la atención al ambiente muestra un panorama aún más grave que el de suministro de agua. Sólo funcionan actualmente 5 sistemas de alcantarillado en todo el Litoral: Bahía Solano, Istmina, Buenaventura, Guapi y Tumaco.

A excepción de Buenaventura, los sistemas son parciales, de baja cobertura y con serias deficiencias técnicas. En el resto del Litoral, sólo un 5% de viviendas cuentan con algún tipo de disposición de excretas.

2.4.3.2.3 Basuras

A excepción de Buenaventura, no existe en la región un sistema organizado de recolección y disposición final de basuras. Algunas localidades como Tumaco empiezan a buscar soluciones apropiadas, pero la inexistencia de zonas sanitarias en las regionales dificulta cualquier desarrollo organizado de este componente. La posibilidad de establecer microempresas para manejo de desechos sólidos debe ser evaluada, una vez se establezcan las respectivas zonas sanitarias.

2.4.3.2.4 Control de zoonosis

Fuera de la zona sanitaria de Buenaventura no existe ningún programa de control de zoonosis. Tumaco necesita urgentemente una unidad de observación de canidos, la cual debe ser incorporada a la estructura de la zona sanitaria, una vez esta se cree.

2.4.3.2.5 Higiene locativa.

Se practica en forma precaria por parte de los promotores de saneamiento, prácticamente sin supervisión y sin apoyo de laboratorio.

2,4.3.3 Enfermedades tropicales

El surgimiento de la malaria, los focos aún existentes de pian, los focos de crecimiento de leishmaniasis, el potencial epidémico del dengue hemorrágico y la fiebre amarilla, plantean la exigencia de realizar un esfuerzo oportuno, eficaz y constante para su control. Estas enfermedades tropicales han dejado huellas en la historia del continente desde la época de los conquistadores, pasando por la construcción del Canal de Panamá, hasta la construcción de la carretera Transamazónica, como enfermedades capaces de detener durante décadas los planes de desarrollo, principalmente la construcción de obras de infraestructura. La introducción de personal técnico calificado, inexistente en la región, proveniente de áreas no endémicas y por consiguiente, no inmune, tiene efectos catastróficos en la planeación de las operaciones de terreno; por ejemplo, en la construcción de carreteras o hidroeléctricas. Se puede estimar conservadoramente que una persona no inmune a malaria puede sufrir, al entrar al Litoral, entre 1 y 3 episodios de malaria en el año; cada episodio con una incapacidad en cama de una semana, sin complicaciones. A esta incapacidad en cama se agrega un período de 1 a 2 meses de pérdida de su plena capacidad laboral por la anemia que persiste después de la cura parasitológica.

Hasta el presente, los responsables de las obras de desarrollo protegieron a su personal laboral con quimioprofilaxis para la malaria, acompañada de rociamientos periódicos con insecticidas residuales. En el Litoral Pacífico estas dos estrategias ya no operan en la misma intensidad. Por una parte, las cepas de plasmodios, principalmente *P. falciparum*, son resistentes a las 4 y 8-aninoquinoleinas; las drogas actualmente en uso, y su empleo como quimioprolácticos no es recomendado. Por otra parte, las especies de *Anopheles* vectoras en la región, presentan un grado marcado de exofilia y exofagia que hacen que el rociamiento de la vivienda sea poco eficaz, constituyéndose la malaria transmitida por estos vectores prácticamente en una enfermedad ocupacional, como pue-

de verse en las tasas de ataque, donde un 50% de los casos se presentan en mayores de 15 años.

2.4.3.4 Participación comunitaria

Las comunidades aisladas y carentes de servicios básicos demuestran en el Litoral un alto grado de organización para la solución de sus problemas. A menudo, paradójicamente, una vez se establecen ciertos servicios estatales, las comunidades se disgregan y las formas organizacionales naturales desaparecen con rapidez. Los organismos encargados de la ejecución del Plan deberán buscar, desde la planeación misma, la vinculación de los niveles decisorios locales para hacer efectivos los programas.

En el área de atención al ambiente es más crítica la necesidad de crear organizaciones de base para que, desde un comienzo, participen efectivamente en el manejo de los recursos. Las juntas de salud y de usuarios de esquemas comunitarios de suministro de agua y evacuación de desechos, son un elemento esencial para que las acciones de mejoramiento ambiental produzcan resultados a mediano y largo plazo.

El modelo de participación comunitaria debe extenderse a las acciones intersectoriales desde el inicio del plan. La mayoría de las acciones a planificar en salud y nutrición, atención al ambiente y control de enfermedades tropicales son actividades de tipo multisectorial.

2.4.3.5 Recursos de investigación y formación de recursos humanos.

Las universidades de los departamentos involucrados en el plan, formadoras de recurso médico, de enfermería e ingeniería sanitaria, han permanecido en general al margen de la problemática del Litoral debido, en parte a la baja prioridad que tradicionalmente se le ha otorgado a la región y a las altas erogaciones financieras que exige el desplazamiento hasta ella. Pasto, Popayán, Cali y Quibdó posee recursos para la formación de personal auxiliar de enfermería y promotoras rurales de salud, pero ya se mencionó el problema que surge cuando se entrena al personal del Pacífico fuera de su región, para terminar

desvinculándolo de sus sitios de trabajo. La universidad del Valle, con apoyo de la Organización Mundial de Salud, inició recientemente un programa de investigación en malaria y formación de expertos en enfermedades tropicales; se espera que de allí surga un aporte substancial al desarrollo de las investigaciones en salud en la región. En el Chocó, el convenio Colombo-Holandés viene realizando aportes al desarrollo del sistema de atención primaria, pero no está apoyando en instituciones universitarias que puedan soportar este desarrollo al finalizar el convenio. Los promotores y supervisores de saneamiento para el Litoral han sido entrenados por el Centro Regional de Adiestramiento (CENTRA) de Palmira, pero se confronta el mismo problema de entrenar este personal lejos de su lugar de origen y en condiciones ecológicas muy diferentes.

Las necesidades en investigación de la región pueden plantearse así:

a. En el área de atención a las personas:

- Desarrollo del modelo de planeación con base en un estudio a fondo de los patrones migratorios y de la reubicación de la población a partir de la organización espacial y económica del territorio que se adopte para la región.
- Desarrollo del modelo administrativo a nivel local, incluyendo las áreas prioritarias de suministro y mantenimiento.
- Desarrollo de metodología para la captación de los recursos humanos de la comunidad, comadronas, e incorporación de ellas al cuidado materno-infantil.
- Diseño y adaptación de tecnología para la cadena de frío en inmunizaciones.
- Búsqueda de hierbas medicinales y manejo de herbarios medicinales.

b. En el área de atención al ambiente :

- Elaboración del censo y diagnóstico sanitario de la región.
- Diseño y adaptación de tecnología para suministro de agua, disposición de excretas y protección de la vivienda.

- Evaluación del impacto ambiental de las obras de infraestructura y explotación de los recursos naturales.

- Evaluación del impacto de las corrientes migratorias producto de la organización económica del territorio.

c. En el área de participación comunitaria :

- Búsqueda de metodologías para incrementar y hacer más efectiva la participación y la educación comunitaria.

d. En el área de enfermedades tropicales :

- Búsqueda de alternativas para el control de la malaria en los diferentes focos.

DNP
DEPARTAMENTO NACIONAL
DE PLANEACIÓN



COMISIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL



MINISTERIO DE SALUD

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL PARA LA COSTA PACÍFICA COLOMBIANA (PLADICOP)

ESTRATEGIAS SECTOR SALUD

Estrategias Generales :

- * Mejorar la cobertura, eficiencia y calidad de los servicios de atención a las personas y al medio ambiente, preferiblemente mediante la ampliación y fortalecimiento del sistema de regionalización existente dando prioridad al nivel de atención primaria.
- * Capacitar el recurso humano del sector en aspectos de administración, supervisión, prestación de servicios y participación comunitaria. Involucrar en este proceso a los agentes tradicionales de salud: parteras y curanderos.
- * Promover acciones específicas sobre el grupo materno-infantil que permitan la disminución de la morbi-mortalidad por enfermedades parasitaria-intestinales e inmunoprevenibles.
- * Incrementar las acciones encaminadas al control y erradicación de las enfermedades tropicales, con especial énfasis en la malaria.
- * Establecer un programa de control de diarreas y rehidratación oral, así como un sistema de evaluación y vigilancia alimentaria y nutricional.

Estrategias para el Desarrollo de un Modelo de Atención al Ambiente :

Para obtener un aumento substancial de las coberturas en atención al ambiente es necesario tener en cuenta los siguientes criterios de diseño del modelo:

- * Debe darse prioridad a la terminación de obras en ejecución, inconclusas o con fallas actuales.
- * La organización económica del territorio y la creación de corrientes migratorias hacia los polos de desarrollo demandan una mayor concentración de la cobertura en la población de mayor concentración poblacional.

- * El plan de inversiones presupone, para su correcto manejo, una adecuada capacidad administrativa de los ejecutores. Una de las formas para mejorar tal capacidad consistiría en propiciar la creación de Zonas Sanitarias como un importante paso previo para el adelanto definitivo de las distintas obras comprometidas en dicho Plan.
- * Se hace necesaria la realización de un Censo y Diagnóstico Sanitario para el Litoral de los departamentos de Chocó, Cauca y Nariño, similar al realizado para el Valle. Sus resultados serán fundamentales para una adecuada planificación y distribución equitativa de los recursos del sector salud y para una posterior evaluación de las intervenciones.
- * Dado el desconocimiento que se tiene de la región Pacífica y de su problemática ambiental y de salud en general, se requiere apoyar la realización de investigaciones experimentales y diseños de tecnología apropiada en aspectos tales como suministro de aguas, disposición de desechos, producción social de alimentos básicos, mejoramiento de la situación nutricional y mejoramiento de la vivienda. A medida que dichas investigaciones vayan concretándose podría pensarse en la creación de un centro de Tecnología Ambiental para el Pacífico que aún todos esos esfuerzos, genere nuevas tecnologías y se con -vierta en eje dinamizador y de apoyo al trabajo multisectorial. Deberá trabajar en estrecha vinculación con las Universidades, los Servicios de Salud y las zonas Sanitarias del área.

Estrategias de atención a las personas

- * Se requiere el fortalecimiento del modelo de atención local, aunque la defi-nición de este nivel para el Pacífico debe ser objeto de estudios especiales por parte de los Servicios y del Ministerio de Salud.
- * La ampliación de las coberturas de atención primaria deberá estar orientada en el plan hacia el grupo prioritario materno-infantil.
- * La formación del recurso promotor y auxiliar de enfermería requiere del desa-rrollo de un modelo de capacitación que se ejecute dentro del mismo Litoral. La educación continuada del recurso en sus mismos lugares de trabajo debe

constituirse en uno de los motores esenciales de desarrollo del recurso humano.

- * De acuerdo con las políticas de salud vigentes en el país, se hace indispensable la integración operativa de los Servicios de Salud y el SEM. En el caso de la Costa Pacífica, esta integración debe comenzar a partir de la creación de las zonas sanitarias por parte de los servicios de salud, compartiendo el SEM y las Zonas Sanitarias la responsabilidad del control en su área de influencia. Estas áreas de influencia, cada una con cerca de 5.000 Km², son mucho más manejable que el área SEM regional IX, por ejemplo, que es de 29.000 Km²; además, estarían a cargo de personal profesional.

El componente de participación comunitaria en el control de la malaria debe ser investigado a fondo; se espera que los resultados de las investigaciones sobre modelos de control produzcan resultados de esta dirección.

- * El Plan de Desarrollo de la Costa Pacífica prevee la creación de empleos permanentes, se hace necesaria y urgente la agilización de los mecanismos legales para que este personal tenga acceso a la seguridad social. El desarrollo del recurso legal es prioritario, por cuanto hasta ahora los mecanismos de contratación laboral (por ejemplo de jornaleros a destajo), no han sido incorporados a la legislación vigente en el país. Una vez se establezcan las coberturas reales de la seguridad social, los servicios seccionales de salud en capacidad de absolver la atención a estos afiliados, en la misma forma que los han hecho en otras regiones y que lo hacen en el Litoral con las Cajas de Previsión Social.

DNP
DEPARTAMENTO NACIONAL
DE PLANEACION

CVC
COMITE VIGILANTE
REGIONAL DEL CANTON



PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL PARA LA COSTA PACIFICA COLOMBIANA 1982-1990

PROGRAMA DE INVERSIONES
SECTOR SALUD

Copia No Controlada CVC

PROGRAMA DE INVERSIONES
COSTO TOTAL A 5 AÑOS

(Millones de \$)

INVERSIONES	Atención al ambiente	Agua, soluciones colectivas	453.5
		Agua, soluciones individuales	376.5
		Excretas, soluciones colectivas	305.0
		Excretas, soluciones individuales	168.0
		Basuras	96.0
		Mataderos	174.5
		Plazas de mercado	126.0
		Laboratorio Bromatología	16.7
		Centros Zoonosis	2.5
		Sub-total	
	Atención a las personas	Puestos de salud	509.
		Hospitales	154.0
		Centros especiales	61.0
		Transporte	32.0
		Telecomunicaciones	16.0
	Sub-total		772.0
	TOTAL INVERSIONES		2.492.0
FUNCIONAMIENTO	Atención al ambiente y	Suministros	85.7
	x Atención a personas	Servicios personales	431.0
		Gastos generales	134.5
	TOTAL FUNCIONAMIENTO		651.2
PROYECTOS ESPECIALES	• * Parteras		7.8
	• * Dotación médicos diagnóstico		7.5
	• * Zonas Sanitarias Administración y apoyo a las intervenciones sobre el ambiente		347.0 250.0
	• * Centros tecnología ambiental		176.0
	• * Censo y diagnóstico sanitario		20.0
	• ** Diseño intervenciones en Malaria		25.0
	• ** Desarrollo administrativo		16.0
	• *** Educación continuada		45.0
	Subtotal proyectos		644.3
	TOTAL PROGRAMA		3.786.2

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL
PARA LA COSTA PACIFICA
COLOMBIANA

Nº

PROGRAMA DE INVERSIONES

NOMBRE: CENSO Y DIAGNOSTICO SANITARIO DEL LITORAL PACIFICO DE LOS
DEPARTAMENTOS DE CHOCO, CAUCA Y NARIÑO

SECTOR: SOCIAL SALUD

PROGRAMA: SALUD PRE INVERSION

SUB PROGRAMA: _____

PRIORIDAD: 1A - PARALELO CON LA CREACION DE LAS ZONAS SANITARIAS.

FECHAS INICIACION Y TERMINACION: ~~6 MESES A 1 AÑO~~ 1983 - 1984

LOCALIZACION: LITORAL PACIFICO DEL CHOCO - CAUCA Y NARIÑO.

ENTIDAD EJECUTORA PROPUESTA: SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD- UNIDADES REGIONALES
DE SALUD- ZONAS SANITARIAS - ASESORIA DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VALLE.

COSTO: 20'000.000

EL PROYECTO

OBJETIVOS GENERALES: Conocer la realidad de los componentes del bienestar (educación -vivienda -vestido; producción -conservación -consumo de alimentos primarios básicos; trabajo -energía -ecosistema -comunicación y transporte -recreación y deporte -salud) en las áreas de interacción con el sector Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: 1.- Frente de Planeación:

A- Diseño adecuado de políticas, estrategias, normas, procedimientos, objetivos, propósitos y metas.

B- Lograr instrumentar y sistematizar: La toma de decisiones, la programación de funcionamiento e inversión según necesidades y recursos, la ejecución de programas y la evaluación en términos de estructura, proceso, impacto, eficiencia, eficacia y efectividad.

II Frente a la administración: Diseñar una organización adecuada por áreas (atención a las personas -atención al ambiente y apoyo logístico administrativo) y niveles (Regional- local -de Unidad Primaria de Atención -de Unidad de Cobertura): Definir esquemas claros, coherentes de trabajo coordinado intersectorial y con la comunidad usuaria.

III Frente a la Epidemiología: Disponer de información básica para la investigación y vigilancia epidemiológica que se requiera.

ANTECEDENTES: El servicio seccional de Salud del Valle en 1976 desarrolló el censo y diagnóstico sanitario en el área rural del Valle del Cauca. Partiendo de el conocimiento que obtuvo de la problemática que viven las 969 comunidades rurales encontradas, que agrupa 500.000 habitantes, pudo desarrollar toda una estrategia de prestación de servicios y de apoyo logístico administrativo e intersectorial que le permite ir logrando etapas de cobertura en forma sistemática y programada y además trabajar coordinadamente hacia la búsqueda del bienestar y desarrollo en el área rural.

BIBLIOGRAFIA: 18 TOMOS- Censo diagnóstico Sanitario del área rural del Valle del Cauca. (Dicho diagnóstico sanitario tiene además información básica de los demás sectores y cuenta con programas diseñados de Funcionamiento e Inversión.)

JUSTIFICACION: 1- Para lograr desarrollar la Costa Pacífica Colombiana con excepción de la Unidad Regional de Salud de Buenaventura, se requiere profundizar en el conocimiento de la problemática que viven las comunidades negras e indígenas de la región, problemática que se debe conocer en cada comunidad, vivienda, establecimiento educativo y en cada lugar de afluencia pública. El conocimiento profundo de las componentes del bienestar y las condiciones del bienestar por comunidad, permitirán no solo estructurar programas de funcionamiento e inversión apropiados a las necesidades reales de dichas comunidades, sino que también permitirán adecuar el apoyo logístico administrativo que dichos programas requieran y establecer reales coordinaciones intersectoriales entre los sectores responsables de los componentes del bienestar (comunidad prestadora de servicios) y la comunidad usuaria de los servicios con el propósito de concretar el trabajo bajo el concepto de Comunidad Unitaria.

2.- El diagnóstico permitirá optimizar y racionalizar los recursos de funcionamiento, inversión y demás apoyo logístico, de todos los sectores responsables de los 10 componentes básicos del bienestar.

RESULTADOS ESPERADOS:

1.983 Reconocimiento del problema, diseño y adecuación de la metodología de diagnóstico de la Unidad Regional de Salud de Buenaventura.

1.984 Reclutamiento y capacitación del personal técnico y operativo.

-Levantamiento -elaboración y administración del censo sanitario.

-Producción del diagnóstico.

-Diseño de programas de funcionamiento, inversión y demás apoyo logístico administrativo.

-Publicación.

INSUMOS: Recursos Humanos:

- El personal de las zonas sanitarias, apoyado por el personal de la Unidad Regional de salud y asesorado por el Servicio Seccional de Salud del Valle.

Recursos físicos: -Combustible y mantenimiento para las lanchas
-Material de oficina y de campo y para publicaciones.

Recursos financieros: -Pagos para movilización y transporte.

- Pagos para viáticos y gastos de viaje.

- Pagos por honorarios de asesoría y consultoría.

-Posible pago de personal encuestador de base o adicional.

-Pago de personal técnico y administrativo para la fase de diseño de programas, administración, básicas.

ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO:

Se han adelantado conversaciones con los Servicios Seccionales de Salud y se ha estado de acuerdo en la urgencia.

PROYECTOS CONEXOS:

Zonas sanitarias.

Centro de tecnología apropiada.

Diseño y construcción de infraestructura básica.

Producción, conservación y consumo de alimentos primarios básicos.

Mejoramiento de vivienda.

ACTIVIDADES BASICAS DEL PROYECTO

- 1- Rediseño y adecuación de la metodología de diagnóstico.
- 2- Capacitación de personal, inducción, motivación, educación continuada.
- 3- Elaboración del censo sanitario y de los demás componentes básicos del bienestar social.
- 4- Producción del diagnóstico sanitario y de los demás componentes básicos del bienestar social.
- 5- Diseño de programas de funcionamiento, inversión y Servicio apoyo logístico.
- 6- Publicación de las entregas.

EJECUCION FINANCIERA PROPUESTA (Millones de pesos)
TOTAL

EJECUCION \ AÑOS	AÑOS							TOTALES
	0	1	2	3	4	5		
PRESUPUESTO NAL.	2.0	16.0	2.0					
RECURSOS PROPIOS								
OTROS								
SUB-TOTAL								
COOPERACION TECNICA								
CREDITO EXTERNO								
OTROS								
SUB-TOTAL								
TOTALES (Pesos de julio 1963)	2.0	16.0	2.0				20'	

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL
PARA LA COSTA PACIFICA
COLOMBIANA

Nº

PROGRAMA DE INVERSIONES

NOMBRE: Zonas Sanitarias

SECTOR: Social

PROGRAMA: Salud

SUB PROGRAMA: Atención al Ambiente

PRIORIDAD: 1A Antecede a la ejecución del presupuesto en infraestructura Sanitaria.

FECHAS INICIACION Y TERMINACION: Octubre 1983, 5 años.

LOCALIZACION: Bahía Solano, Itsmina, Guapi, El Charco, Tumaco y Barbacoas

ENTIDAD EJECUTORA PROPUESTA: Servicios Seccionales de Salud.

COSTO: 348' 000. 000 (5 años).

EL PROYECTO

OBJETIVOS GENERALES: Creación de 6 ^{unidades administrativas} ~~zonas sanitarias~~ que atenderán:

- 1) Ejecución del presupuesto y las obras básicas de acueductos, alcantarillados, abastos individuales y soluciones a excretas individuales.
- 2) Mantenimiento de las obras de infraestructura sanitaria.
- 3) Apoyo a los programas de prevención y control de enfermedades transmisibles.

OBJETIVOS ESPECIFICOS :

- 1) Organizar a la comunidad sujetos de programas de infraestructura ambiental básica.
- 2) Diseñar, ejecutar, evaluar y mantener los abastos colectivos de agua y los sistemas de disposición de excretas.
- 3) Establecer programas de control de zoonosis, vectores, higiene locativa, higiene de alimentos, basuras y plagas.
- 4) Integrar a nivel operativo acciones de control de la Malaria con el S E M.
- 5) Establecer acciones de tipo multisectorial en el área de producción social de alimentos primarios básicos.
- 6) Evaluar y multiplicar tecnologías apropiadas diseñadas en el centro de tecnología Ambiental.

ANTECEDENTES:

La zona sanitaria es, dentro del sistema Nacional de Salud, en el área de atención al Ambiente la unidad de cobertura correspondiente a la unidad Regional de salud en el área de atención a las personas. En el Departamento del Valle dichas zonas están funcionando; a la vez que descentralizan el manejo de las inversiones, permiten una aproximación mucho más realista a las comunidades servidas y una supervisión permanente de los promotores de saneamiento y de los programas,

BIBLIOGRAFIA:

JUSTIFICACION: La distancia geográfica y cultural que existe entre los niveles
centrales de los servicios de salud y las localidades sujeto de los programas;
la inoperancia de los sistemas de disposición de desechos y abasto de agua
diseñados para otras regiones ecológicas del país; el alto porcentaje de obras
ejecutadas y fuera de uso por problemas de diseño y mantenimiento; La caren-
cia de mecanismos de supervisión; La carencia de programas de educación pa-
ra el uso de las soluciones tecnológicas implantadas y el hecho de que los ser-
vicios seccionales de salud, el INAS y el INSFOPAL carecen de recursos huma-
nos y físicos para ejecutar las obras básicas de infraestructura, justifican ple-
namente la creación de las zonas sanitarias.

RESULTADOS ESPERADOS:

1. 983: Iniciación de las construcciones Análisis del Plan de Inversiones.

Priorización local para inicio de obras. Capacitación del personal.

Diseño del censo Y Diagnóstico Sanitario.

1. 984: Terminación de las plantas de las zonas (6) Ejecución del Censo y

diagnóstico sanitario. Organización en las comunidades de los comités

de usuarios de obras de infraestructura. Participación comunitaria en

diseño, ejecución y mantenimiento de las obras. Educación continuada.

1. 985: Ejecución de Obras de Infraestructura Básica. Mantenimiento a las

obras ejecutadas. Educación de la comunidad. Educación continuada de

los promotores. Acciones en control de enfermedades Tropicales conjun-
tamente con el S E M.

1. 986: Extensión de las obras a comunidades dispersas. Control de enfermeda-

des tropicales. Higiene de alimentos (Productos de Exportación) Mante-

nimiento de obras.

INSUMOS:

		Unidad	Costo Zona
Materiales	7' 000. 000		
Humanos	5' 800. 000	"	"
Gastos Generales y Suministros:	7' 441. 000		
Total 6 zonas 5 años	347. 849. 760		

ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO:

Los 4 servicios seccionales de salud y el ministerio están de acuerdo con la creación de las ^{unidades} zonas. Se está diseñando el curso de adiestramiento de los directores y personal profesional de las zonas que requiere una adaptación muy especial al trabajo en la región. Existe ya el modelo técnico y operativo de las zonas sanitarias. El Valle del Cauca lo tiene ya en funcionamiento con resultados extraordinarios.

PROYECTOS CONEXOS:

- Centro de Tecnología Ambiental
- ~~Consejo y Diagnóstico Sanitario~~
- Construcción y Mantenimiento de obras de Infraestructura.
- Control de enfermedades Tropicales.

ACTIVIDADES BASICAS DEL PROYECTO:

- ~~1)~~ ~~Ejecución del Censo y Diagnóstico Sanitario.~~
- 1) ~~2)~~ **Cosntrucción y Mantenimiento de las obras de Infraestructura.**
- 2) ~~3)~~ **Organización de la Comunidad para el manejo de sus obras.**
- 3) ~~4)~~ **Apoyo a servicios personales de salud y campañas de control de la malaria.**
- 4) *Ejecución del censo y diagnóstico sanitario*

EJECUCION FINANCIERA PROPUESTA (Millones de pesos)
TOTAL:

EJECUCION \ AÑOS	AÑOS							TOTALES
	0	1	2	3	4	5		
PRESUPUESTO NAL.								
RECURSOS PROPIOS								
OTROS								
SUB-TOTAL								
COOPERACION TECNICA								
CREDITO EXTERNO								
OTROS								
SUB-TOTAL								
TOTALES (Pesos de julio 1.983)								348'

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL
PARA LA COSTA PACIFICA
COLOMBIANA

Nº

PROGRAMA DE INVERSIONES

NOMBRE: CENTRO DE TECNOLOGIA AMBIENTAL

SECTOR: SOCIAL

PROGRAMA: SALUD

SUB PROGRAMA: ATENCION AL AMBIENTE

PRIORIDAD: 1A -Antecede a la creación de Zonas Sanitarias y a la Ejecución
de las inversiones. -

FECHAS INICIACION Y TERMINACION: Octubre 1.983 en adelante.

LOCALIZACION: COLONIAS, abajo calima, BUENAVENTURA.

ENTIDAD EJECUTORA PROPUESTA: UNIVERSIDAD DEL VALLE - CVC- MINISTERIO DE
SALUD.

COSTO: 166'394.176 a 5 años.

Copia No Controlada CVC

JUSTIFICACION: Hasta el presente, gran parte de las inversiones en atención al ambiente en el Litoral Pacífico, se han perdido por: (a) Fallas graves en el diseño básicamente desconocimiento de la región; (b) Falta de participación comunitaria desde el diseño mismo; (c) Falta de capacitación del personal de manejo; (d) Falta de una infraestructura de apoyo científico y tecnológico a la región.

La creación del centro involucrando a la Universidad del Valle en su diseño, orientación y manejo, garantizará la racionalidad científica y metodológicamente necesaria para diseñar el tipo de intervenciones en atención al ambiente que garanticen el éxito del Plan de Inversiones. Igualmente se atenderá la necesidad de formación de Recursos Humanos para la región y al desarrollo de la cadena de frío para inmunizaciones.

RESULTADOS ESPERADOS:

1983 Entrenamiento de los directores y funcionarios que van a manejar las zonas sanitarias. Estudios de base para la elaboración del censo y diagnóstico sanitario. Estudio de base para un plan de producción social de alimentos primarios básicos cadena de frío.

1984 Diseño de intervenciones en atención al ambiente:

Acueductos, alcantarillados colectivos. Entrenamiento del personal técnico de las zonas sanitarias y promotoras rurales de salud. Ejecución del censo y diagnóstico sanitario. Iniciación de proyectos en producción social de alimentos primarios básicos.

1985 Diseño de intervenciones en atención al ambiente:

Soluciones individuales para agua y excretas. Intervenciones en producción social de alimentos. Intervenciones en vivienda. Formación del personal técnico y promotoras rurales de salud.

1986 Evaluación de intervenciones. Supervisión de las zonas sanitarias; apoyo a proyectos locales; formación de personal.

1987 Evaluación de intervenciones. Supervisión de zonas. Mantenimiento a proyectos formación de personal.

EL PROYECTO

OBJETIVOS GENERALES: Creación de un centro en Tecnología Ambiental que permita diseñar, evaluar y difundir tecnologías apropiadas en las áreas de suministro de agua, disposición de desechos sólidos y líquidos, producción social de alimentos primarios básicos, mejoramiento de la higiene de la vivienda y cadena de frío en inmunizaciones.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Capacitación de Tecnologías existentes y adaptación a la región.
- Creación de nuevas tecnologías y su difusión.
- Capacitación del personal profesional que va a dirigir las zonas sanitarias y ejecutar el censo y diagnóstico sanitario.
- Capacitación del personal técnico: Promotores de saneamiento y promotoras rurales.
- Evaluación del impacto de los planes y programas de atención al ambiente.

ANTECEDENTES:

La relación investigación -acción para la prestación de servicios de Salud, ha sido fructífera en la medida que la universidad pública o privada auna su capacidad investigativa o la capacidad operativa de los socios de salud. En esta forma aparecieron en Colombia los programas de atención primaria, de administración en salud, de saneamiento básico, tecnología apropiada para territorios nacionales (Centro experimental las Gaviotas p.ej.)

BIBLIOGRAFIA:

INSUMOS: _____

Recursos físicos: _____

Construcción del centro de tecnología	19'000.000
Dotación del centro de tecnología	3'400.000
Suministros	6'720.000.
Dotación laboratorios	8'700.000
Dotación transporte	5'900.000
Mantenimiento 5 años	5'000.000

Recursos Humanos: _____

Costos de funcionamiento 5 años	166'394.176
---------------------------------	-------------

ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO: _____

Prefactibilidad consentimiento de la Universidad del Valle y el Ministerio de Salud para firmar el acuerdo. Participación de los 4 servicios de salud garantizada en el proyecto.

PROYECTOS CONEXOS: _____

- Creación de zonas sanitarias.
- Plan de Inversiones en Acueducto y Alcantarillado.
- Nutrición.
- Mejoramiento de vivienda
- Cadena de frío e inmunizaciones.

ACTIVIDADES BASICAS DEL PROYECTO

- 1- Investigación en tecnología apropiada para atención al ambiente, nutrición, vivienda y cadena de frío.
- 2- Formación de Recursos Humanos a nivel profesional y Técnico.
- 3- Elaboración del censo y diagnóstico sanitario.
- 4- Evaluación del proyectos en atención al ambiente.
- 5- Asesoría a los servicios seccionales de salud y a las zonas sanitarias.

**EJECUCION FINANCIERA PROPUESTA (Millones de pesos)
TOTAL**

EJECUCION \ AÑOS	0	1	2	3	4	5	TOTALES
PRESUPUESTO NAL.		11.18	13.911	16.544	19.319	23.182	
RECURSOS PROPIOS		11.18	13.911	16.544	19.319	23.182	
OTROS							
SUB-TOTAL							
COOPERACION TECNICA							
CREDITO EXTERNO	33.60						
OTROS							
SUB-TOTAL							
TOTALES (Pesos de julio 1983)	33.60	22.36	26.832	32.198	38.638	46.365	166.394

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL
PARA LA COSTA PACIFICA
COLOMBIANA

Nº

PROGRAMA DE INVERSIONES

NOMBRE: INFRAESTRUCTURA BASICA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.

SECTOR: SOCIAL.

PROGRAMA: SALUD

SUB PROGRAMA: ATENCION AL AMBIENTE

PRIORIDAD: 1 A

FECHAS INICIACION Y TERMINACION: 1.983 - 1.988

LOCALIZACION: CABECERAS MUNICIPALES Y PRINCIPALES CORREGIMIENTOS DEL LITORAL
PACIFOCO DE CHOCO - VALLE - CAUA Y NARIÑO.

ENTIDAD EJECUTORA PROPUESTA: SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD A TRAVES DE LAS
ZONAS SANITARIAS - INAS - INSFOPAL.

COSTO: \$ 1.719'648.000.=

EL PROYECTO

OBJETIVOS GENERALES: 1- Disminuir el nivel de morbi-mortalidad de la población del Litoral Pacífico y mejorar su nivel de vida mediante acciones sobre factores condicionantes especialmente críticos de oferta y funcionamiento de los servicios básicos de saneamiento ambiental. 2- Mejorar la eficiencia, calidad y cobertura de los servicios de salud en el área del medio ambiente mediante la reparación y ampliación de la infraestructura existente y la construcción de obras en los lugares de mayor concentración poblacional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Tipo de Obra	Localización y N° de soluciones				
	Chocó	Valle	Cauca	Nariño	Total
Construcción de acueductos	33	26	20	8	87
Ampliación de acueductos	23	3	1	-	27
Aprovisionamiento por aguas lluvias	80	55	12	30	177
Construcción de alcantarillado	15	9	21	-	45
Programas de instalación de tasas sanitarias	130	88	51	14	283
Programa de almacenamiento -recolección y disposición final de basuras.	148	9	5	2	164
Mataderos	36			8	44
Plazas de mercado				8	8
Laboratorio de Bromatología				1	1
Centro de observación canina				1	1

ANTECEDENTES:

El Litoral Pacífico es quizás la región más desprotegida del país en aspectos de saneamiento ambiental, lo cual se refleja en las causas de mortalidad y morbilidad

2- Las pocas localidades en donde se han hecho esfuerzos en obras básicas de saneamiento (acueducto, alcantarillado y aseo), por ejemplo lo realizado por CVC en Buenaventura, han incidido notoriamente en tales índices.

BIBLIOGRAFIA: Diagnóstico socio-económico PLADEICOP.

Hacia la equidad en Salud - Plan Nacional 1983-1986.

Informes de los Servicios Seccionales de Salud de Chocó, Valle, Cauca y Nariño.

JUSTIFICACION: Las enfermedades infecciosas Intestinales y la desnutrición, que figuran como primeras causas de morbi-mortalidad en el Litoral Pacífico, están íntimamente relacionadas con la disponibilidad de agua de consumo y con los sistemas de disposición de excretas y basuras. El 100% de la población del Litoral carece de aguas tratadas. Sólo existen 23 acueductos en la región de los cuales 5 están fuera de funcionamiento por fallas técnicas o de diseño. De los 18 restantes sólo 7 tienen cobertura completa de la población que sirven y ninguno tiene sistema de potabilización. Actualmente sólo funcionan 5 sistemas de alcantarillado en todo el Litoral, son sistemas parciales de baja cobertura y con serias deficiencias técnicas. En las poblaciones carentes de alcantarillado en todo el Litoral sólo el 5% de las viviendas cuenta con un sistema de disposición de excretas; fuera de Buenaventura ninguna población cuenta con un sistema apropiado para disposición de basuras.

RESULTADOS ESPERADOS

1983 - 1984 : Revisión del plan de inversiones teniendo como base el censo y diagnóstico sanitario del Litoral Pacífico.

1984 - Diseño y selección de tecnologías apropiadas.

1984 - Organización en las comunidades de los comités de usuarios de obras de infraestructura - Participación comunitaria en el diseño- ejecución y mantenimiento de obras.

1984 - 1986 : Ejecución de obras de infraestructura sanitaria en los sitios de mayor concentración poblacional y mayor desarrollo económico.

1987 - 1988 : Extensión de obras a las comunidades dispersas.

INSUMOS: _____

Recursos Humanos: El personal de las zonas sanitarias - de los servicios Seccionales de salud y de las instituciones encargadas de la ejecución y mantenimiento de las obras; el trabajo comunitario.

Recursos físicos: Los que se determinen mediante los estudios de factibilidad de cada obra; se requiere como prerequisite la sesión de terrenos por parte de las autoridades locales.

Investigación previa: Realización de censo y diagnóstico sanitario en departamentos del Chocó, Cauca y Nariño.

ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO: _____

Los servicios seccionales de Salud de Chocó, Valle, Cauca y Nariño y Pladeicop, realizaron un primer análisis de las necesidades en el área de saneamiento ambiental en el Litoral Pacífico, que arrojó como resultado un plan de inversiones a 5 años. Se han identificado las poblaciones que se incluirán en el proyecto y se ha establecido el valor de las obras a ejecutar.

PROYECTOS CONEXOS: _____

Censo y diagnóstico sanitario del Litoral Pacífico.

Centro de tecnología ambiental.

Construcción de las zonas sanitarias.

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL
PARA LA COSTA PACIFICA
COLOMBIANA

Nº

PROGRAMA DE INVERSIONES

NOMBRE: CONSTRUCCION, AMPLIACION, REPARACION y DOTACION DE HOSPITALES,
CENTROS Y PUESTOS DE SALUD.

SECTOR: SOCIAL

PROGRAMA: SALUD

SUB PROGRAMA: ATENCION A LAS PERSONAS

PRIORIDAD: 1

FECHAS INICIACION Y TERMINACION: 1983 - 1987

LOCALIZACION: POBLACION DEL LITORAL PACIFICO DE CHOCO, VALLE, CAUCA Y NARIÑO

ENTIDAD EJECUTORA PROPUESTA: SERVICIOS SECCIONALES DEL CHOCO, VALLE, CAUCA
Y NARIÑO

COSTO: _____

EL PROYECTO

OBJETIVOS GENERALES: Mejorar la cobertura, eficiencia y calidad de la oferta de servicios, mediante la construcción, ampliación y reparación de la infraestructura física de atención a las personas.

Crear las condiciones para el funcionamiento de los puestos y centros de salud mediante la dotación de los mismos. Racionalizar los servicios médicos de extensión y la remisión de pacientes dotando a las instituciones de salud de los medios para que esta actividad sea posible.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: _____

Tipo de Obra	Localización N° de soluciones				
	Valle	Cauca	Nariño	Chocó	TOTAL
Construcción de hospitales, centros y puestos de salud	5	25	17	71	118
Ampliación de hospitales, centros y puestos de salud	1	4	3	36	44
Reparación hospitales, centros y puestos de salud	16	5	-	19	40
Dotación Hospitales, centros y puestos de salud	26	33	17	147	223
Dotación transporte promotoras	19	50	-	-	69
Dotación promotoras	42	53	-	66	141
Dotación radio-teléfonos	27	39	-	111	177
Dotación trailers para transporte de lanchas	2				2

ANTECEDENTES: _____

1- La inaccesibilidad física y económica de gran parte de las poblaciones ha dificultado tradicionalmente el desarrollo de una infraestructura física básica que facilite la atención a las personas.

2- Las condiciones ecológicas de la selva tropical húmeda propician su deterioro permanente de la escasa infraestructura disponible.

3- La mayoría de los centros y puestos de salud no pueden funcionar por carencia de dotación y de medios de transporte.

BIBLIOGRAFIA: _____

Diagnóstico socio-económico Pladeicop.

Informes de los Servicios Seccionales de Salud de Chocó, Valle, Cauca y Nariño.

JUSTIFICACION: 1- La dispersión de la población, la extensión del territorio, la carencia de vías de comunicación y medios de transporte, el escaso número de hospitales, centros y puestos de salud, determinan la necesidad perentoria de construir infraestructura que permita una oferta de servicios al alcance del usuario. El grave deterioro de la infraestructura física de atención a las personas debido a la inadecuada operación y a la falta de mantenimiento es uno de los problemas más graves.

2- El 75 % de los centros y puestos de salud carecen de dotación, lo cual impide una prestación adecuada del servicio.

3- El 75% de los organismos de salud carece de medios de transporte.

RESULTADOS ESPERADOS:

1983 Revisión del plan de inversión teniendo como base el censo y diagnóstico sanitario del Litoral Pacífico.

1984 Diseño de obras.

1984 Ejecución de obras, construcción, ampliación, reparación y dotación de hospitales, centros y puestos de salud.

INSUMOS:

Recursos Humanos: El personal de los servicios seccionales de salud y de las instituciones encargadas de la ejecución y mantenimiento de las obras.

Recursos físicos: Los que se determinen mediante los estudios de factibilidad de cada obra.

Se requiere como prerequisite para las construcciones, la cesión de terrenos por parte de las autoridades locales.

Investigación: Censo y diagnóstico sanitario de Chocó, Valle, Cauca y Nariño.

ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO:

Los servicios seccionales de salud de Chocó, Cauca, Valle y Nariño y Pladeicop, realizaron un primer análisis de las necesidades de infraestructura en atención a las personas en el Litoral Pacífico que arrojó como resultado un plan de inversiones a 5 años. Se han identificado las poblaciones que se incluirán en el proyecto y se ha establecido el valor de las obras a ejecutar.

PROYECTOS CONEXOS:

- 1- Construcción de infraestructura básica de saneamiento ambiental.
- 2- Gastos de funcionamiento y recursos de personal necesarios para la nueva infraestructura de atención a las personas.

ACTIVIDADES BASICAS DEL PROYECTO

I- Elaboración de diseños de construcción adecuados a la zona.

II Convenios Pladeicop, Servicios Seccionales de Salud de Chocó, Valle, Cauca y Nariño.

III Ejecución del presupuesto y de las obras de construcción, ampliación y reparación de hospitales, centros y puestos de Salud.

IV Mantenimiento de las obras de infraestructura de atención a las personas.

V Dotación de hospitales, centros y puestos de salud.

EJECUCION FINANCIERA PROPUESTA (Millones de pesos)

TOTAL

EJECUCION \ AÑOS	AÑOS						TOTALES
	0	1	2	3	4	5	
PRESUPUESTO NAL.							
RECURSOS PROPIOS							
OTROS							
SUB-TOTAL							
COOPERACION TECNICA							
CREDITO EXTERNO							
OTROS							
SUB-TOTAL							
TOTALES (Pesos de julio 1983)							777'979.619

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL
PARA LA COSTA PACIFICA
COLOMBIANA

Nº

└───

PROGRAMA DE INVERSIONES

NOMBRE: GASTOS GENERALES Y SUMINISTROS.

SECTOR: SOCIAL

PROGRAMA: SALUD

SUB PROGRAMA: ATENCION AL AMBIENTE - ATENCION A LAS PERSONAS

PRIORIDAD: 1

FECHAS INICIACION Y TERMINACION: 1983 - 1987

LOCALIZACION: LITORAL DEL VALLE - CHOCO - CAUCA - NARIÑO.

ENTIDAD EJECUTORA PROPUESTA: SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD DE CHOCO-
VALLE - CAUCA - NARIÑO.

COSTO: \$ 220'296.168

EL PROYECTO

OBJETIVOS GENERALES: Posibilitar el funcionamiento de los servicios médicos de extensión y supervisión; facilitar la remisión de pacientes a las unidades de atención secundaria y terciaria; facilitar el transporte de las promotoras y el personal técnico del servicio en sus diferentes actividades; estabilizar los fondos rotatorios para farmacias comunales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: 1- Establecer asignaciones presupuestales para las unidades regionales del Litoral Pacífico de Chocó, Valle, Cauca y Nariño, para: 2- Mantenimiento de lanchas para el transporte de enfermos; combustible de lanchas para el transporte de enfermos; Combustible de botes para el transporte de promotoras; Mantenimiento de botes para el transporte de promotoras; combustible para la movilización del personal de la sede de la Unidad Regional; combustible para la movilización del personal de la sede de la Unidad Regional por carreteras; mantenimiento de lanchas de la unidad regional; viáticos del personal de la Unidad Regional que sale a las comunidades; viáticos y transporte para la educación continuada de promotoras; mantenimiento de Jeeps para ir a las comunidades; organización de fondos rotatorios de farmacias comunales.

ANTECEDENTES:
En la actualidad el 75% de las instituciones de salud en el Litoral Pacífico, carece de medios de transporte, la inexistencia de un sistema de mantenimiento adecuado produce el deterioro acelerado de los vehículos debido a las características especiales del área; los elevados costos del combustible y los bajos presupuestos de los servicios, impiden la utilización racional de los vehículos existentes. En algunas comunidades los fondos rotatorios para farmacias comunales, han sido una solución al problema de abastecimiento de drogas.

BIBLIOGRAFIA:

Diagnóstico socio-económico del Litoral Pacífico.

PLADEICOP.

Informes presentados por los servicios seccionales de Chocó, Cauca, Valle y Nariño.

JUSTIFICACION: Los servicios médicos de extensión (supervisión) a las comunidades que carecen de dicho servicio en el Litoral Pacífico, se hallan limitados por la escasez de recursos médicos (1.4 médico x 1.000 habit.) y por la carencia de recursos presupuestales para el mantenimiento y funcionamiento de los medios de transporte. La dispersión de la población en el Litoral Pacífico exige que una promotora realice su actividad en diferentes comunidades de la región. Es necesario establecer medios para la utilización plena de este recurso. La inexistencia de medios de transporte en la región, plantea la necesidad de que las unidades locales cuente con recursos propios para la remisión de pacientes. el 75% de las poblaciones, centros y puestos de salud analizados por PLADEICOP, carecen de todo tipo de abasto de drogas adecuado y permanente.

RESULTADOS ESPERADOS:

- 1- Establecer una red de farmacias comunales mediante la creación de fondos rotatorios.
- 2- Mejorar los servicios médicos de extensión y supervisión a las comunidades que carecen de dicho servicio.
- 3- Establecer un sistema de mantenimiento periódico de los medios de transporte de las unidades locales.
- 4- Poner en marcha una micro-red de transporte para la remisión de los enfermos a los centros de atención más especializados.

INSUMOS:

Recursos Humanos: Personal administrativo y de mantenimiento de los servicios Seccionales de Chocó, Valle, Cauca y Nariño.

-Repuestos y herramientas para el mantenimiento de los vehículos.

-Droga para abastecer las farmacias comunales.

ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO:

Los servicios seccionales de Chocó, Valle, Cauca y Nariño, realizaron un primer análisis de las necesidades de suministros y gastos generales, estableciendo valores en estos rubros a nivel de departamento y de unidad local.

PROYECTOS CONEXOS:

- Construcción, ampliación, reparación, dotación de hospitales, centros y puestos de salud.
- Censo y diagnostico sanitario del Litoral de Chocó, Valle, Cauca y Nariño.
- Mejoramiento administrativo.

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL
PARA LA COSTA PACIFICA
COLOMBIANA

Nº

PROGRAMA DE INVERSIONES

NOMBRE: "Servicios Personales"

SECTOR: Social

PROGRAMA: Salud

SUB PROGRAMA: Atención a las personas. Atención al ambiente

PRIORIDAD: 1

FECHAS INICIACION Y TERMINACION: 1.983- 1.987

LOCALIZACION: Todo el Litoral Pacifico.

ENTIDAD EJECUTORA PROPUESTA: Servicios Seccionales de Salud de Chocó, Valle
Cauca y Nariño.

COSTO: 431'202,723

EL PROYECTO

OBJETIVOS GENERALES: Ampliación de la planta de personal en atención al ambiente y atención a las personas..

- Creación de cargos para atender a las nuevas unidades de prestación de servicios.
- Mejorar la cobertura y calidad de la atención al ambiente y las personas.- Mejorar la eficiencia administrativa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS : _____

ANTECEDENTES : Existen unidades regionales de salud en los cuales la cobertura de atención al ambiente a a las personas como es el caso de Nariño donde existen solamente dos promotores de salud y Guapi donde existen solamente dos promotores rurales de saneamiento.-

El Plan de Desarrollo contempla la creación de nuevas unidades de servicio de salud como es el caso de las zonas sanitarias y la construcción o ampliación de hospitales-centros y puestos de salud para los cuales no existe actualmente planta de cargos.

BIBLIOGRAFIA: _____

Diagnóstico socio-económico del Litoral Pacífico PLADEICOP

Informes de los Servicios Seccionales de Salud de Chocó, Valle, Cauca y Nariño.

JUSTIFICACION: En los anexos de actualización de necesidad de Chocó, Valle, Cauca y Nariño se establece el No. de cargos necesarios para mejorar las coberturas en atención a las personas y atención al ambiente y para desarrollar el área administrativa y de servicios de cada una de las regionales de salud.

RESULTADOS ESPERADOS:

- Puesta en marcha de las zonas sanitarias.
- Puesta en marcha de nuevos centros y puestos de salud.
- Mejoramiento del sistemas de referencia.
- Mejoramiento de la supervisión en el área de atención a las personas.
- Puesta en marcha del plan de inversiones en atención al ambiente.
- Creación de la red de diagnóstico para malaria-TBC y parásitos.

INSUMOS: _____

Recursos humanos: Los señalados en el Consolidado Final del Plan de Inversiones.

ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO: Existe una metodología para captar- adiestrar- supervisar y evaluar el personal que será integrado.

Paralelamente al proyecto se desarrollará un proyecto específico de desarrollo administrativo que se encargará de poner en marcha la metodología existente.

PROYECTOS CONEXOS: _____

- Zonas Sanitarias

- Construcción - ampliación y reparación de hospitales, centros y puestos de salud.

- Construcción de infraestructura básica de saneamiento.

- Educación continuada.

- Desarrollo administrativo

ACTIVIDADES BASICAS DEL PROYECTO _____

Captación del personal _____

Adiestramiento, supervisión y evaluación del personal profesional- auxiliar administrativo y de servicios varios. _____

EJECUCION FINANCIERA PROPUESTA (Millones de pesos)
TOTAL

EJECUCION \ AÑOS	AÑOS							TOTALES
	0	1	2	3	4	5		
PRESUPUESTO NAL.								
RECURSOS PROPIOS								
OTROS								
SUB-TOTAL								
COOPERACION TECNICA								
CREDITO EXTERNO								
OTROS								
SUB-TOTAL								
TOTALES (Pesos de julio 1.983)	986.361	80.144631	96173554	454082631	138489914			431202.723

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL
PARA LA COSTA PACIFICA
COLOMBIANA

Nº

PROGRAMA DE INVERSIONES

NOMBRE: Desarrollo Administrativo de las Unidades Regionales de Salud

SECTOR: Social

PROGRAMA: Salud

SUB PROGRAMA: Desarrollo Administrativo

PRIORIDAD: Urgente

FECHAS INICIACION Y TERMINACION: 1.984 - 1.988

LOCALIZACION: Sedes de Unidades Regionales (Bahía Solano- Istmina- B/tura-
Guapi- Tumaco)

ENTIDAD EJECUTORA PROPUESTA: Dpto de Medicina Social U. del Valle

COSTO: 16' 104. 000

Copia No Controlada CVC

EL PROYECTO

OBJETIVOS GENERALES: Educar y asesorar a los funcionarios de las Unidades Regionales de Salud del Pacífico en el manejo de los diferentes subsistemas del Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Educar y asesorar a los funcionarios de las unidades Regionales de Salud en el manejo de los subsistemas de:

Investigación

Información

Planeación

Recursos Financieros

Recursos Materiales

Recursos Humanos

Recursos Tecnológicos

Recursos Legales

Organización y Administración

ANTECEDENTES: Está demostrado que el manejo administrativo de una Unidad local o Regional de Salud necesita un proceso de capacitación y educación continua. Para este fin el Dpto de Medicina Social de la Universidad del Valle en asociación con la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) el Ministerio de Salud y la Fundación Kellogg creó el programa de Administración en Salud (PROADSA) dedicado a la capacitación de funcionarios del Sector Salud.

BIBLIOGRAFIA: Dpto de Medicina Social. Programa de Administración en Salud. Documento Base 1. 978.

JUSTIFICACION: El desarrollo de la Capacidad administrativa de los servicios de salud es un requisito indispensable para la buena marcha de los servicios. En el Litoral actualmente las funciones administrativas presentan graves fallas dada la escasa o nula preparación de los funcionarios para desempeñar adecuadamente sus cargos y la falta de educación continuada.

Si no se hace un esfuerzo en esta dirección, es posible que la mayoría de las inversiones que va a hacer el Plan de Desarrollo sean subutilizadas y continuen funcionando aisladamente e ineficientemente.

RESULTADOS ESPERADOS:

1. 984 : Curso corto (3 meses) de capacitación para Directores de Unidad Regional de Salud.

Curso corto (3 meses) para Administradores de Unidades Regionales de Salud

Asesoría con visitas de 6 semanas a cada sede de Unidad Regional.

1. 985 : Curso corto de Administración en Salud (3 meses) para Directores de Unidades Locales de Salud.

Asesorías con visitas de 6 semanas a las Sedes de Unidades Regionales y Unidades Locales.

1. 986 : Asesoría para cada uno de los subsistemas con visitas a las sedes. Seminarios de Evaluación.

1. 987 : Asesorías para cada uno de los subsistemas con visitas a las sedes. Seminarios de Evaluación.

INSUMOS:

Recurso Humano: Docentes del Departamento de Medicina Social.
Funcionarios de los Servicios de Salud.

Recursos Físicos: Planta Física del Dpto de Medicina Social.

Recursos Financieros: Pago de gastos de desplazamiento de los asesores a las sedes de los funcionarios y de los funcionarios a la Universidad del Valle.

Materiales docentes. Papelería.

ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO: El programa de Administración en Salud del Dpto de Medicina Social se inició hace 4 años y viene capacitando a funcionarios del sistema Nacional de Salud desde esa fecha, tanto a nivel de magister como de cursos cortos.

Tan pronto lleguen los fondos se inician las actividades.

PROYECTOS CONEXOS : Todos los relacionados con el sector Social Programa Salud.

ACTIVIDADES BASICAS DEL PROYECTO: **1** Formación de Recursos Humanos
en el área de Administración de Servicios
de Salud.

2 Investigación en el desarrollo local y re-
gional de estrategias para la optimización
de recursos.

3 Evaluación de las acciones en Salud.

EJECUCION FINANCIERA PROPUESTA (Millones de pesos)

TOTAL:

EJECUCION \ AÑOS	0	1	2	3	4	5	TOTALES
PRESUPUESTO NAL.							
RECURSOS PROPIOS							
OTROS							
SUB-TOTAL							
COOPERACION TECNICA							
CREDITO EXTERNO							
OTROS							
SUB-TOTAL							
TOTALES (Pesos de julio 1.983)	3, 00	3, 60	4, 32	5, 184			16, 104

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL
PARA LA COSTA PACIFICA
COLOMBIANA

Nº

PROGRAMA DE INVERSIONES

NOMBRE: Educación Continuada para el personal de salud y la Comunidad

SECTOR: Social

PROGRAMA: Salud

SUB PROGRAMA: Desarrollo de Recursos humanos.

PRIORIDAD: Urgente

FECHAS INICIACION Y TERMINACION: 1. 984-1. 987

LOCALIZACION: Sedes de las unidades regionales de salud(Bahía Solano, Istmina,
Buenaventura, Guapi, Tumaco).

ENTIDAD EJECUTORA PROPUESTA: Universidades del Valle, Cauca, Nariño y Chocó.

COSTO: 55.000.000

Copia No Controlada CVC

EL PROYECTO

OBJETIVOS GENERALES: Generar un programa de educación continuada para el personal de Salud que labora en el área de atención a las personas.

Desarrollar estrategias de educación en salud para la comunidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Diseñar y ejecutar un programa de educación continuada para el personal de enfermería (Enfermeras generales, auxiliares de enfermería, Promotores rurales de Salud).

Diseñar y ejecutar un programa de educación continuada para el personal médico.

Diseñar y ejecutar un programa de educación en salud para las comunidades del Litoral Pacífico.

ANTECEDENTES: El departamento de enfermería de la Universidad del valle, es líder en el país en la formación a distancia de enfermeras y colabora estrechamente con los Dptos de Enfermería de las Universidades de Nariño, Cauca y Chocó. Sus programas no llegan en la actualidad a la Costa Pacífica por falta de recursos económicos.

La facultad de salud y la facultad de educación de la Universidad del Valle poseen amplia experiencia en educación continuada para médicos y para la comunidad; Sus programas solo llegan hasta Buenaventura por falta de recursos económicos.

BIBLIOGRAFIA: _____

JUSTIFICACION: Para el desarrollo del sector salud en la Costa Pacífica es indispensable que las universidades de la región lleguen hasta la Costa Pacífica. El personal que se forma en el interior del país queda abandonado a sus propios medios una vez regresa a sus comunidades de origen.

Por otro lado no existen estrategias para la educación en salud de la comunidad y la generación de esfuerzos aislados no ha llegado a producir resultados, por lo cual se propone una unificación de criterios y el desarrollo de estrategias masivas más eficientes.

RESULTADOS ESPERADOS:

1. 984 Diseño del Plan de Educación continuada para el personal de enfermería. Nivelación del personal que se encuentra como ayudante de enfermería hasta auxiliar de enfermería. Iniciación de las investigaciones (Investigación-acción) en metodologías para la educación comunitaria en salud.
1. 985 Educación continuada. Educación a la comunidad
1. 986 Educación continuada. Educación a la comunidad
1. 987 Educación Continuada. Educación en Salud a la comunidad.

INSUMOS:

- **R. Humanos:** Docentes de las facultades de enfermería, medicina y educación de las universidades del Chocó, Valle, Cauca y Nariño. Personal que labora en el área de atención a las personas en la región.
- **R. Económicos:** Financiación de talleres educativos en B. Solano, Istmina, Buenaventura, Guapi y Tumaco. Financiación de visitas de supervisión y desplazamientos de los investigadores docentes a las comunidades escogidas para los programas de educación en salud.

ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO:

Están establecidos los contactos con las escuelas de enfermería de la región.

El Dpto de enfermería de la Universidad del Valle presentará un plan de acción.*

La facultad de salud de la U. del Valle presentará un plan de acción.*

La facultad de educación de la U. del Valle presentará un plan de acción.*

* Cada uno de estos planes responderá a un marco de referencia unificado que se acordará en la fase inicial.

PROYECTOS CONEXOS :

Todos los referentes al sector Social, subsector salud.

Desarrollo de Recursos Humanos

Educación a Distancia

ACTIVIDADES BASICAS DEL PROYECTO:

1- Formación de Recursos Humanos en atención a las personas.

2- Educación de Salud a la Comunidad.

EJECUCION FINANCIERA PROPUESTA (Millones de pesos)

TOTAL:

EJECUCION \ AÑOS	AÑOS							TOTALES
	0	1	2	3	4	5		
PRESUPUESTO NAL.								
RECURSOS PROPIOS								
OTROS								
SUB-TOTAL								
COOPERACION TECNICA								
CREDITO EXTERNO								
OTROS								
SUB-TOTAL								
TOTALES (Pesos de julio 1.983)	10.0	12.0	15.0	18.0				55.0

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL
PARA LA COSTA PACIFICA
COLOMBIANA

Nº

PROGRAMA DE INVERSIONES

NOMBRE: CAPACITACION DE PARTERAS

SECTOR: SALUD

PROGRAMA: SOCIAL

SUB PROGRAMA: Atención a las personas

PRIORIDAD: _____

FECHAS INICIACION Y TERMINACION: ~~11~~ Septiembre de 1.983 a 1.986

LOCALIZACION: TODO EL LITORAL -CENSO INICIAL GUAPI- CURSO PARA CAPACITADORES
-BAHIA SOLANO- BUENAVENTURA- GUAPI- TUMACO.

ENTIDAD EJECUTORA PROPUESTA: UNIDADES REGIONALES DE LOS SERVICIOS SECCIONALES
DE SALUD.

COSTO: 7'500.000.=

Copia No Controlada CVC

EL PROYECTO

OBJETIVOS GENERALES: 1- Disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil. 2- Mejorar la eficiencia, calidad y cobertura de los servicios de salud a las personas, específicamente al grupo materno-infantil mediante acción de atención primaria. 3- Impulsar la activa participación de la comunidad, mediante un elemento básico de su cultura, la partera empírica, que a través del grupo familiar promueva la vinculación y capacitación voluntaria de sus miembros al servicio de acciones de salud programada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: - Diseñar un paquete educativo para la capacitación inicial y continuada de partera.

- Disminuir la morbi-mortalidad en el grupo materno-infantil reduciendo en un 50% la mortalidad por enfermedades infecciosas y parásitarias, intestinales, inmuno prevenibles, respiratoria y perinatales..

- Proveer una dotación instrumental mínima a este personal.

- Para el grupo de las madres se propone disminuir la mortalidad por complicación en el embarazo, el parto y el puerperio.

- Ofrecer educación continuada.

- Implementar los programas de rehidratación oral e inmunizaciones a través de la educación impartida por los parteros empíricos.

ANTECEDENTES:

En la unidad regional de Guapi, dpto. del Cauca, se ha venido realizando el programa de capacitación de parteras empíricas el cual ha generado una sensible disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil. El programa se ha realizado mediante educación continuada y con superación permanente por parte del personal del hospital regional de Guapi, por esta razón guapi ha sido elegida como punto de partida para la realización del programa. Igualmente se ha tenido en cuenta el programa realizado a finales de 1.976 por el Ministerio de Salud Pública de Nicaragua.

BIBLIOGRAFIA:

JUSTIFICACION: En los corregimientos y veredas del Litoral Pacífico, casi la totalidad de los partos 90% es atendido por parteras empíricas -Aún en los sitios donde existen promotores y auxiliares de enfermería. En las cabeceras Municipales solo el 40% de los partos es atendido intra institucionalmente. La población del Litoral posee una cultura propia y diferente a la del resto del país en lo que los agentes de salud no institucionales gozan de una gran confianza por parte de la población - a éllo se auna la dificultad de acceso económico y geográfico a los servicios de salud. Dichos agentes no institucionales realizan una importante función que durante muchos años no alcanzarán a cubrir los servicios por lo cual es necesario capacitarlos y supervisar permanentemente su labor.

RESULTADOS ESPERADOS:

1.983 Capacitación del grupo multiplicador.

Elaboración del paquete educativo.

1.986 Capacitación de partera

Inducir a la población en el uso de la sala de rehidratación y en la aceptación de los programas de capacitación.

Disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil.

INSUMOS: _____

Personal docente - que será aportado por la sección materno-infantil de los servicios.

Elementos didácticos básicos para la labor educativa. ✓

Dotación básica. ✓

ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO: _____

Este proyecto está en la fase de programación y ha sido elaborado por los servicios seccionales de salud de Chocó, Valle, Cauca, Nariño y por representantes de Pladecop y Unicef.

PROYECTOS CONEXOS: _____

- 1- Educación continuada para el personal de salud y la comunidad.
- 2- Proyectos de apoyo al área de atención a las personas.
- 3- Programa de Rehidratación Oral e inmunizaciones.

ACTIVIDADES BASICAS DEL PROYECTO

- 1- Hacer un censo de parteras por Dpto, Municipios y veredas.
- 2- Capacitar el personal docente que realizará el programa.
- 2- Concentrar las parteras en las cabeceras municipales para su adiestramiento.
- 3- Elaboración de un paquete educativo.

Dotar las parteras de los elementos básicos.

Realizar la supervisión y evaluación del programa.

EJECUCION FINANCIERA PROPUESTA (Millones de pesos)
TOTAL

EJECUCION \ AÑOS	AÑOS							TOTALES
	0	1	2	3	4	5		
PRESUPUESTO NAL.	0.5	5.3					5.8	
RECURSOS PROPIOS								
OTROS								
SUB-TOTAL								
COOPERACION TECNICA								
CREDITO EXTERNO								
OTROS * UNICEF	2.0						2.0	
SUB-TOTAL								
TOTALES (Pesos de julio 1.983)	2.5	5.3					7.8	

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL
PARA LA COSTA PACIFICA
COLOMBIANA

Nº

└─

PROGRAMA DE INVERSIONES

NOMBRE: DOTACION DE MEDIOS DE DIAGNOSTICO DE MALARIA, TBC Y PARASITOS

SECTOR: SOCIAL *Salud*

PROGRAMA: SALUD *social*

SUB PROGRAMA: ATENCION A LAS PERSONAS

PRIORIDAD: 1 A

FECHAS INICIACION Y TERMINACION: 5 DE SEPTIEMBRE /83 - 84

LOCALIZACION: CABECERAS MUNICIPALES Y PRINCIPALES CORREGIMIENTOS DEL CHOCO,
VALLE, CAUCA Y NARIÑO - (10 localidades en cada departamento)

ENTIDAD EJECUTORA PROPUESTA: SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD DE CHOCO, VALLE,
CAUCA Y NARIÑO; SEM (zonas 9 y 10); UNIVALLE.

COSTO: \$ 7.7 millones

Copia No Controlada CVC

EL PROYECTO

OBJETIVOS GENERALES: Reducir la Morbi-Mortalidad por paludismo, TBC, y parásitos.

Generar una acción integrada de los Servicios Seccionales de Salud y el SEM en la prevención y control de enfermedades tropicales con base en la atención primaria de salud.

Crear una red de diagnóstico en todo el Litoral Pacífico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: _____

1. Dotar de medios de diagnóstico de Malaria a 40 diferentes unidades de atención en el Litoral.

2. Capacitar el personal paramédico en el reconocimiento de Leishmaniasis y remisión.

3. Hacer diagnóstico oportuno y veráz de Paludismo, TBC y Malaria.

4. Administrar tratamientos adecuados y oportunos

ANTECEDENTES: Experiencias de este tipo se han realizado a pequeña escala en el Dpto. de Chocó a través del programa "Promesa".

BIBLIOGRAFIA: _____

JUSTIFICACION: La única forma veráz de hacer diagnóstico de Malaria es mediante el exámen de gota gruesa al microscopio.

Un enfermo de paludismo no diagnosticado, no tratado adecuadamente es un foco que infecta a todos los anofeles que lo pican y estos a su vez transmiten su enfermedad al picar a otras personas.

La ausencia de un tratamiento adecuado es fuente de resistencia en el parásito y de muerte en muchas personas. En la actualidad solo existen 8 microscopios en el Litoral Pacífico para atender una población de 600,000 habitantes dispersos a lo largo de todo el territorio.

La eficacia de la tecnología actual disponible para el control de los vectores es insuficiente en el Litoral Pacífico, lo cual implica reforzar el área curativa.

RESULTADOS ESPERADOS:

1.983 Capacitar las personas de los Servicios Seccionales de Salud y del SEM que tendrán la función de multiplicadores del programa.

1.984 Capacitar 40 agentes de salud de los Servicios Seccionales de Salud y del SEM en diagnóstico de Malaria, TBC y Parásitos.

1.984 A finales de este año se espera tener definida una estrategia de educación continuada y en funcionamiento una red de diagnóstico en todo el Litoral.

SEM 4 Supervisors 1/4 Tiempo
2 Jefes de Zona 1/4 Tiempo
40 Microscopistas ->

INSUMOS: Recursos humanos del SEM y los Servicios Seccionales de Salud.

- 40 Microscopios
- Reactivos
- Placas
- Droga Antimalárica.

ESTADO ACTUAL DEL PROYECTO: Los servicios Seccionales de Salud de Chocó, Valle, Cauca, Nariño y las zonas IX y X del SEM, elaboraron conjuntamente con Pladeicop y Unicef una programación detallada del proyecto que se iniciará en el mes de septiembre de 1.983.

PROYECTOS CONEXOS: Diseño de intervenciones para el control de la Malaria en Litoral Pacífico Colombiano.

- Educación continuada para el personal de salud y la comunidad.
- Zonas sanitarias.
- Fondo rotatorio para la adquisición de insumos críticos para el programa.

ACTIVIDADES BASICAS DEL PROYECTO

- Capacitación del personal multiplicador, supervisor y de mantenimiento.
- Dotación de microscopios a 40 unidades de atención en salud.
- Capacitación del personal del nivel local en diagnóstico de Malaria y TBC.
- Elaboración de guías terapéuticas y de Diagnóstico adecuado.
- Fortalecer la red de suministros.
- Evaluación de los resultados.

**EJECUCION FINANCIERA PROPUESTA (Millones de pesos)
TOTAL**

EJECUCION \ AÑOS	AÑOS							TOTALES
	0	1	2	3	4	5		
PRESUPUESTO NAL.	2.5	3.0					5.5	
RECURSOS PROPIOS								
OTROS								
SUB-TOTAL								
COOPERACION TECNICA	1.7	0.5 3.2					2.2	
CREDITO EXTERNO								
OTROS								
SUB-TOTAL								
TOTALES (Pesos de julio 1.983)	4.2 3.5	3.5 4.2					7.7	

DISEÑO DE INTERVENCIONES PARA EL CONTROL DE LA MALARIA
EN EL LITORAL PACIFICO COLOMBIANO

Universidad del Valle
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA EN ENFERMEDADES TROPICALES
Facultad de Salud

Cali, Julio 1983

1. JUSTIFICACION

El litoral Pacífico Colombiano ha sido una de las regiones tradicionalmente endémicas para la malaria en Colombia. En 1974 Santiago Renjifo Salcedo, uno de los pioneros de la medicina tropical en nuestro país, realizó las primeras descripciones entomológicas de la región(1) y a partir de esa época varias instituciones, lideradas por la naciente Facultad de Medicina de la Universidad del Valle hicieron aportes notables al conocimiento de las enfermedades de la región y de sus vectores (2-5). La aparición de la campaña mundial para la erradicación de la malaria(6) y la creencia difundida en la década de los cincuenta de que el rociamiento intradomiciliario con DDT llevaría a la erradicación de la enfermedad, tuvieron un impacto negativo notable en el estudio de la enfermedad, por cuanto la mayoría de los recursos se concentraron en el manejo administrativo de las campañas, descuidando los aspectos investigativos. Pese a que regiones enteras como el valle geográfico del Río Cauca quedaron libres de malaria, al final de los sesenta, en la costa Pacífica y otras regiones del país, el impacto de la campaña de erradicación fue transitorio y la mayoría de las áreas del litoral no llegaron a la etapa de consolidación a la que se esperaba llegar en 10 años. Mientras en otras regiones del país los índices parasitarios anuales descendían por debajo del 2 por mil, en el litoral las tasas se estabilizaron alrededor del 3 por mil(7) y lentamente, en la década del setenta comenzaron a ascender hasta el 16.1 por mil habitantes actual(8). Simultáneamente Colombia

reportaba por primera vez en 1968 la aparición de resistencia del Plasmodium falciparum a la cloroquina y en ciertas áreas de América Central comenzaron a reportar resistencia de la especie vectora predominante (Anopheles albimanus) al DDT(9), sobre todo en aquellas áreas en las cuales se iniciaba el uso intensivo de insecticidas aplicados a los cultivos agrícolas.

Las observaciones de Elliot(10) en 1967 mostraban para las áreas estudiadas en Colombia ciertos patrones de comportamiento de los vectores que posteriormente explicarían el aumento gradual de la transmisión. Un aumento de la exofagia de los vectores, tendencia a picar fuera de la vivienda, y de su exofilia, tendencia a reposar después de picar fuera de la vivienda, permitían predecir ya la necesidad de cambios importantes en las estrategias de control. El rociamiento con insecticidas residuales del interior de las viviendas, base de la campaña hasta ese momento, pasaba a ser solamente un componente de la estrategia de ataque. Desafortunadamente los hallazgos coincidieron con un momento en el cual la responsabilidad financiera de la campaña pasaba casi que enteramente a manos de los países afectados y los escasos fondos no permitían un cambio brusco de política. En 1969 la 22^a. Asamblea Mundial de la Salud se vio obligada a revisar la estrategia de erradicación mundial de la malaria, aceptando el hecho inevitable de que en muchos países, Colombia incluida, era prácticamente imposible este objetivo en las próximas décadas. En 1978 el Comité de Expertos de la OMS en Paludismo estableció cuatro variantes tácticas para la lucha antipalúdica:

1. Reducción y prevención de la mortalidad por paludismo;
2. Reducción y prevención de la mortalidad y morbilidad con especial atención a la reducción de la morbilidad en grupos sumamente expuestos;
3. Reducción de la prevalencia y de la endemicidad del paludismo;
4. Lucha antipalúdica en todo el país con el objeto final de erradicar la enfermedad.

El gradiente de control planteado por los expertos responde a varios determinantes. En primer lugar aquellos países o regiones con muy poca o nula cobertura por servicios de salud, y con vectores sumamente eficientes, tal es el caso de los países africanos, solamente están en capacidad de adoptar las variantes tácticas 1 o 2. En segundo lugar, aquellos países o regiones con algún desarrollo de sus servicios de salud, con capacidad investigativa y con capacidad financiera para asumir los costos del control del vector, tal es el caso de Colombia, pueden y deben optar por las variables tácticas 3 y 4. En el momento actual la Región Pacífica Colombiana tiene un mínimo desarrollo de sus servicios de salud, ninguna capacidad investigativa y poca o ninguna capacidad financiera si nos atenemos a los recursos de los Servicios Seccionales de Salud de Chocó, Nariño y Cauca. El Servicio Seccional de Salud del Valle sería la excepción a esta situación. El Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SEM), también carece de recursos si miramos a su presupuesto, y más concretamente a las actividades de una zona como la Regional IX, Buenaventura, que debe cubrir 592 localidades con 18.417 viviendas y 68.237 habitantes, con solo 35 rociadores y 6 canoas(12).

Pese a las condiciones adversas planteadas en la Costa Pacífica el presente estudio está orientado a proponer medidas de control ubicadas en las variantes tácticas 3 y 4 por cuanto la CVC, el Departamento Nacional de Planeación y UNICEF a través de su Plan de Desarrollo Integral para la Costa Pacífica Colombiana (PLADEICOP) generan en los actuales momentos una estrategia global de desarrollo para la región que necesariamente debe incluir un aporte científico y financiero que permitirá establecer medidas adecuadas de control antimalárico para la región. Por otro lado, la Universidad del Valle firmó en Diciembre de 1982 un acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Programa Especial OMS, Banco Mundial y Agencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo), mediante el cual dicha Universidad adquiere la capacidad institucional, mediante aportes propios y de la OMS, para elevar el nivel científico de las investigaciones y formar el recurso humano necesario para el desarrollo de programas de control de la malaria en el Litoral Pacífico.

Dentro de las estrategias desarrolladas por la Universidad del Valle para el enfoque del problema, se ha dado especial importancia al trabajo integrado con los Servicios Seccionales de Salud, el SEM y PLADEICOP, en forma tal que en el momento la planificación se realiza conjuntamente con las instituciones mencionadas, coordinada por la Unidad de Epidemiología en Enfermedades Tropicales de la Facultad de Salud y con participación de la Facultad de Ciencias y la Facultad de Ingeniería de la Universidad. Con los US\$170.000 aportados inicialmente por la OMS

la Universidad espera fortalecer las áreas de Inmunología de Malaria y de Entomología Médica, al igual que el programa de formación de Epidemiólogos profesionales, e igualmente ha iniciado los primeros trabajos de terreno en la localidad de Colonias, Bajo Calima, Buenaventura, con la colaboración del SEM y el Servicio de Salud del Valle. Para éste y otros programas se contará con la asesoría financiada por la OMS de expertos mundiales en cada especialidad.

El diseño de intervenciones para el control de la malaria, de acuerdo al plan establecido, contempla las siguientes actividades: a) Determinación de las variables entomológicas, tipos de vectores, hábitos de picadura, estacionalidad de la transmisión; b) Determinación de las variables epidemiológicas del huésped, resistencia natural, incidencia de malaria anual, prevalencia de anticuerpos; c) Determinación de las variables de comportamiento humano que protegen o desfavorecen a las poblaciones expuestas; d) Definición de un modelo epidemiológico de simulación que involucre a) b) y c) para el diseño de los planes de control; e) Coordinación intra e intersectorial para la puesta en marcha de los programas de control.

La velocidad con que se llegue a la fase e) es directamente proporcional a la magnitud del recurso financiero disponible para abarcar el máximo número de localidades donde se realiza la transmisión, en el menor tiempo posible. Con los recursos actuales del programa solamente se pueden esperar resultados en cuatro años más.

La presente propuesta está encaminada a multiplicar el esfuerzo actual, con el apoyo financiero necesario para producir en el más corto tiempo posible (18 meses) un modelo de control.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar las variables entomológicas para el desarrollo del modelo de control.
 - 2.1.1. Especies vectoras en cada localidad seleccionada.
 - 2.1.2. Hábitos de picadura de los vectores.
 - 2.1.3. Localización de criaderos de los vectores.
 - 2.1.4. Estacionalidad de las densidades de vectores.
 - 2.1.5. Resistencia de los vectores a los insecticidas conocidos.

- 2.2. Determinar las variables epidemiológicas para el desarrollo del modelo de control.
 - 2.2.1. Tasa de picadura del vector.
 - 2.2.2. Tasa de esporozoitos del vector
 - 2.2.3. Incidencia anual por grupos de edad.
 - 2.2.4. Prevalencia de anticuerpos en la población expuesta.

- 2.3. Determinar las variables de comportamiento humano para el desarrollo del modelo de control.
 - 2.3.1. Relación con los patrones ocupacionales de la localidad.
 - 2.3.2. Relación con el tipo de vivienda de las localidades.
 - 2.3.3. Relación con los hábitos de protección individual (ciclos recreativos, uso del mosquitero).
 - 2.3.4. Relación con la automedicación de drogas antimaláricas (aumento de la presión selectiva).

- 2.4. Construir un modelo matemático de simulación de intervenciones.
 - 2.4.1. Seleccionar variables para el modelo.
 - 2.4.2. Evaluar el modelo con datos existentes.
 - 2.4.3. Ajustar con datos experimentales.
- 2.5. Determinar las estrategias de control más apropiadas para las localidades seleccionadas.

3. METODOLOGIA

3.1. Selección de las localidades para estudio.

El Plan de Desarrollo Integral de la Costa Pacífica Colombiana señala en su organización económica del territorio(13) 5 regiones geográficas denominadas Areas de Integración Física y Articulación Económica, las cuales comprenden: Bahía Solano, Istmina-Tadó-Condoto-Nóvita, Buenaventura, Guapitimbiquí-López y Tumaco. Añade a esta Areas de Integración dos regiones prioritarias por ser áreas de frontera, Juradó en el Chocó y Barbacoas en Nariño y luego añade 3 áreas más consideradas como áreas de desarrollo microregional por sus características especiales, a saber: Pizarro en el Chocó, Bahía Málaga en el Valle y el área de los aserríos del Charco, La Tola, Bocas de Satinga, Bocas de Sanquianga, Mosquera e Iscuandé en Nariño (Mapa 1). De acuerdo a esta organización económica del territorio, las áreas descritas se convierten a su vez en prioritarias para el control de la malaria y en la primera etapa del proyecto, se pretende llegar a las localidades de mayor potencial productivo y mayor

densidad de población. Con este criterio se iniciarán estudios en :

- Area 1. Bahía Solano : Cabecera y El Valle (R.Valle).
- Area 2. Pizarro : Cabecera y Sivirú (Río Sivirú).
- Area 3. Buenaventura : Juanchaco, Base Naval (Bahía Málaga) y Colonias (Bajo Calima).
- Area 4. Guapi : (Limones) y López de Micay (Noanamito).
- Area 5. El Charco : Dos sitios ubicados uno en La Tola y otro en Iscuandé.
- Area 6. Tumaco : Dos sitios, uno en Salahonda y otro en San Juan de la Costa.

3.2. Estudios Entomológicos.

En cada una de las áreas se realizarán capturas nocturnas (12 horas) con cebo humano intra y peridomiciliariamente, con una intensidad de 1 noche cada 2 semanas y a lo largo de 1 año, siguiendo el Manual OMS(14). Para cada localidad se clasificarán las especies colectadas y en una muestra del 15% de los ejemplares capturados se hará disección de los ovarios para determinar los estadios de Christopher. Igualmente mediante la técnica de fluorescencia indirecta se identificarán los mosquitos portadores de esporozoitos en glándulas salivales(15).

En cada una de las localidades seleccionadas se hará búsqueda intensiva de criaderos, se capturarán larvas y posteriormente en los adultos emergentes se harán los test de susceptibilidad a insecticidas.

3.3. Estudios Epidemiológicos en Población Humana.

A partir del censo de las localidades seleccionadas, se procederá por muestreo aleatorio a seleccionar un grupo de familias para estudios de anticuerpos antimaláricos por medio de la técnica de ELISA. Se localizará en cada localidad una promotora rural de salud que tomará muestras de sangre a todo febril y procederá a fijar las placas, las cuales serán leídas en el centro de diagnóstico más cercano. Para el efecto, existe ya un plan de dotación con microscopios a las localidades seleccionadas para el proyecto.

En una muestra de enfermos de cada localidad se procederá a hacer las pruebas de resistencia del plasmodio in vivo e in vitro, de acuerdo a la metodología desarrollada por la OMS.

3.4. Estudio de las Variables de Comportamiento Humano.

En el censo de la localidad se incluirán en los cuestionarios preguntas básicas acerca de la ocupación de los pobladores, sus hábitos de protección individual y un valoración del estado sanitario de la vivienda, de acuerdo a la metodología desarrollada por el Servicio Seccional de Salud del Valle en colaboración con la Universidad del Valle y conocida como Censo y Diagnóstico Sanitario Rural(16). Igualmente se diligenciará una encuesta de automedicación y disponibilidad de drogas antimalárica en el mercado local.

3.5. Construcción del Modelo de Simulación.

La utilización de modelos matemáticos para la simulación e interpretación de ensayos de control es una metodología aceptada y probada por la Organización Mundial de la Salud con éxito en Nigeria(17). Los modelos construídos hasta ahora solo facilitan la interpretación de datos provenientes de regiones holoendémicas (Africa, Nueva Guinea). En la actualidad en la Unidad de Epidemiología de Enfermedades Tropicales de la Universidad del Valle, se dispone de los modelos mencionados y se está trabajando para su adaptación a condiciones de transmisión de tipo epidémico (Costa Pacífica). El modelo que se empleará para el análisis de los datos de Costa Pacífica se diseñará al mismo tiempo que se recogen los datos durante el primer año.

3.6. Diseño de las Estrategias de Control.

Una vez obtenidos los datos de las seis áreas o sub-regiones del estudio y durante los 6 meses finales del proyecto se procederá a la evaluación del paquete de estrategias, alimentando al modelo de simulación con los datos de terreno y procediendo a una serie de microensayos experimentales que involucrarán uno o varios de los siguientes paquetes de estrategias:

- A. Modificaciones en la eficacia protectora de la vivienda.
- B. Modificaciones en la protección personal (uso del mosquitero).
- C. Empleo masivo y periódico de drogas (Esquizonticidas sanguíneos, Gametocitocidas).

D. Rociamiento intradomiciliario con insecticidas residuales sincronizados.

E. Destrucción de criaderos mediante obras de drenaje y mejoramiento de los abastos de agua.

F. Control Biológico de criaderos.

Las estrategias tienen elementos comunes con los programas de atención primaria en salud que desarrollan los Servicios de Salud y los involucran, pero además, incluyen algunas intervenciones cuyas entidades ejecutoras (SEM ó Servicios Seccionales) tienen que quedar definidas en la estrategia definitiva.

4. INSTITUCIONES PARTICIPANTES

4.1. Coordinación y Ejecución de la Investigación.

4.1.1. Unidad de Epidemiología en Enfermedades Tropicales, Facultad de Salud, Universidad del Valle.

Creada mediante la colaboración de los Departamentos de Medicina Social y Microbiología, cuenta con un Director, Médico Epidemiólogo, dos investigadores, médicos-epidemiólogos; tres investigadores, biólogos entomólogos; dos investigadores parasitólogos; un investigador médico-inmunólogo; dos investigadores antropólogos y el personal de apoyo administrativo y de servicios (una secretaria, un motorista). Recibe apoyo administrativo y científico de los Departamentos de Medicina Social y Microbiología, (Facultad de Salud) Departamentos de Biología, (Facultad de

Ciencias, Departamento de Historia (Facultad de Humanidades) y Departamento de Sistemas (Facultad de Ingeniería), de la Universidad del Valle. Por su cuenta aporta las inversiones de los equipos de laboratorio de Parasitología, Inmunología y Computación.

4.2. Entidades Colaboradoras.

4.2.1. Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM). Zonas Sede de Buenaventura, Tumaco, Cali e Istmina.

Desde la iniciación de labores de la Unidad de Epidemiología, los Directores de Zona y el Director Nacional del SEM han apoyado científica y logísticamente (transporte) al proyecto de Malaria de la Universidad del Valle. Con su ayuda se realizó el estudio de la localidad de Córdoba (Buenaventura) y se trabaja conjuntamente en Colonias, Bajo Calima (Buenaventura).

4.2.2. Servicios Seccionales de Salud del Chocó, Valle, Cauca y Nariño.

Se encuentran trabajando conjuntamente con la Universidad del Valle en la elaboración del Plan de Salud para la Costa Pacífica. Con el Servicio de Salud del Valle se trabaja en la actualidad en Colonias (Bajo Calima/Buenaventura) y se recibe apoyo logístico (alojamiento y personal de campo).

4.2.3. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Presta asesoría y apoyo científico tanto a los proyectos de atención primaria en salud, como de epidemiología y

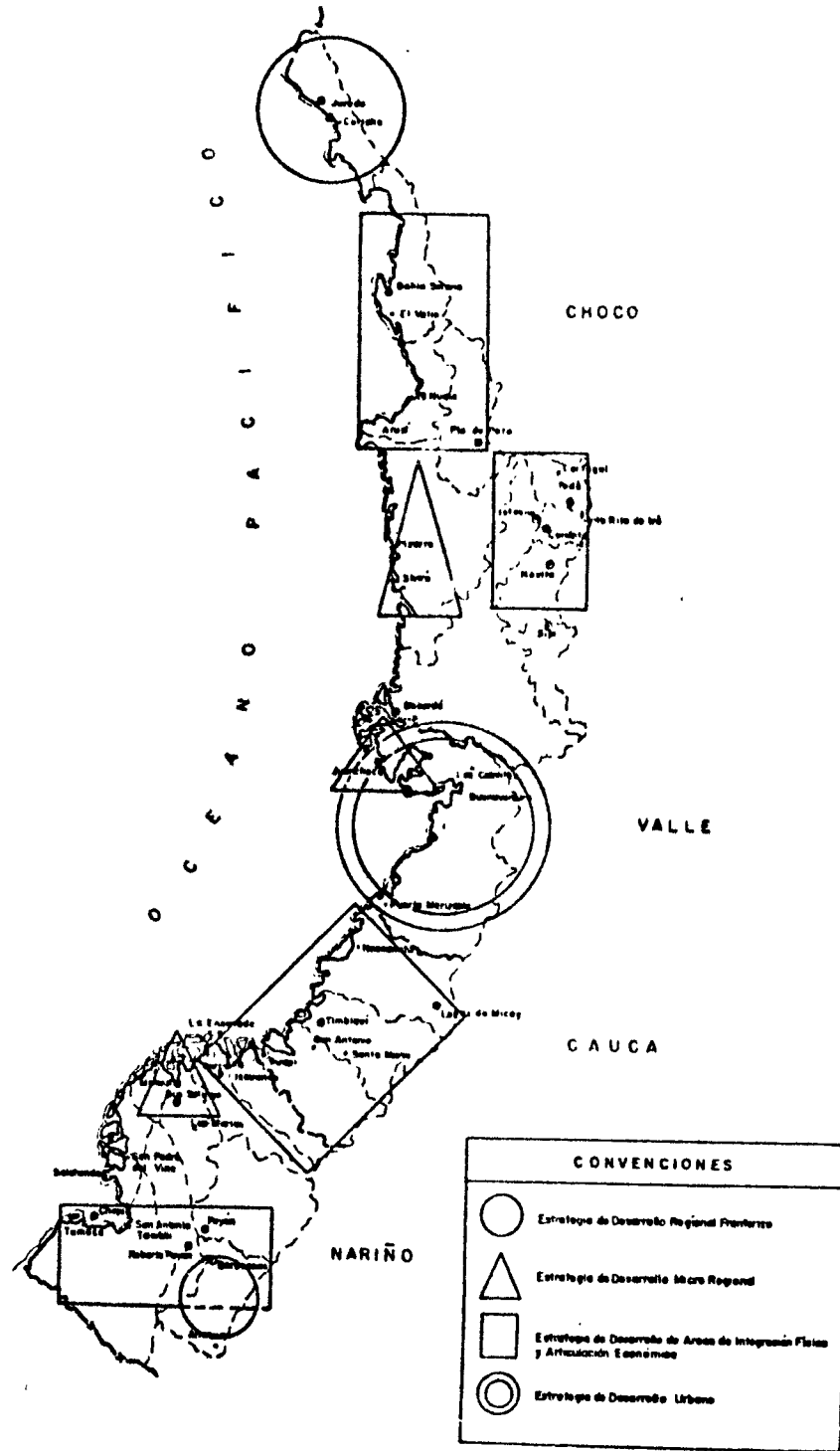
Malaria que se desarrollan en la Universidad del Valle. Ofrece asesorías científicas y becas de postgrado a los docentes de la Universidad.

4.2.4. Organización Mundial de la Salud (OMS).

Programa Especial (WHO/UNDP/WB) para la Investigación y el Control en Enfermedades Tropicales (TDR). Mediante convenios suscritos con la Universidad del Valle, financia el programa de Magister en Epidemiología de Enfermedades Tropicales y el programa de fortalecimiento institucional del Departamento de Microbiología. Existe además, un convenio para asesorías por expertos internacionales y becas de postgrado y cursos cortos para los docentes de la Universidad.

MAPA 1.

ORGANIZACION ECONOMICA DEL TERRITORIO



5. PRESUPUESTO

5.1. PERSONAL.

-Investigador Principal

Médico-Epidemiólogo
(18 meses) \$110.000 mensuales TC \$1.800.000.00

-Investigadores Asociados:

1 Médico Epidemiólogo
(18 meses) \$ 90.000 mensuales TC 1.620.000.00

1 Entomólogo, M.Sc.
(18 meses) \$ 90.000 mensuales TC 1.620.000.00

1 Entomólogo, Biólogo
(18 meses) \$ 70.000 mensuales TC 1.260.000.00

1 Parasitólogo, M.Sc.
(18 meses) \$ 90.000 mensuales 1/2 T 810.000.00

1 Médico Inmunólogo
(18 meses) \$ 90.000 mensuales 1/2 T 810.000.00

1 Analista de Sistemas, Ingeniero
(18 meses) \$ 90.000 mensuales 1/2 T 810.000.00

6 Asistentes de Campo, Biólogos.
(12 meses) \$ 60.000 mensuales TC 4.320.000.00

3 Motoristas TC
(12 meses) \$ 30.000 mensuales 1.080.000.00

Total Personal: -- \$14.130.000.00

5.2. VIAJES Y GASTOS DE ALOJAMIENTO

-Pasajes aéreos Cali-Bahía Solano, Cali-Guapi,
Cali-Tumaco. (12 meses), 2 viajes por mes,
por 6 personas : \$5.000.00 promedio 720.000.00

-Desplazamientos internos (12 meses) \$2.000.00
por día por 6 personas promedio, por 15
días promedio al mes. 2.160.000.00

Sub-Total: 2.880.000.00

PASAN:--

VIENEN---: \$17.010.000.

5.3 EQUIPO

1 Campero-largo cabinado	\$ 1.800.000.00
3 Botes de fibra	1.050.000.00
3 Motores fuera de borda (40HP)	540.000.00
1 Trailer para botes	220.000.00
6 Equipos de terreno (sacos de dormir, lámpara, cocinetas)	240.000.00
6 Microscopios MacArthur portátiles	270.000.00
	<hr/>
Sub-total:	\$ 4.120.000.00

5.4. MATERIALES.

-Laboratorio (vidriería, jeringas desechables, capturadores, reactivos.	800.000.00
-Gasolina y aceite (Promedio \$6.000/día, 240 días)	1.440.000.00
	<hr/>
Sub-total:	\$ 2.240.000.00

5.5. VARIOS.

-Gastos de computador	640.000.00
-Papelería	120.000.00
-Servicios	120.000.00
	<hr/>
Sub-total:	\$ 880.000.00
TOTAL	\$24.250.000.00
+ 5% de imprevistos	<u>1.212.500.00</u>
JUSTO TOTAL	\$25.462.500

(Col.\$80.00 =US\$1) (US\$ =318.281)

REFERENCIAS

1. Renjifo, S., Notas Entomológicas Regionales. Trabajo presentado para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Gráficas Palásquez, Cali, 1944.
2. Rey, H. y Renjifo, S. Anopheles (N.) nuñez-tovari infestado en la naturaleza con Plasmodium sp. Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicoquímica y Naturales 7(28):534-540, 1950
3. Lee, V.H. y Sanmartín, C. Isolation of Guaroa Virus from Anopheles (Kerteszia) neivai in the Pacific Lowlands of Colombia. Amer. J. Trop. Med. Hyg., 16:778-781, 1967.
4. Lee, V.H., y Barreto, P. Artrópodos Hematófagos del Rio Raposo, Valle, Colombia. I. Aspectos Ecológicos Caldasia, 10:385-405, 1969.
5. Barreto, P. Artrópodos Hematófagos del Río Raposo, Valle, Colombia. V. Llave para Hembras de Mosquitos (Díptera, Culicidae). Cespedesia, 3(9/12):359-371, 1974.
6. World Health Organization. Expert Committee on Malaria. Sixth Report. Techn. Rep. Ser. 123, WHO, Geneva, 1957.
7. Calvo Nuñez, Haroldo. Informe del Ministro de Salud al Honorable Congreso de la República 1974-1975, Ministerio de Salud, Bogotá, 153pp., 1975.
8. Ministerio de Salud Pública Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SEM). Cuestionario sobre el Programa de Malaria en Colombia. Enero-Diciembre 1981, 19pp., 1982.
9. Chapin, G., y Wasserstrom R. Agricultural Production and Malaria Resurgence in Central America and India. Nature, 293 (5829):181-185, 1981.
10. Elliot, R. The Biting Cycles of Some Anopheline Mosquitos of Colombia. Document WHO/Mal/67.600. WHO/VBC/67.12, 1967.
11. Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la OMS en Paludismo, Ser. Inf. Tecn. 640, OMS, Ginebra, 1979.
12. Mejía, B. Presentación de la Zona IX. Regional de Buenaventura del SEM. Mimeografiado 15pp., 1982.
13. Convenio PLADEICOP DNP-CVC-UNICEF. Plan de Desarrollo Integral para la Costa Pacífica Colombiana, Versión Preliminar, Cali, Abril de 1983.
14. World Health Organization. Manual on Practical Entomology in Malaria. Parts I, II. WHO, Geneva, 1975.

15. Ramsey, J.M., Beaudoin, R.L., Bawden, M.P. y Espinal, C.A. Taxonomic Identification of Malaria Sporozoites by Indirect Fluorescent Antibody Assay. Document WHO/MAL/81.971, 7pp, 1981.
16. República de Colombia, Ministerio de Salud, Servicio Seccional de Salud del Valle, Universidad del Valle. Censo y Diagnóstico Sanitario de la Unidad Regional de Buenaventura. Primera Entrega, Cali, Abril 1978.
17. Molineaux, L. y G. Gramiccia. The Garki Project. Research on the Epidemiology and Control of Malaria in the Sudan Savanna of West Africa, World Health Organization, Geneva, 1980.

DNP
DEPARTAMENTO NACIONAL
DE PLANEACIÓN

CVC
CORPORACIÓN
VINCULADA AL SECTOR
PÚBLICO



PLAN DE DESARROLLO REGIONAL PARA LA COSTA PACÍFICA COLOMBIANA (PLAD-CP)

A N E X O N o . 1

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL PARA LA
COSTA PACIFICA COLOMBIANA

ACTA DE LA REUNION DE COORDINACION
CON EL SECTOR SALUD

Julio 10. de 1983

1. PARTICIPANTES

Luis A. Tafur	Secretario General Ministerio de Salud
Cristina Neira de Fonseca	Jefe de División de Salud del DNP
Luis Valle	Representante de la OPS/Colombia
Jorge Jara V.	Oficial de Programas UNICEF/Colombia
Ana Isabel Arenas	Coordinadora de PLADEICOP
Jaime Serrato	Jefe Oficina de Asuntos Internacionales, Ministerio de Salud
César Valencia	Seccional Salud, Departamento de Chocó
Gustavo Bergonzoli	Seccional Salud, Departamento del Valle
Sofonías Yacup	Seccional Salud, Departamento del Cauca
Luis A. Erazo	Seccional Salud, Departamento de Nariño
Henry Velásquez M.	SSS/Chocó
Carlos Cabal	SSS/Valle
Humberto Sandoval	SSS/Cauca
Alberto Alzate	Asesor PLADEICOP
Guillermo Varela	Asesor PLADEICOP
Carmen Emilia Pérez	PLADEICOP
José Fernando Mejía	PLADEICOP

2. ANOTACIONES Y CONCLUSIONES GENERALES

- La reunión fué convocada por iniciativa del Dr. Luis A. Tafur con el propósito de conocer el estado de avance del Plan de Desarrollo Integral para la Costa Pacífica, particularmente en lo que se refiere al Sector Salud, y para clarificar y definir el papel del Ministerio y de las Seccionales de Salud en el proceso de planeación, programación y ejecución de las correspondientes acciones del sector en el Litoral.
- La Dra. Ana Isabel Arenas expuso en forma resumida los contenidos programáticos y los aspectos financieros propuestos dentro de la Versión Preliminar del Plan la cual es producto de un proce-

so progresivo de planificación participante que debe ser aún revisado y complementado con las autoridades de los niveles políticos y técnicos del Ministerio de Salud, del DNP y de las Seccionales respectivas.

- Los participantes debatieron los aspectos referentes al diagnóstico, estrategia financiera, montos presupuestales y de programación que se incluyeron en la Versión Preliminar. Especialmente se hicieron las siguientes observaciones y conclusiones.
 - a. Todas las acciones del sector salud deben responder a los lineamientos de política establecidos por el Ministerio de Salud, y la ejecución y coordinación de los programas debe estar a cargo de las respectivas Seccionales de Salud.
 - b. El diagnóstico debe ser complementado con nuevos aportes de los Servicios Seccionales de cada uno de los departamentos.
 - c. El presupuesto asignado en general a los sectores sociales, y más específicamente al Sector Salud, es excesivamente bajo. El Plan de Inversiones debe responder adecuadamente a los problemas y necesidades de la población del Litoral Pacífico y debe estar acorde con las estrategias, objetivos y metas que se acuerden para el sector. Dada la prioridad que este Plan tiene dentro de las políticas del presente Gobierno Nacional, es de esperar que se logre la captación y aprobación gubernamental de los recursos financieros externos o internos que se requieran para su plena ejecución.
 - d. Se impone la necesidad de una coordinación estrecha entre el Plan Regional del Pacífico y los planes departamentales y sectoriales.
 - e. Es evidente que la situación epidémica actual de malaria constituye la más seria amenaza contra la vida y la salud de la población del Litoral Pacífico. Por consiguiente, la investigación, el control y el tratamiento deben figurar como una de las máximas prioridades presupuestales y operativas del sector salud.
 - f. Se acordó la conformación de un Comité de Trabajo cuyo propósito consistirá en a) elaborar el diagnóstico definitivo de salud, b) revisar las políticas y objetivos propuestos teniendo en cuenta las directrices nacionales del Ministerio, c) definir los proyectos que permitirán hacer operativo el Plan, d) estimar el presupuesto requerido.

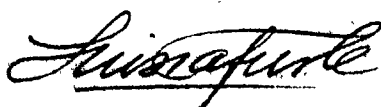
El Comité estará conformado así :

Drs.
Manuel Valdés, SSS/Chocó
Lázaro Guzmán, SEM/Chocó
Carlos Cabal, SSS/Valle
Baltazar Mejía, SEM/Valle
Demetrio Góngora, SSS/Cauca
Jesús Heraldo Tenganá, SSS/Nariño
Jesús Rosero, SEM/Nariño
Segundo Forero, MINSALUD
Jorge Jara, UNICEF
Ana Isabel Arenas, Coordinadora de PLADEICOP
Fernando Mejía, PLADEICOP
Carmen E. Pérez, PLADEICOP
Alberto Alzate, Asesor PLADEICOP
Guillermo Varela, Asesor PLADEICOP

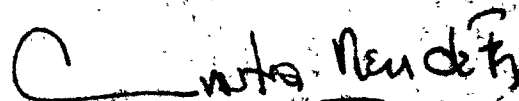
El Comité se reunirá, en principio, durante 3 sesiones de trabajo, la primera de las cuales se realizará el día Jueves 7 de Julio a partir de las 8 am. en la biblioteca de Microbiología de la División de Salud/Universidad del Valle; el trabajo adelantado por el Comité será puesto a consideración de las directivas del Ministerio, del DNP y de los Secretarios Seccionales de Salud del Chocó, Valle, Cauca y Nariño durante la tercera Sesión programada. Los Drs. Luis Tafur y Jaime Serrato del Ministerio de Salud y la Dra Cristina Neira comprometen su participación en dicha sesión final.

El Dr. Jorge Jara ofreció la colaboración financiera de UNICEF, a través de PLADEICOP, para cubrir los costos de pasajes y viáticos del personal asignado por las Seccionales al Comité de Trabajo, dado que éstas manifestaron no poder cubrirlos.

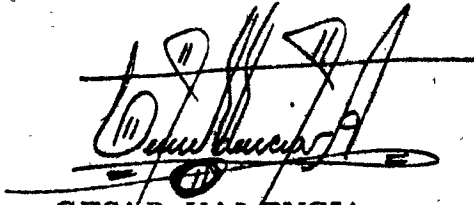
En constancia de lo anterior se firma la presente acta.



LUIS A. TAFUR
Secretario General del
Ministerio de Salud

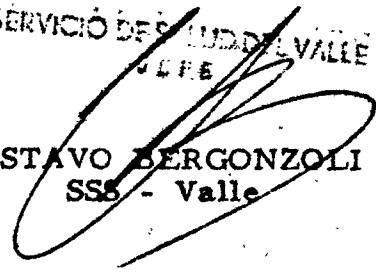


CRISTINA NEIRA DE FONSECA
DNP - División de Salud

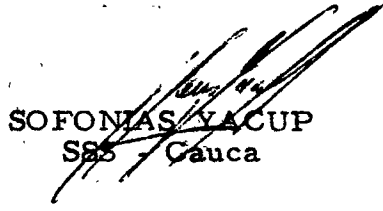


CESAR VALENCIA
SSS-Chocó

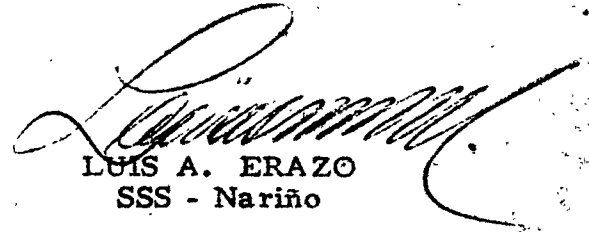
SERVICIO DE SALUD DEL VALLE
JEFES



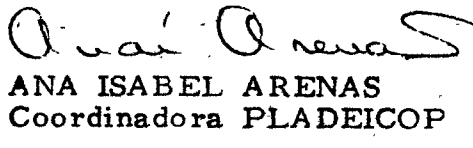
GUSTAVO BERGONZOLI
SSS - Valle



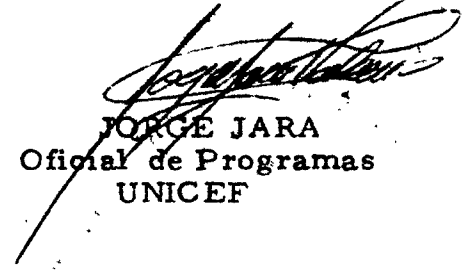
SOFONIAS YACUP
SSS - Cauca



LUIS A. ERAZO
SSS - Nariño



ANA ISABEL ARENAS
Coordinadora PLADEICOP



JORGE JARA
Oficial de Programas
UNICEF

ACTA DE LA REUNION DE COORDINACION CON EL SECTOR SALUD

UNIVERSIDAD DEL VALLE - CALI

Julio 7 de 1983

1. PARTICIPANTES

Drs.

Jorge Jara
Ana Isabel Arenas
Alberto Alzate
César Valencia
Carlos Cabal
Demetrio Góngora
Heraldo Tengana

Oficial de Programas de UNICEF
Coordinadora PLADEICOP
Asesor PLADEICOP
Jefe SSS Chocó
Director División Atención Médica - Valle
Director Regional de Occidente - Cauca
Jefe de Programas Médicos Especiales y
Epidemiología - Nariño
Jefe Zona X SEM - Tumaco
Jefe Zona IX SEM - Buenaventura
Enfermera Sección Epidemiología - Chocó
Asesor PLADEICOP
PLADEICOP
PLADEICOP

Jesús Rosero
Baltazar Mejía
Daisy Mosquera
Guillermo Varela
Carmen Emilia Pérez
José Fernando Mejía

2. ANOTACIONES Y CONCLUSIONES GENERALES

- De acuerdo a lo programado en la reunión anterior, el taller se realizó con la participación de los Servicios Seccionales de Chocó, Valle, Cauca y Nariño, UNICEF, PLADEICOP, SEM y la Universidad del Valle por invitación del Servicio Seccional de Salud del Valle. No estuvo presente el representante del Ministerio de Salud cuya participación se había previsto en la reunión anterior.
- Se dió lectura al acta anterior. Posteriormente, el Dr. Alberto Alzate expresó en forma breve los contenidos del Plan de Desarrollo de la Costa pacífica y su metodología de elaboración, más específicamente en lo relacionado con el sector salud.
- Los representantes de las Seccionales de Chocó, Valle, Cauca, Nariño y del SEM, hicieron una amplia exposición sobre la situación del sec-

tor de salud en cada una de las áreas departamentales del Pacífico y señalaron los principales problemas y las posibles estrategias y objetivos programáticos.

- El Dr. Guillermo Valencia explicó la metodología empleada en la elaboración del Censo y Diagnóstico Sanitario del Valle del Cauca y la utilización política, planificadora y técnica de sus resultados en el desarrollo del Servicio Seccional de Salud del Valle. Se hizo énfasis en la disponibilidad del Servicio de Salud del Valle para brindar colaboración y apoyo técnico y administrativo.
- Se explicó que una de las estrategias de financiación que se ha previsto dentro del Plan para los sectores social, y más específicamente para aspectos de salud, consiste en que todos aquellos proyectos productivos que puedan ser sujetos de financiación externa serán negociados conjuntamente con proyectos sociales como exigencia Nacional.
- Los recursos de inversión y funcionamiento que hasta el presente el Estado ha destinado para el Pacífico en aspectos de salud son ínfimos, si se les compara con las necesidades existentes y con la inversión en obras regiones. El Plan debe procurar disminuir esas brechas. Deben buscarse fuentes permanentes de financiación regional y nacional que permitan una adecuada cobertura y calidad de los servicios.
- Por otra parte, algunas de las inversiones mayores que se han hecho en infraestructura de salud se han realizado sin una adecuada planificación y con poca racionalidad.
- Es necesario evidenciar ante el país, y sus niveles políticos y decisivos, la extrema gravedad que ha alcanzado en el Pacífico la endemia malarica. El Plan debe ubicar este problema dentro de alta prioridad financiera y de ejecución.
- El Plan de Desarrollo va a generar profundas modificaciones socio-económicas y en el ecosistema del Pacífico, lo cual exige un amplio análisis y el desarrollo de una política previsoras que tenga en cuenta las tendencias migratorias y el impacto ecológico generado por la inversión en cada una de las áreas productivas.
- Se realizó un primer ejercicio para revisar posibles proyectos e intervenciones que los diferentes Servicios Seccionales de Salud estiman indispensables para la región del Litoral.

Se identificaron en principio los siguientes proyectos :

- * Elaboración del censo y diagnóstico sanitario de la zona del Litoral en los departamentos de Chocó, Cauca y Nariño con la asesoría de Servicios Seccional de Salud del Valle.

- * Crear un centro de investigación de tecnología apropiada, que genere soluciones adecuadas de sistemas de abastecimiento de agua, disposición de excretas, vivienda, etc.
- * Estimular la investigación sobre malaria y enfermedades tropicales.
- * Establecer fuentes de financiación permanente para el sector salud en el Litoral Pacífico.
- * Ampliar, remodelar y mejorar la planta física de los hospitales, centros y puestos de salud que lo requieran en los cuatro departamentos.
- * Construir centros de atención médica en los sitios que se requieran. La infraestructura debe responder a las características específicas del área.
- * Generar alternativas para abastecimiento de agua y disposición de excretas en los centros poblados más importantes.
- * Apoyo a la infraestructura de comunicaciones del sector de salud, transporte y radio telefonía.
- * Construcción de mataderos y plazas de mercado en los centros poblados de mayor población.
- * Crear fondos rotatorios para farmacias.
- * Establecer zonas sanitarias, con capacidad operativa.
- * Crear un centro de adiestramiento regional, ubicado en el Litoral para la capacitación del personal para-médico y administrativo.
- * Establecer cursos especiales de Post-Grado para el personal médico que labora en el área.
- * Realizar un programa de capacitación de parteras y agentes tradicionales.
- * Fortalecer la atención primaria de salud con prioridad en los programas de inmunizaciones y rehidratación oral.
- * Poner en funcionamiento en el Litoral un Barco-Hospital Regional como centro móvil de referencia y centro de capacitación para el personal que labora en el área.

Se acordó realizar una nueva reunión el 19 de Julio a las 8 A.M. en la biblioteca de microbiología de la Universidad del Valle. Cada uno de los Servicios Seccionales de Salud y el SEM presentarán una propuesta detallada por localidades de programación y gastos de inversión y funcionamiento en las áreas de atención a las personas y atención al medio ambiente.

ACTA DE LA REUNION DE COORDINACION CON EL
SECTOR SALUD

Julio 19 de 1983

1. PARTICIPANTES

Drs.

Alberto Alzate
Demetrio Góngora
Heraldo Tengano

Director División Atención Médica-Valle
Director Regional de Occidente-Cauca
Jefe de Programas Médicos Especiales y
Epidemiología-Nariño

Manuel Valdez
Jesús Rosero
Daisy Mosquera
Luis Guillermo Valencia
Ana Isabel Arenas
Guillermo Varela
Carmen Emilia Pérez
María del Rosario Medina
José Fernando Mejía

Servicio Seccional de Salud del Chocó
Jefe Zona X SEM - Tumaco
Enfermera Sección Epidemiología-Chocó
Asesor Servicio Seccional del Valle
Coordinadora PLADEICOP
Asesor PLADEICOP
PLADEICOP
PLADEICOP
PLADEICOP

2. ANOTACIONES Y CONCLUSIONES GENERALES

- De acuerdo con lo programado en la reunión anterior, el taller se realizó con la participación de los Servicios Seccionales del Chocó, Valle, Cauca y Nariño - SEM, PLADEICOP y la Universidad del Valle. No estuvo presente el representante del Ministerio de Salud.
- El Dr. Alberto Alzate se refirió al nuevo diagnóstico de Salud que será incluido en el Plan de Desarrollo, el cual contiene los aportes complementarios entregados por los Servicios Seccionales de Salud de los cuatro departamentos.
- Se señaló la importancia de que la Oficina de Planeación del Ministerio conozca en detalle los planteamientos del Sector Salud para la Costa Pacífica y actúe como ente coordinador de las Seccionales respectivas.
- Se enfatizó la importancia de fortalecer el nivel local como condición necesaria para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud.



- Los Servicios de Salud del Valle, Cauca y Nariño presentaron un análisis detallado de las necesidades del Sector Salud en las áreas de atención a las personas y atención al ambiente. (Se adjuntan copias de los informes). Al Servicio de Salud del Valle se le solicitó asesoría técnica para el Servicio Seccional de Salud del Chocó a partir del 25 de Julio de 1983 con el fin de elaborar la programación respectiva para el área del Pacífico. Se solicitará a UNICEF, por intermedio de PLADEICOP, financiar los pasajes y viáticos del Dr. Valencia.
- Se estableció la necesidad de crear 6 Zonas Sanitarias en el Litoral Pacífico como base para una ejecución efectiva de las políticas sanitarias nacionales en la región y punto de apoyo en la lucha antimalárica.
Se indicó, además, que las zonas sanitarias tienden a generar sus propios recursos.
- Se diseñó un proyecto para la creación de un Centro de Tecnología Apropriada para el Pacífico orientado hacia (a) los principales problemas de atención al medio ambiente: Suministro de agua, disposición de desechos líquidos y sólidos y vivienda; (b) tecnología adecuada para la producción social de alimentos; (c) el centro será al mismo tiempo un sitio de capacitación de los agentes de salud en la región.
- Se realizó un prediseño y presupuesto para un programa de capacitación de parteras en todo el Litoral Pacífico. Los ajustes al diseño y al modelo de capacitación se llevará a cabo en Guapi del 11 al 18 de Septiembre de 1983. Se invitará a participar a los directores de materno infantil de las 4 Seccionales, los Médicos de las regionales del Pacífico y al Dr. Abzalón Rodríguez Zabala como encargado del paquete educativo.
- Se acordó realizar una próxima reunión los días jueves 28 y viernes 29 de Julio de 1983. El día jueves se efectuará una revisión final de todo lo que se quiere integrar al Plan por parte del Sector Salud. El viernes, a las 8:30 am. se hará una presentación formal de la propuesta ante las autoridades nacionales y regionales del Sector de la Salud.

"PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL PARA LA COSTA PACIFICA COLOMBIANA"

Acta de la Reunión de Coordinación con el Sector Salud

Julio 28 /83

1.-

Participantes

Jorge Jara	Oficial de Programas UNICEF/Colombia
Ana Isabel Arenas	Coordinadora de PLADEICOP
Alberto Alzate	Asesor PLADEICOP
Alejandro Rodriguez	Jefe de la División de epidemiología e investigaciones S E M.
Carlos Cabal	Director División Atención Médica SSS Valle.
Guillermo Valencia	SSS del Valle.
Heraldo Tenganá	Jefe de Programas Médicos Especiales y epidemiología SSS de Nariño.
Roberto D Haro	Director Regional de Occidente SSS de Nariño.
Jesús Rosero	Director Zona IX SEM Tumaco.
Manuel Valdés	SS de Salud del Chocó
Fernando Mejía	PLADEICOP

2.-

Anotaciones y Conclusiones Generales

- El Dr. Alberto Alzate hizo una breve presentación del "Proyecto de reorientación y refuerzo de la cooperación técnica de la O P S/O M S al programa de enfermedades tropicales del Sistema Nacional de Salud en Colombia", señalando como política principal la integración y el trabajo coordinado entre el S E M, y los Servicios Seccionales de Salud.
- Se programó el proyecto de dotación a los Servicios Seccionales de Salud, medio de diagnóstico para malaria- T B C - y parási

tos, el cual tiene como objetivo tener establecida una red de diagnóstico en todo el Litoral Pacífico a finales de 1.984 y será el punto de partida en la integración S E M- Servicio Seccional de Salud.

- Se establecieron las siguientes prioridades para la selección de Proyectos de Salud en el Litoral Pacífico:
 - 1.- Atención Primaria Básica Integral:
 - Atención al ambiente: Abastecimiento de agua y disposición de excretas. Lo cual presupone la creación de las zonas sanitarias y del Centro de Tecnología Ambiental.
 - Desarrollo del Recurso Humano.
 - Desarrollo de la Capacidad Administrativa de los Servicios Seccionales de Salud
 - 2.- Investigación y Control de Enfermedades Tropicales..
 - 3.- Producción Social de Alimentos Primarios Básicos.
 - 4.- Evaluación del Impacto ecológico del Plan.

Los Servicios Seccionales de Chocó, Valle, Cauca y Nariño, presentaron un listado actualizado de necesidad al sector salud. Se analizó la importancia, se cuantificó y se localizaron geográficamente los principales proyectos en las áreas de atención al ambiente a las personas y de investigaciones.

El Servicio Seccional del Valle hizo énfasis sobre las siguientes políticas:

- Los Servicios Seccionales de Salud deben asumir progresivamente el 20% anual de los gastos de funcionamiento con la finalidad de que al finalizar el plan no se produzca un colapso que paralice el desarrollo logrado.
- Evaluar la capacidad administrativa para la inversión en cada servicio de acuerdo a éllo hacer la programación.
- Evitar las acciones dispersas programando la inversión por microregiones. Iniciando por aquellas de mayor cober-

tura poblacional y en base a la organización económica del territorio planteado por PLADEICOP.

- Se acordó que el Servicio Seccional de Salud del Valle, durante la semana del 1 al 5 de agosto brindaría asesoría a los Servicios Seccionales de Chocó, Cauca y Nariño con el fin de racionalizar los planes de inversión propuesta inicialmente y producir el consolidado que será presentado al D N P- Minisalud y los diferentes organismos financieros.

* Los desplazamientos, y los viáticos de los funcionarios de los Servicios Seccionales de Salud han sido asumidos en su totalidad por UNICEF a través de PLADEICOP.

Copia No Controlada CVT