

## EXPERIENCIAS EN LA FORMACION DE PROMOTORES DE SALUD ALAMAS EN NAPO

Drs. Fernando Bossano\*  
Jorge Oviedo\*  
Marcelo Yopez\*

### INTRODUCCION:

El agravamiento de los problemas de salud en el área rural latinoamericana, por la inadecuada relación entre la oferta y la demanda de servicios, ha determinado que alcancen gran popularidad los nuevos sistemas sanitarios basados en la utilización de recursos de la comunidad. La dispersión poblacional en dicha área y sus escasas vías de comunicación determinan que cualquier centro de salud sea insuficiente para una cobertura adecuada. Por otro lado, culturas estructuradas a lo largo de siglos presentan gran resistencia a la aceptación de los servicios de salud formales, que además, por lo general son elaborados sin tomar en cuenta las necesidades y condiciones del grupo al cual van dirigidos, lo que se traduce en el bajísimo porcentaje de utilización de los recursos sanitarios existentes.

Frente a esta evidencia surge la necesidad de desarrollar un sistema de salud que, tomando en cuenta requerimientos primarios tales como educación para la salud, saneamiento ambiental, asistencia sanitaria, incentiven la participación de los sectores beneficiados, sin la cual fracasaría.

Múltiples experiencias al respecto se realizaron en la década del 60 e incluso antes y han tratado de ser sistematizadas por autores como Baldó (1). En 1966 King (2) diseña un sistema

sanitario destinado a medios rurales en el que hace hincapié en las necesidades de la comunidad y en sus posibilidades de lograr una mayor eficacia. En 1975 Newell (3) recopila experiencias desarrolladas en varios países, con el sugestivo título de "La Salud para el pueblo". Estos estudios se han visto reforzados por numerosas recomendaciones de la O.M.S. (4,5,6,7), siempre tendientes a desarrollar servicios de salud comunitarios. Nuestro país, a pesar de haberse adherido a todas estas resoluciones e incluso haber presentado una ponencia sobre el tema (8), aún no tiene un sistema coherente de atención primaria de salud; ésta la razón para reseñar brevemente las experiencias desarrolladas por un grupo de médicos ecuatorianos en el Programa de Salud organizado por el Servicio de Voluntarios Alemanes (DED) en la Provincia Oriental de Napo.

El trabajo consistió en formación, entrenamiento y supervisión de promotores de salud, integrantes de la comunidad que con un adiestramiento básico están en capacidad de controlar las enfermedades de mayor incidencia y por tanto de mayor mortalidad, promover programas de saneamiento ambiental y desarrollo comunitario, y además, colaborar con planes de la Jefatura de Salud, tales como vacunaciones, detección y control de tuberculosis y paludismo, etc.

El presente estudio enfocará un área del trabajo: la formación del personal. El modelo de enseñanza ha sido desarrollado durante los dos últimos años, en base a la experiencia de los cinco años de existencia del proyecto esquematizado por Moncayo, Warning, Behrends en 1978 (9).

Creemos será de utilidad por tratarse de la primera síntesis publicada en el país, relacionada con experiencias propias de los autores en este campo.

### MATERIALES Y METODOS:

Se trabajó con las comunidades indígenas que habitan la cuenca hidrográfica del río Napo, desde Puerto Misahuallí hasta Tiputini (aproximadamente 500 km.). La población estimativa es de 15.000 habitantes estables.

Los aspirantes a promotores, seleccionados por la propia comunidad, fueron divididos en dos

\* Médicos Rurales.

grupos:

- a) 14 indígenas de 10 comunidades para la formación inicial.
- b) 21 promotores de 19 comunidades para la supervisión y educación continuada.

Del total, 5 eran de sexo femenino y 30, de masculino. Las edades fluctuaban entre 17 y 60 años. Todos eran nativos de la zona e idiomáticamente, bilingües (quichua-español).

Se contó con 4 médicos, 1 enfermera y 2 motoristas que en ocasiones se desempeñaban además como intérpretes.

Para la selección de personal se siguieron las normas de proyectos similares (10, 11, 12). Se dictaron 5 cursos de 10 días cada uno, con intervalos de 3 meses; de esta manera la formación se completaba en un año y medio. El número de participantes en cada curso se fijó en 10, que podía aumentar de acuerdo a las necesidades.

Los cursos se desarrollaron en una de las comunidades; su delegado debía formar parte del grupo en formación. Esta era escogida por los propios asistentes y se debía contar con el respaldo de toda la organización comunal, mediante resolución del cabildo. El delegado se encargaba de proporcionar vivienda para los asistentes y aula de clases, para lo cual generalmente se utilizó la casa comunal, construcción de madera sobre pilotes, que sirvió para varios usos: dormitorio, comedor y salón de clase. Derivado de su utilidad, pasó a constituir elemento indispensable para la realización de un curso.

El delegado además debía alentar a los comuneros para que recolecten alimentos que luego nos serían vendidos a los precios usuales en esa zona. Finalmente, fijaba las fechas para reuniones generales con toda la comunidad, dentro del horario del curso.

Los promotores eran escogidos un día antes de la iniciación por medio de la canoa a motor de la Jefatura de Salud. En muchas ocasiones llegaron con toda su familia, lo que general nunca constituyó un problema ya que al estar en su propio medio se adaptaban con mucha facilidad.

El horario del curso era fijado por los propios participantes y por los dos profesores (médicos). En general constaba de cinco partes:

- a) Período destinado al aprendizaje de temas nuevos: horas de la mañana.
- b) Repaso de los temas tratados el día anterior: primera hora de la mañana.
- c) Período destinado al repaso de los temas dictados en el curso anterior: horas de la tarde.
- d) Atención de pacientes por los promotores, con supervisión de los médicos: horas de la mañana. Sin embargo, era posible atender a cualquier hora ya que muchos comuneros debían recorrer horas en canoa para llegar a la casa comunal, debido a la muy marcada dispersión poblacional.
- e) Discusión de problemas de la comunidad y de la organización de los promotores: horas de la noche.

Los temas a tratarse en cada curso eran agrupados de acuerdo a los sistemas orgánicos afectados: digestivo, respiratorio, piel y faneras; enfermedades transmisibles, primeros auxilios y afecciones de ojos y oídos. Las enfermedades específicas a estudiarse eran determinadas mediante la observación de la patología más frecuente en esa zona. En ello ayudaban además los promotores, quienes solicitaban ciertos temas que durante su práctica habían observado y necesitaban ser explicados. En los temas de repaso, colaboraron además de los médicos, promotores de salud ya formados. Debido a que lo hacían en su lengua original, existía una mejor aceptación y participación.

Como parte importante del curso se proporcionaba información sobre el sistema de salud vigente y los establecimientos a los cuales podían realizar referencia de pacientes, en caso de necesitarlo.

Una vez determinados los temas se confeccionaban hojas mimeografiadas, tratando de adaptarlas en lo posible a la terminología, costumbres y limitación del castellano de la zona. Se abarcaban cinco puntos:

- a) definición
- b) causas. (razón por lo que "se coge" la enfermedad)
- c) síntomas y signos.
- d) prevención (protección)
- e) tratamiento.

Además se elaboraban hojas explicativas sobre los medicamentos utilizados, en las que se analizan: presentación, usos, efectos positivos, efectos

negativos y dosificación.

En las clases se puso mucho interés en incentivar la participación activa de todos los asistentes, utilizando recursos didácticos de motivación. A su finalización, y a manera de repaso los promotores traducían a su idioma la hoja estudiada, con lo cual el grado de comprensión aumentaba considerablemente. Además de los poligrafiados se utilizaron carteles, pizarra, películas, filminas y material médico para las prácticas (vendas, jeringuillas, microscopio, fonendoscopio, láminas); vísceras de animales cazados por los comuneros para la explicación anatómica; cuadernos y lápices de color.

Como un mecanismo que coadyuve a la formación de los promotores y a una mejor comprensión de la comunidad sobre los problemas de salud, se desarrollaron varias actividades:

- a) Atención de enfermos de la comunidad por los promotores, con supervisión del docente.
- b) Reuniones de los participantes en el curso con la comunidad para tratar problemas sanitarios. Lo hacían en su idioma original y utilizando carteles explicativos; se realizaba además la proyección de películas de saneamiento ambiental.
- c) Participación de los comuneros que lo solicitaban como oyentes en el curso.
- d) Construcción de una letrina. Los promotores vieron la necesidad de que cada uno de ellos lo tuviese, para así influir en el resto de pobladores. En cada curso se construía una letrina cerca de la del promotor con los materiales que éste había preparado, actividad que tomaba un día, y en el cual participaban algunos comuneros. Se diseñó un modelo de letrina acorde con los materiales existentes en la zona.
- e) Socio—dramas elaborados por los promotores, en los cuales enfocaron temas como la atención a sus pacientes, relaciones con los brujos y curanderos, elaboración higiénica de los alimentos, problemas de la atención hospitalaria y primeros auxilios.

La formación continuada contempló la utilización de dos métodos:

- a) Cursos de repaso;
- b) Viajes de supervisión.

Los cursos de repaso fueron efectuados dos veces por año y su duración se fijó en siete días.

Los materiales y métodos utilizados fueron los mismos de los cursos de formación.

En algunos cursos se incluían temas nuevos de acuerdo a las necesidades (preparación de una campaña de vacunación; patología recientemente descubierta, por ejemplo: paragonimiasis; nuevas técnicas desarrolladas: agua sana, receptáculo para agua de lluvia, etc). Además, muchos temas trataron sobre medicina comunitaria y el papel del promotor de salud.

En ocasiones, y siempre por pedido de los mismos asistentes, se realizaban conferencias sobre técnicas agrícolas, linderación de tierras, reglamentos jurídicos, organización comunal, para lo cual se invitaba a representantes de las organizaciones campesinas y de instituciones estatales: Ministerio de Agricultura y Ganadería, I.E.R.A.C., Ministerio de Trabajo, Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria.

Los viajes de supervisión son efectuados mensualmente por los médicos del programa, en los mismos que el promotor se provee de los medicamentos que necesita, con el dinero existente en el botiquín comunitario, los que a su vez son expendidos a precio de costo a los pacientes. Además, conjuntamente con el médico supervisor el promotor atiende a los enfermos existentes al momento e incluso algunos en estado de convalecencia. Finalmente se revisa la hoja del informe mensual en la que constan todos los pacientes atendidos en el mes. Se discute cada caso, juzgando el diagnóstico, la conducta seguida y el estado actual del enfermo. Cuando es posible el médico examina a estos pacientes, conjuntamente con el promotor.

En ocasiones se trató sobre algunos problemas de la comunidad e incluso se proporcionó noticias de programas o reuniones de otro tipo que interesaban a la comuna.

### EVALUACION.—

Se trató de suprimir una evaluación de tipo académico (exámenes), para dejarla sólo a la práctica; esto es, para los viajes de supervisión, los mismos que se efectuaban incluso durante los años de formación del promotor. Sin embargo, los mismos asistentes indicaron la necesidad de comprobar teóricamente sus conocimientos. De esta manera

se decidió efectuar un examen al final de todos los cursos de formación y otro en cada curso de repaso; por considerarlo más formativo, se utilizó el tipo de respuesta múltiple. Los promotores podían consultar las hojas poligrafiadas, en razón de que siempre se les insistió en la necesidad de revisarlos antes de instituir cualquier terapéutica.

La evaluación de su trabajo práctico se realizaba especialmente en los viajes de supervisión, al analizar si el diagnóstico y tratamiento efectuados durante el mes fueron certeros.

## RESULTADOS.

Los resultados que a continuación exponemos los obtuvimos de la experiencia personal desarrollada durante doce meses de trabajo y la realización de cinco cursos para promotores de salud. Por otro lado, los hemos extraído de los cuadernos, informes mensuales de los promotores, archivos de la "Organización de Promotores de Salud Indígenas de Napo" y reportes de los médicos del programa, habiendo sido revisados los correspondientes al período 1975—Stbre 1979. Las comunidades escogidas para el estudio, al azar fueron: Santa Rosa, Ponceloma, Bellavista, Puerto Salazar, Palma Roja, Sumino, Ongota, Jueves Chicta, Ahuano, Machacu Yacui y Armenia.

1.— En los cursos realizados en las comunidades los promotores nunca demostraron cansancio, a pesar de que el horario alteró en parte sus normas de vida. Su rendimiento fue bueno y la comprensión de los temas adecuada, su adaptación, excelente. Los costos del curso disminuyeron considerablemente en relación a los desarrollados en las ciudades de Tena y Misahualli.

2.— Durante los cursos, en las horas destinadas a problemas de la comunidad, los promotores elaboraron los estatutos de su Asociación y posteriormente fueron presentados al Ministerio de Salud.

3.— Para los cursos subsiguientes los promotores traían muchas inquietudes con respecto a las enfermedades ya estudiadas y a otras aún no tratadas.

4.— En el programa de vacunación desarrollado en la Provincia por iniciativa del Epidemiólogo Provincial, Doctor Fernando Sacoto, los promotores desempeñaron un papel muy importante tanto en la organización como en la ejecución, ya que ellos

mismos se encargaron de la administración de vacunas frente a la satisfacción y confianza del resto de la comunidad.

5.— La aceptación del poder curativo de las medicinas fue gradual, dependiendo de cada promotor.

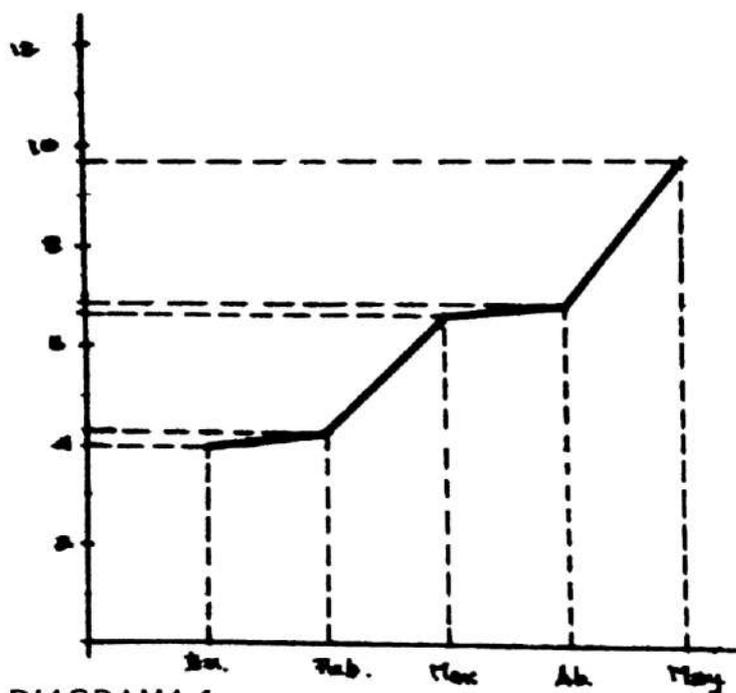
6.— El número de pacientes atendidos durante los 10 días del curso, en la comunidad en la cual se realizó, fue mayor que en los meses precedentes y posterior

TABLA I

### NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS

COMUNIDAD	ANTES DEL CURSO
SAN CARLOS	4
SINCHICTA	8
SAN JOSE	2
COMUNIDAD	DURANTE EL CURSO
SAN CARLOS	36
SINCHICTA	21
SAN JOSE	15
COMUNIDAD	DESPUES DEL CURSO
SAN CARLOS	6
SINCHICTA	9
SAN JOSE	6

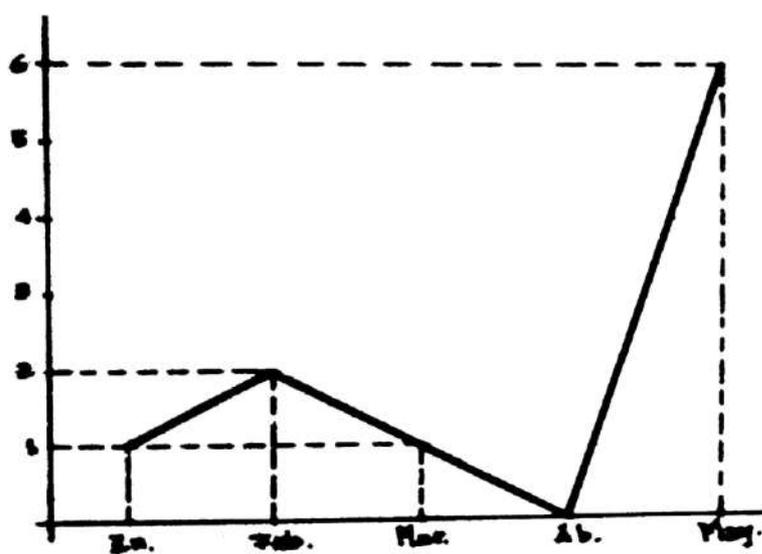
7.— El número de pacientes —promedio atendido por cada promotor fue aumentando durante los meses de formación



**DIAGRAMA 1**

**PROMEDIO DE PACIENTES ATENDIDOS POR PROMOTOR (GRUPO EN FORMACION)**

8.— El número de casos detectados de una misma enfermedad fue mayor luego del curso de repaso que del curso de formación.



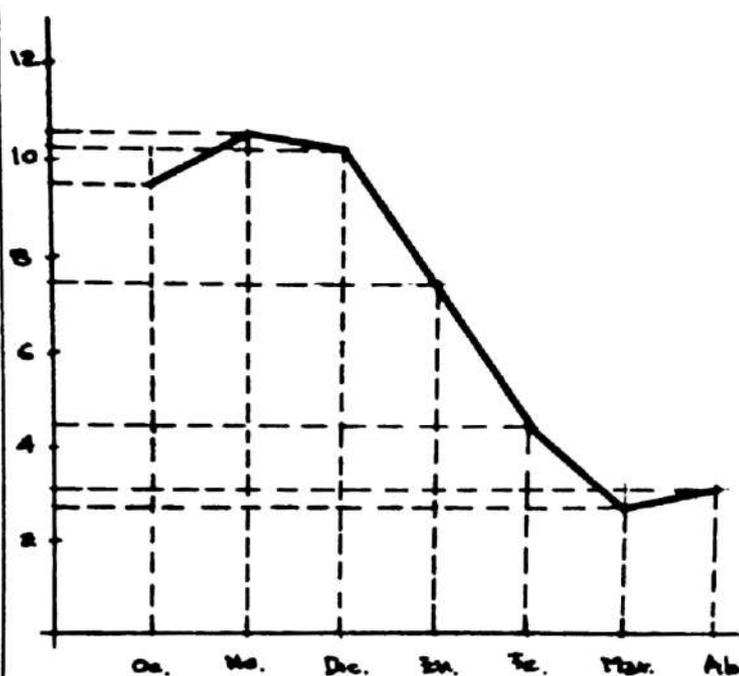
**DIAGRAMA 2**

**CASOS DE DIARREA Y PARASITOSIS ATENDIDOS**

Diciembre / 1978: Curso de información.  
Marzo—Abril / 1979: Curso de repaso.

9.— En el período formativo, cuando el promotor asistía al curso fuera de su comunidad, se reportaron dos casos de niños fallecidos por deshidratación a consecuencia de gastro—enteritis, cifra que representaba el 10 por ciento de los niños de esa edad. Durante el lapso del siguiente año, mientras el promotor trabajó en su comunidad, no se presentaron fallecimientos por esta causa.

10.— El número de pacientes atendidos por los promotores formados 4 a 5 años atrás, fue disminuyendo.



**DIAGRAMA 3**

**PROMEDIO DE PACIENTES ATENDIDOS POR PROMOTORES ANTIGUOS.**

11.— Muchos casos tratados por el promotor no constaban en el informe por no haber utilizado medicinas del botiquín sino terapia aborígen.

12.— En ciertos casos como las micosis, los promotores utilizaban un vegetal durante la época en que se producía, y en el resto del año empleaban las cremas anti—micóticas del botiquín.

13.— Los promotores enviaron con poca frecuencia pacientes a los hospitales estatales.

## DISCUSION.—

Podemos afirmar que la metodología utilizada reportó mayores beneficios y permitió una mejor asimilación de los contenidos explicados.

Al ser realizados los cursos en las mismas comunidades, los promotores, indígenas de las tribus alamas, con profundos vínculos familiares y gran apego a sus tradiciones y costumbres, no se desadaptaron.

Cabe resaltar que estos pequeños poblados tienen características físicas muy similares entre sí, y las formas de vida de sus habitantes, prácticamente no varían de un sitio a otro, lo que hace que los participantes en el curso se sientan como en su propio hogar; además, como hemos anotado muchas veces viajaron con toda su familia. Esta fácil adaptación contribuyó poderosamente para que los cursos tengan mejor acogida y los resultados sean más positivos, lo que se demostró en los exámenes teóricos y en el trabajo práctico posterior.

Por otro lado, constituyó factor importantísimo la participación comunitaria, pudiéndose comprobar luego de cada curso una mejor actitud de la población hacia la utilización de mayores hábitos de higiene, una creciente confianza frente a las actividades del promotor y más interés en la búsqueda de las mejores soluciones para sus problemas sanitarios, incluyendo su propia organización y la exigencia de mayor atención por parte del estado.

Los costos se redujeron aproximadamente en un 60 por ciento en relación a los cursos realizados en las ciudades.

El número de promotores participantes en cada curso no se incrementó debido a la consideración de que para este tipo de formación la cantidad ideal era de 10 a 15, contando además con 2 o 3 instructores. No se intentó prolongar su duración por los profundos problemas socio-económicos que ello provocaría: abandono de las familias de los promotores lo que incluso originan problemas de alimentación, en su mayoría proveniente de la caza y pesca, actividades realizadas por el jefe del hogar, abandono de sus cultivos, que constituyen su principal actividad productiva, etc.

En principio se pensó que las comunidades más alejadas de los centros de salud existentes serían las interesadas en participar en el programa de promotores, sin embargo, la experiencia demostró que las que se hallan incluso a 15 minutos de dicho centro, tenían necesidades urgentes no resueltas, por lo que pidieron su incorporación al programa.

Uno de los problemas presentados fue la selección de personal, tanto por el índice de analfabetismo como por la inestabilidad de residencia sobre todos los jóvenes, los que se demostraban muy entusiastas e incluso vencían la inicial resistencia de la comunidad, existente a pesar de haber sido elegidos por ella misma. Sin embargo, por causas laborales, muchas veces abandonaban su comunidad por períodos más o menos prolongados. Es de anotar que por su trabajo como promotores no percibían ninguna remuneración. Otro problema a resolver fue la acumulación de tareas en una sola persona, lo que a pesar del prestigio inicial del promotor fue desfavorable por la variedad de trabajos a que se veía sometido.

La experiencia con promotores femeninos fue mala debido a que por determinaciones culturales, al momento del matrimonio descuidaban por completo el trabajo.

Se ha podido comprobar las posibilidades diagnósticas y terapéuticas de los promotores, así como la incidencia de su trabajo en el declinar de ciertos niveles de morbi-mortalidad debidos a causas infecciosas, lo cual demostramos en nuestro estudio: "Patología prevalente en las comunidades alamas de Napo".

En su trabajo los promotores siguieron utilizando medicina aborigen para el tratamiento de cierto tipo de enfermedades. Para ello existen varias razones: costumbres arraigadas desde hace muchísimos años, comprobación por parte de los campesinos de la bondad de esa terapia. Además, en los cursos se trató de no establecer un choque entre los conocimientos de la Medicina Moderna y los de la Medicina aborigen tradicional, buscando por el contrario su combinación adecuada. Es indispensable una mayor y más profunda investigación que logre, con criterio científico, valorar en su verdadera dimensión los conocimientos médicos tradicionales que poseen esas comunidades indígenas.

El trabajo de los promotores se vió incentivado por un incremento paulatino de casos atendidos durante los meses de su formación, probándose que la demanda de sus servicios fue creciendo proporcionalmente a la ganancia de prestigio lograda en base a sus conocimientos. Se comprobó además un aumento de pacientes tratados exitosamente luego de haber concluido el curso de repaso, en el cual se aclaraban totalmente ciertas dudas.

Uno de los métodos utilizados para cumplir con la educación continuada de este personal fue la supervisión mensual realizada por los médicos del programa. Tratando de hacerla más efectiva, se ordenaron los datos estadísticos de los promotores de la zona, determinándose dos situaciones:

TABLA II

VALORACION DIDACTICA DE LOS DIAGNOSTICOS

	CEFALIA	MICOSIS	OTITIS	TRAUMATISMOS	ALERGIA INESPECIFICA	ODONTALGIAS	ANEMIA	NEUMONIA	ALERGIA POR PICADURA DE INSECTOS	AMIGDALITIS	PALUDISMO
SANTA ROSA	1	2	1	1	2	1	1	0	1	1	2
PONCELOMA	2	1	1	1	0	1	0	2	0	1	1
BELLA VISTA	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	
Pto. SALAZAR	1	2	2	2	1	0	2	2	1		
PALMA ROJA	1	0	2	0	1	1	1				
SUMINO	1	2	0	0	1						
ONGOTA	1	2	2	1							
JUEVES CHICTA	0	0	1	1							
AHUANO	0	1	1							1	
MACHACU YACU	1	1									1
ARMENIA	2						2		2		

a) El nivel de conocimientos prácticos de cada promotor, que coincidió con los resultados de sus exámenes teóricos.

b) La gradación de las enfermedades, desde las más simples hasta las más complejas, para la comprensión y captación del promotor.

Estos resultados obtenidos permitirán una educación individual más técnica ya que del estudio de la tabla se desprende cual es la patología que debe ser revisada con cada promotor. (En la tabla no constan enfermedades como piodermatitis, cuadros gripales, parasitosis, diarreas, heridas, conjuntivitis y abscesos, ya que todos los promotores conocían bien su diagnóstico y control.) Para la elaboración de la tabla se utilizó el promedio de veces en que se diagnosticó cada enfermedad, valorándose con uno a los promotores que rebasaban el promedio, dos para quienes tenían menos del porcentaje promedio y cero para quienes no habían diagnosticado la enfermedad. Así, del análisis del cuadro pueden obtenerse varias conclusiones:

a) Solamente en tres comunidades se diagnosticó paludismo (Sta. Rosa, Mechacu—Yacu y Ponceloma). La razón parece residir en que el control de esta enfermedad se realiza a través de colaboradores voluntarios escogidos por el Servicio de Erradicación de la Malaria (SNEM); en la mayoría de las comunidades lo hace el profesor de la escuela. Sin embargo, para el trabajo posterior se planificó una revisión de esta patología, en razón de tratarse de una zona endémica.

b) Debe insistirse en el estudio de signos, síntomas y tratamiento de la amigdalitis, excepto a los promotores de Santa Rosa, Ahuano, Armenia, Ponceloma y Bellavista. De igual manera, en la alergia por picadura de insectos, exceptuando además de los anteriores a Puerto Salazar.

c) Los promotores de Armenia y Machacu—Yacu deben ser mejor observados en su trabajo. Es de anotar que ambos abandonaron sus tareas por algún tiempo por razones económicas; igual sucedió con el promotor de Ahuano.

d) Los promotores con mejor formación y asimilación de lo estudiado están en Santa Rosa, Ponceloma, Bellavista y Puerto Salazar. Es interesante señalar que esta conclusión coincidió plenamente con las calificaciones obtenidas en sus exámenes

teóricos.

En lo que hace relación a la referencia de pacientes que necesitan de una atención más compleja, es importante anotar la fuerte resistencia de los comuneros a acudir a las casas de salud de la zona, debido a factores culturales, económicos y sociales. Con el objeto de en alguna medida superar este problema, se planificó un ciclo de prácticas de los promotores en los hospitales de Tena y Coca, logrando así desarrollar confianza en la atención y además el aprendizaje de algunas destrezas.

En lo referente a la metodología educativa utilizada, nuestra experiencia nos señala la necesidad de tomar en cuenta algunos puntos básicos:

- a) Respeto irrestricto a los valores y patrones culturales de las comunidades.
- b) Investigación amplia de los conocimientos y técnicas utilizadas en la Medicina aborígen, buscando no establecer un choque con los contenidos a enseñarse, sino por el contrario, una complementación.
- c) Utilizar siempre, al menos en algún momento de los cursos, el idioma nativo: traducción de las hojas estudiadas, realización de resúmenes y luego de cada clase, etc.
- d) Los contenidos deben ser cortos y perfectamente comprensibles, utilizando para ello un lenguaje sencillo y corriente.
- e) Las charlas—conferencias, deben siempre estar matizadas con la utilización de material didáctico y buscar la máxima participación posible de los asistentes.

1. SINDROME GRIPAL	14.6 %/o
2. PARASITOSIS INTESTINAL	14.1 %/o
3. DIARREAS BACTERIANAS	12.7 o/o
4. DOLORES OSTEOMUSCULARES	8.9 o/o
5. Piodermitis	7.0 o/o
6. BRONQUITIS	6.1 o/o
7. ABSCESOS	5.9 o/o
8. HERIDAS CORTANTES	5.8 o/o
9. MICOSIS	2.7 o/o
10 PALUDISMO	2.6 o/o
11 CONJUNTIVITIS	2.6 o/o
12 OTITIS MEDIA SUPURADA	1.5 o/o

13 NEUMONIA	1.3 o/o
14 CARIES DENTALES	1.1 o/o
15 AMIGDALITIS SUPURATIVA	0.8 o/o
16 TRAUMATISMOS	0.8 o/o
17 TUBERCULOSIS	0.8 o/o
18 TOSFERINA	0.6 o/o
19 ALERGIA INESPECIFICA	0.4 o/o
20 ALERGIA POR PICADURA DE INSECTOS	0.3 o/o
21 QUEMADURAS	0.3 o/o
22 ADENOPATIAS	0.1 o/o
23 MORDEDURA DE SERPIENTES	0.1 o/o
24 MASTITIS	0.1 o/o
25 TIFOIDEA	0.1 o/o
26 PARAGOMIASIS	0.1 o/o
27 HEMORRAGIA UROGENITAL	0.07 o/o
28 SARAMPION	0.03 o/o
29 HEPATITIS	0.03 o/o
30 ABORTO	0.03 o/o
31 SECUELA DE POLIO	0.03 o/o

## BIBLIOGRAFIA

- 1.— BALDO, J. I. : " El problema de la medicina en el medio rural". Rep. Venez. Sanid., 26 (Sup. 4) : 20. (1961).
- 2.— KING, M. : "Servicio Médico en la Comunidad", Editorial Pax. Méjico 1972.
- 3.— NEWELL, K. W. : "La salud por el pueblo". O.M.S., Ginebra 1975.
- 4.— "Plan decenal de salud para las Américas: 1971—1980 ". Documento oficial de la O.P.S. No. 118. 1973.
- 5.— "Informe final de la cuarta reunión especial de Ministros de Salud para las Américas", Washington D.C., Septiembre 1977. Documento O.P.S. No. 151. 1978.
- 6.— "Extensión de la Cobertura de Servicios de Salud con las estrategias de la atención primaria y la participación de la comunidad". Documento oficial de la O.P.S. No.156. 1978
- 7.— "Conferencia internacional sobre atención primaria de Salud". I.C.P.H.C. / ALA / 78.5

- 8.— "Extensión de cobertura de los servicios de salud". Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Cuarta reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington D.C., 1977.
- 9.— MONCAYO, E; WARNING, D y BEHREND, R: "Extensión de cobertura de servicios de salud: Programa de Promotores de Salud". Documentos Ministerio de Salud. 1978.
- 10—VILLEGAS, H.: "Costa Rica: Recursos humanos y participación de la comunidad en los servicios de salud en el medio rural". Bol. Of. Sanit. Panam. 84. (1), 1978.
- 11—KING, M. : "Medical Care in Developing Countries". Oxford University. Press, 1976.
- 12—"Manual para promotores de Salud". Ministerio de Salud del Perú. CETA, 1977.
- 13—"Informe de actividades de salud en la Provincia de Napo" Documentos del F.D.S., 1979.
- 14—BREIHL, J : "La Medicina comunitaria: Una nueva policía médica?" Revista Mexicana de Ciencias Políticas, No. 84. U.N.A.M. Méjico 1978.
- 15—WERNER, D. : "The village health worker: Lackey or liberator?" Session on health auxiliaries and the health team. International Hospital Federation Congress. Tokyo. Mayo 1977.