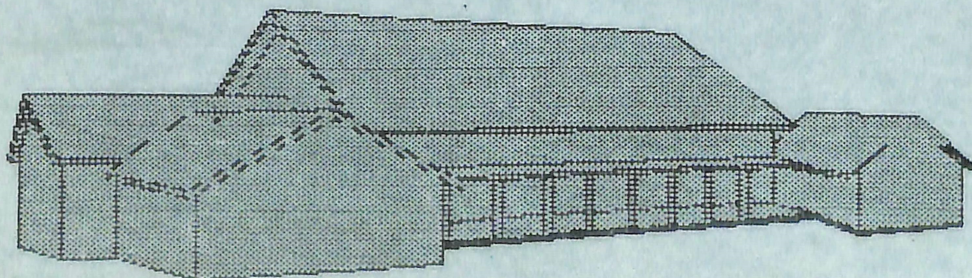


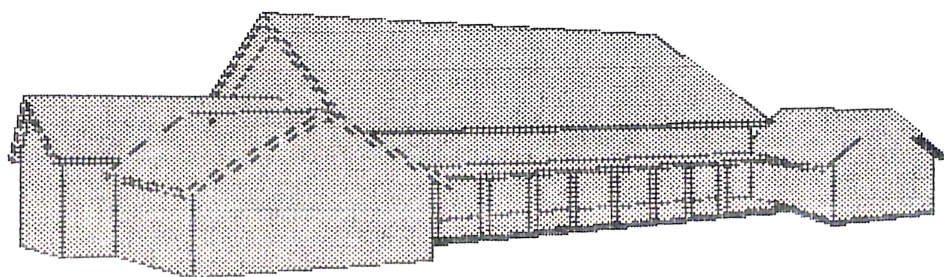
CIO
614
D536db

DIAGNÓSTICO DE SALUD.

NARANJO, 1993



DIAGNÓSTICO
DE
SALUD.
NARANJO, 1993



CIO
614
D536db

SEDE DE OCCIDENTE
"BIBLIOTECA"
— PROCESOS TÉCNICOS —
No. Registro 114900
Procedencia: Fot. de original
Precio 900-
Fecha Ingreso: 20 AGO 1996

Diagnóstico de salud, Naranjo 1993:

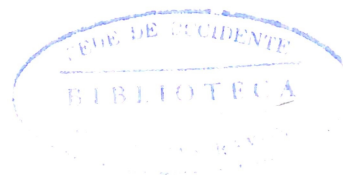


O114900

BIBLIOTECA OCCIDENTE-UCR



O114900



CANTON NARANJO DE ALAJUELA

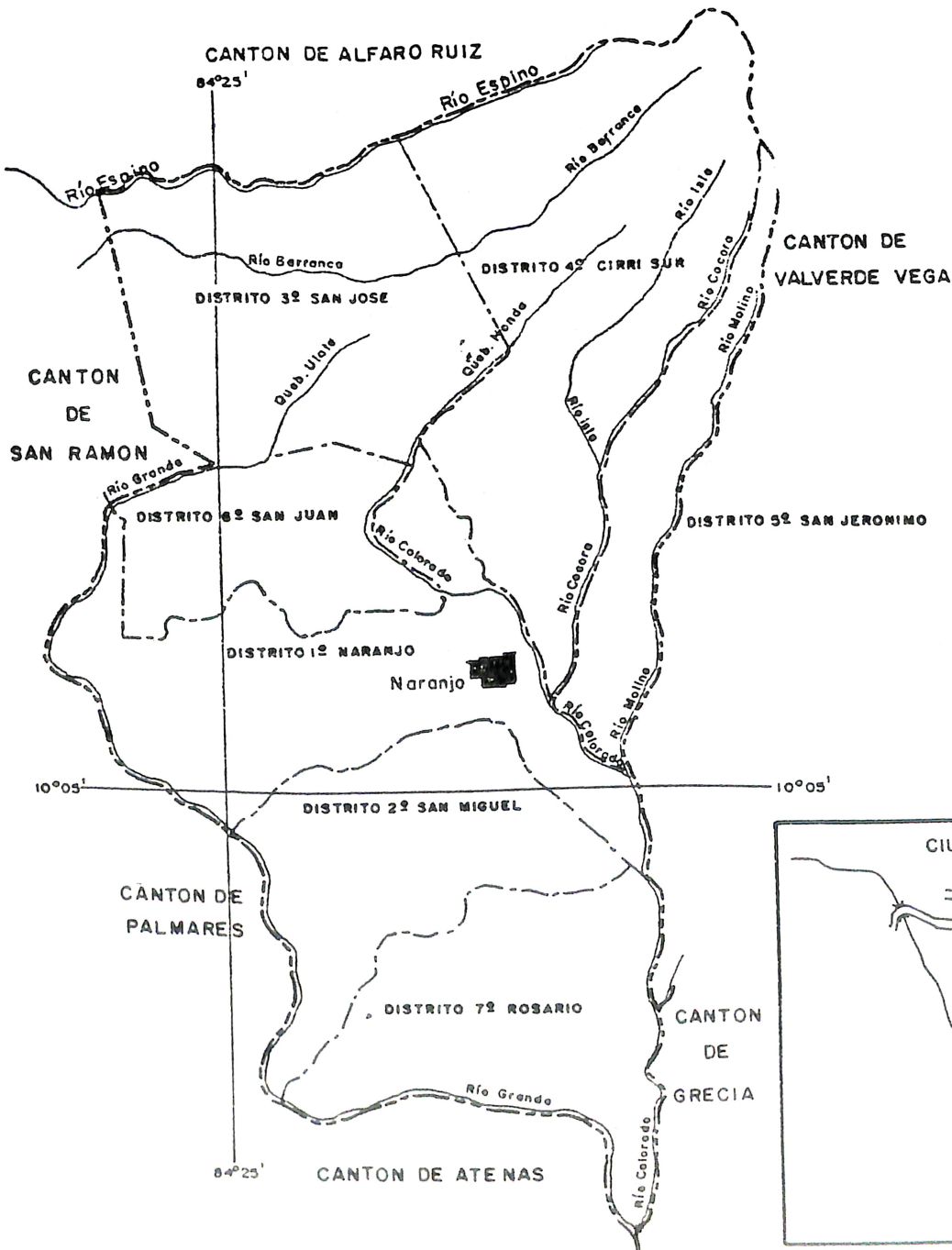


TABLA DE CONTENIDO:

Pág. Nº

Introducción	1
Objetivos Generales	3
Objetivos Específicos	3
Marco Conceptual	6
CAPITULO I	
Marco Teórico	14
CAPITULO II	
1- Características Generales del Cantón	23
1.2 División política del cantón	25
1.3 Límites del cantón	28
1.4 Vías de transporte	28
1.5 Factores climatológicos	30
1.6 Medios de comunicación	32
2- Aspectos Poblacionales	36
2.1 Estructura Poblacional	36
2.2 Distribución Poblacional por Distrito	37
2.3 Grupos Etnicos	37
2.4 Migraciones	37
2.5 Patrones Culturales	39
2.6 La Iglesia	42
3- Aspectos Educacionales	43
3.1 Cobertura de educación	44
3.2 Actividades educativas	44
3.3 Analfabetismo	45

CUADROS INTERNOS

Pág. NO

# 1	Extensión territorial del cantón	27
# 2	Servicios brindados	49

GRÁFICOS

# 1	Distribución Poblacional
# 2	Cobertura de la Población Asegurada
# 3	Estado Nutricional S/peso.

ANEXOS

Se incluyen 28 CUADROS, cuyos enfoques se han ido detallando a lo largo de todo el texto.

Finalmente,

EL PLAN OPERATIVO, 1994.

CAPITULO III

1-	Demanda	47
1.1	Areas de Salud	47
1.2	Volumen de Atención por Servicios	47
2-	Aspectos económicos	50
2.1	Tenencia de la tierra	51
2.2	Ingresos	51
2.3	Tipo de actividad	52
3.	Descripción de la situación de salud	54
3.1	Hechos Vitales	54
3.1.1	Nacimientos	54
3.1.2	Defunciones	54
3.1.3	Cobertura C.C.S.S.	54
3.2	Estructura Programática	55
	Salud Materno-Infantil	
3.2.1	Salud de la Mujer	55
3.2.2	Salud del Niño y del Adolescente	59
3.2.3	Morbilidad	60
3.3	Salud Dental	62
3.4	Nutrición y Alimentación	63
3.5	Protección y Promoción de la Salud Ambiental	67
3.5.1	Indicadores de Saneamiento Ambiental	67
3.5.2	Industrias Contaminantes	71
3.5.3	Protección de Alimentos	72
4-	Organización Comunal	
4.1	Participación Comunal	75
4.2	Necesidades Sentidas de la Comunidad	79

5-	Ofertas de Servicios de Salud	83
5.1	Administración General	83
5.2	Nivel Técnico	84
5.3	Proyección Externa	84
5.4	Recursos	85
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	86
	BIBLIOGRAFÍA	93

INTRODUCCION:

El presente trabajo, con carácter de DIAGNÓSTICO pretende dar a conocer en forma objetiva y real la problemática socio-económica-cultural del Cantón de Naranjo, en el año 1993; siendo esta parte, muy importante, en el proceso de programación que efectúa el Centro de Salud, año con año.

Se enfatiza en las situaciones que mayor incidencia tienen en el Sector Salud y sobre las cuales se llevará a cabo la acción institucional.

Para mayor ubicación y claridad al lector, el estudio se divide en capítulos o apartados, comprendiendo en ellos lo siguiente:

I CAPÍTULO:

Se presenta el marco teórico, en el que se da a conocer el desarrollo histórico de la política social en Costa Rica, en el campo de la Salud y los avances obtenidos a través de los años.

II CAPÍTULO:

El contenido del mismo, nos ubica en la reseña histórica, caracterización del área programática, sus aspectos geográficos, climáticos, extensión territorial, límites, vías de comunicación, y patrones culturales predominantes, de la población.

III CAPÍTULO:

Comprende el volumen de demanda, estructura de la población, constitución familiar, variables socioeconómicas de la población, situación de salud, con los índices tales como: Natalidad, mortalidad, morbilidad y salud bucodental, así como el estado nutricional de la población preescolar, usuarios de los programas de nutrición. Además, incluye indicadores de Saneamiento ambiental, las necesidades sentidas de la comunidad y, su organización.

IV CAPÍTULO:

Se presenta la infraestructura sanitaria, los servicios de atención a la comunidad, los recursos con que se cuenta y la estructura organizativa del Centro de Salud. También incluye conclusiones, recomendaciones y finaliza con el apartado de anexos (mapas, cuadros, instrumentos de recolección de datos). Bibliografía o fuentes documentales.

Cabe destacar que la información que se ofrece, se refiere exclusivamente al área de atracción del Centro de Salud de Naranjo, no tomándose en cuenta las comunidades de Barranca, San Antonio de Barranca y Llano Bonito, que por razones geográficas de cercanía, son cubiertas por el Centro de Salud de Alfaro Ruiz; a excepción de la disciplina de Saneamiento Ambiental que atiende todo el cantón.

Se hace la anterior aclaración, ya que al presentar el total

de población del objeto de estudio o área atendida, se visualiza un desfase con respecto a la totalidad del Cantón.

A efectos de delimitar la investigación, sobre los problemas de Salud, este estudio es orientado por los siguientes objetivos:

OBJETIVOS GENERALES

- A. Caracterizar la problemática de Salud del Cantón de Naranjo, para tomar acciones o formular estrategias, que lleven al mejoramiento de los índices de Salud.
- B. Analizar, a nivel del equipo de salud, si el tipo de servicio brindado responde al mejoramiento de las condiciones de Salud de los habitantes.
- C. Que el equipo de Salud, determine la situación actual de Salud de su cantón y pueda realizar un trabajo conjunto para hacer frente a la complejidad de la demanda del servicio, que conlleve a una mejor efectividad de la labor.
- D. Actualizar la información y datos del área programática del Centro de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1. Identificar los grupos de mayor riesgo de mortalidad en el Cantón.

2. Ubicar las áreas que mayor cantidad de problemas de Salud presentan, para poder programar acciones específicas.
3. Determinar el nivel organizativo del Cantón en el Campo de la Salud.
4. Definir el nivel de participación de los grupos comunales, en la toma de decisiones de Salud.
5. Continuar con la coordinación inter-institucional, para la búsqueda de soluciones a los problemas sociales, dando un enfoque integral a los mismos.

METODOLOGÍA --Tipo de estudio--

El presente estudio es de tipo descriptivo, de acuerdo a la clasificación definida por el investigador Mario Tamayo; por cuanto se trabaja sobre realidad de hechos, y se realiza una interpretación de los mismos, pues el enfoque se acentúa sobre situaciones que han sucedido y suceden en el campo de la Salud Preventiva.

ETAPAS METODOLÓGICAS

Se sustenta la investigación en tres etapas o momentos básicos, cada una de ellas, apunta primordialmente hacia uno u otro de los aspectos del conocimiento teórico o empírico y, cada uno sirve de insumo al momento posterior. Ellos son:

a. PRIMER MOMENTO O ETAPA.

Esta etapa se basó en la labor de campo, recopilación de datos del objeto de estudio (población atendida por el Centro de Salud), para la cual se aplicó un instrumento o cuestionario sobre familias que han recibido el servicio de Salud; siendo el 100% de la población encuestada. (Ver anexo nº 29)

b. SEGUNDO MOMENTO O ETAPA.

Consistió en el ordenamiento y tabulación de datos.

c. TERCER MOMENTO O ETAPA.

Se circunscribió en el procesamiento de datos, con la presentación, análisis e interpretación de la información recopilada en la labor de campo. Para su presentación se siguió la guía facilitada por el Nivel Central.

En la primera etapa, participó el personal de atención primaria, principalmente las auxiliares de Enfermería. En los siguientes momentos, los integrantes del Consejo Técnico de Base, quienes contaron con su propia organización interna o, distribución de responsabilidades.

A continuación se da un enfoque de la política social en el Campo de la Salud, con el fin de ubicar al lector en los antecedentes y avances que ha tenido la misma, en este campo; así como la aparición de los diferentes servicios de salud.

MARCO CONCEPTUAL.

DATO:

Es la expresión cuantitativa de un hecho.

INFORMACION:

Son los lugares y documentos donde se generan los datos y que pueden ser Institucionales o extra-institucionales.

NIVEL DE SALUD:

Es el grado de salud que tiene una persona, grupo o población en un momento dado y que se expresa en términos de mortalidad, morbilidad, incapacidad y bienestar.

FACTORES CONDICIONANTES:

Son aquellas circunstancias que inciden a favor o en contra de la salud de la población de una localidad.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico recoge, procesa y analiza la información necesaria, que refleja la situación de salud de un área programática, así como los factores favorables o de riesgo que influyen y condicionan el estado y nivel de salud.

PLAN OPERATIVO:

Es un proceso que facilita la solución de los problemas prioritarios de la población, la ejecución y el cumplimiento de las actividades, así como la medición de los logros alcanzados.

PROGRAMACIÓN:

Consiste en identificar las actividades necesarias a realizar y distribuir entre ellas los recursos, de acuerdo a las necesidades y riesgos de la población, con el fin de lograr la mayor ganancia en salud.

AREA:

Conjunto de localidades urbanas o rurales con sus viviendas y habitantes en un determinado número de kilómetros cuadrados.

POBLACIÓN:

Número de personas que viven en un lugar geográfico en un tiempo determinado.

CENSO:

Enumeración completa de los habitantes de una zona del país que se hace en un momento dado.

NIVEL DE VIDA:

Grado en que un grupo social satisface sus necesidades para la vida humana.

APERTURA PROGRAMÁTICA:

Es la selección que se hace de los programas y actividades que se espera desarrollar y la forma en que se califican.

ANÁLISIS:

Distinción y separación de las partes de un problema o situación, hasta llegar a conocer sus principios causales.

PROBLEMA:

Es una desviación entre lo que es y lo que se desea que sea.
Es una situación indeterminada en la que se percibe duda e incertidumbre y existe un estímulo que presiona para su solución.

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD:

Número de casos existentes en un momento determinado.

TASA DE INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD "X":

Corresponde al resultado de una fórmula matemática, consiste en dividir: El número de casos nuevos, de la enfermedad "x" en un determinado período ENTRE el número total de personas.

TASA DE MORTALIDAD GENERAL:

Número de personas que en un año mueren DIVIDIDO ENTRE el número que representa la población total y, el resultado MULTIPLICADO por mil.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL:

Se obtiene dividiendo el número de muertes en menores de doce meses ENTRE el número total de nacidos vivos en el año y, el resultado MULTIPLICADO por mil.

ESTRUCTURA DE LA SALUD:

Es la distribución de las partes constituyentes del nivel de salud, o sea, la desagrupación de éste.

FACTORES BIOLÓGICOS:

Son todas las enfermedades hereditarias, debido a trastornos genéticos.

FACTORES DE COMPORTAMIENTO:

Son los factores que pueden cambiarse, con base en la educación; hábitos higiénicos, alcohólicos, de fumar, etc.

FACTORES AMBIENTALES:

Son factores relativos al entorno, es lo que se sitúa externamente al individuo y lo puede modificar o suscitarle cambio.

FACTORES DE SERVICIOS DE SALUD:

Todos los relacionados con la oferta de servicios de salud.

PROMEDIO DE PERSONAS POR FAMILIA:

$$\frac{\text{Población total}}{\text{número de familias}}$$

TASA DE MORTALIDAD MATERNA:

$$\frac{\text{Número de defunciones maternas (*)}}{\text{Total de nacidos vivos en el año}} \times (100.000)$$

PROMEDIO DE PERSONAS POR VIVIENDA:

$$\frac{\text{Población total}}{\text{Número total de viviendas}}$$

DAF (Distribución de Alimentos a Familias):

Incluye: Arroz, frijoles, pastas, leche, azúcar, aceite.
Aporta, aproximadamente, 75% Kcal/dic y, 81% de las necesidades protéicas.

Por complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

TENENCIA DE LA VIVIENDA:

Número de vivienda (²)

Total de viviendas

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE ORGANIZACIONES, EN ACTIVIDADES DE SALUD (Porcentaje):

Número organizaciones participantes en activ. de salud (x)

x 1000

Total de organizaciones.

ESTADO DE SALUD:

Es la descripción de las condiciones de salud de una persona o localidad, en un momento dado. Incluye el nivel de salud, la estructura de salud y los factores condicionantes.

PLANIFICACIÓN:

Es el ordenamiento lógico de la secuencia de una serie de actividades, que se llevarán en conjunto, para la obtención de un objetivo o producto.

FACTORES DE RIESGO:

Es una característica o circunstancia detectable, por un

² Según tipo de tenencia.

³ Según tipo.

individuo o grupo, asociado con una probabilidad de experimentar un daño en su salud.

PARTICIPANTES:

<u>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</u>	<u>PUESTO QUE OCUPA</u>
Grettel M ^a Soto Cruz	Médica Directora
Lorena López Gutiérrez	Odontóloga
Elsie Vilma Rojas Rojas	Trabajadora Social
Isabel Quesada Sancho	Enfermera Jefa
Felicitas Méndez Jiménez	Enfermera Supervisora
Gerardo Chávez Lobo	Administrador
Gerardo Badilla Barquero	Técnico Saneamiento
Francisco Murillo Quesada	Técnico Saneamiento
Marco Tulio Rojas	Técnico 4 de Nutrición
Elsie Rodríguez Zúñiga	Técnica en Nutrición
Rosita Gómez Castro	Asistente Dental
Maribel Ballesteros Mora	Enfermera Auxiliar
Odilie Ruiz Fernández	Enfermera Auxiliar
Gladys Chacón Madrigal	Enfermera Auxiliar
Miriam González Zamora	Enfermera Auxiliar
Teresita Corrales Barrantes	Enfermera Auxiliar
Haydeé Alfaro Chacón	Enfermera Auxiliar
Ana Isabel Alpízar Alpízar	Enfermera Auxiliar
Angela García Mora	Enfermera Auxiliar
Cristina González Vargas	Enfermera Auxiliar
Lilliam Miranda Acuña	Enfermera Auxiliar
Leda Mendoza Mendoza	Enfermera Auxiliar
Claudia Pérez Jiménez	Enfermera Auxiliar
Marisel Porras Alcázar	Enfermera Auxiliar

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

Desarrollo histórico de la política social de Costa Rica, en el campo de la Salud.

A partir de los años 40 el estado costarricense se conforma bajo una nueva concepción ideológica-política, de estado benefactor, dependiendo conforme al desarrollo histórico del país.

Dentro de este proceso histórico, la política social ⁴ se perfila como un elemento fundamental dentro del Estado, siendo a través de la misma como éste puede desempeñar la función reproductora de las condiciones de desarrollo económico, político y social.

Especialmente del desarrollo de la política social en Costa Rica, enfocada en las diferentes áreas sociales, ha manifestado un énfasis especial en el área de la Salud.

Remontándonos a los años 30 y para justificar la importancia que el estado le ha dado a la política social en el campo de la salud se debe comprender que debido al deterioro de las condiciones de vida de la población, producto de los efectos de la crisis económica interna del país, agudizada por los efectos de la crisis mundial, los niveles de salud se vieron fuertemente deteriorados, dando origen a medidas como leyes, reglamentos, decretos

ejecutivos y disposiciones generales, directamente relacionadas con la salud pública. Al respecto el Dr. Edgar Mohs, en su libro "La Salud de Costa Rica", menciona algunas disposiciones entre las que sobresalen: 1931, la creación del Médico Oficial; 1934, los Inspectores de Unidades Sanitarias; el decreto ejecutivo Nº 5 en 1935, donde las Juntas de Caridad pasan a ser Juntas de Asistencia Social, lo cual refleja la importancia que el sector salud demanda por parte del Estado, así como el cambio al abordar dicha problemática, modificando el concepto de Caridad por Protección Social.

Ya para los años de la década de los 40, el Estado como se mencionó anteriormente, adquiere la fachada de Estado Benefactor, abandonando su imagen liberal con lo cual aparece el Código de Trabajo, las Garantías Sociales, la creación del Seguro Social, medidas que surgen por ser un período de extensión de los servicios de salud, grandes turbulencias sociales, que respondían a las condiciones económico-sociales desfavorables a los sectores populares.

Para 1948, a raíz de la Guerra Civil, se da una nueva reestructuración del orden económico, político y social; lo cual llevó a una redefinición de las funciones, es así como, a partir de los años 50 en el campo social se hace efectiva mucha de la legislación realizada en los años 50; con este cambio se evidenció una participación del Estado en la cosa social, por tal motivo la salud pública llega a ocupar un lugar de primer orden en la política social, sobre todo en aquellos programas de tipo preventivo,

así como una mayor ampliación de los servicios, como por ejemplo, se encuentra la universalización de los seguros (enfermedad y maternidad, entre otros). Se da también la reorganización del Sector y, por ende, de un Único Sistema Nacional de Salud que permitirá el control de las enfermedades infecciosas y la reducción de la desnutrición.

Entre las medidas legales que se tomaron para la realización del Plan Nacional, están: El traspaso a la Caja Costarricense del Seguro Social, de los hospitales (1973), a través de la Ley 5349, a excepción del Hospital de San Ramón, no efectuada hasta 1985. De este modo se fortalece el modelo de salud curativo, separándolo de su aspecto preventivo, el cual queda en manos del Ministerio de Salud. De tal modo, que las instituciones ejecutoras de la política social en salud son: El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, las cuales se han descentralizado y expandido su cobertura.

Paralelo a ellas, se han creado otras instancias que coadyuban al fortalecimiento del bienestar público en el campo de la salud, como son: El INS, el ICAA y la UCR.

Como antecedente, el Ministerio de Salud, se denominaba Subsecretaría de Higiene y Salud y Protección Social (1927).

En 1949 cambió de nombre para dar origen al actual, que además de función rectora y normativa, desempeña funciones de prestación de servicios a las personas, atención del Medio Ambiente, vigilancia y control epidemiológica, supervisión y seguimiento de la

ejecución de programas a nivel regional y local ¹.

Para el cumplimiento de sus funciones, el Ministerio de Salud se ha organizado en seis "Divisiones", las que a su vez están integradas por Departamentos, que norman, apoyan y supervisan la ejecución de los Programas de Salud. Producto de la reestructuración del sector, las instituciones mencionadas (CCSS y MS), definen sus responsabilidades y ámbitos de acción, así como se da la descentralización de servicios, armonización de actividades con otros sectores sociales y económicos, participación de la comunidad en las actividades del proceso de Salud, el desarrollo de nuevos modelos de atención integral a la comunidad, lo cual se lleva a cabo fortaleciendo los programas preventivos y es a la luz de éstos, que el Ministerio de Salud incorpora la participación comunitaria, como un componente vital, para lograr mejores índices de vida.

Como parte de la evolución de la participación comunitaria, se crearon en 1950 los Comités de Salud y los Comités de Nutrición. De esta forma la participación comunitaria en salud se incorpora en los planes nacionales de Desarrollo de las Administraciones del Lic. Rodrigo Carazo, Luis Alberto Monge, Dr. Oscar Arias y, en la del Lic. Rafael Angel Calderón Fournier; donde se pretendió que las comunidades, a través de sus organizaciones comunales, participaran en el proceso de toma de decisiones en el área de la Salud Pública; desde la priorización de sus problemas, que llevan al mejoramiento de su problemática, ejecución y evolución de las mismas.

¹ MOHS VILLALTA EDGAR, Memoria Anual, 1987. Pág. 39.

Paralelo al desarrollo y fortalecimiento del área de Salud de Costa Rica, a nivel internacional surgen una serie de acontecimientos que, paulatinamente, van a intervenir en las políticas estatales en nuestro país. En 1946 surge la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), en 1947, la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), en 1977 la Asamblea Mundial de la Salud (constituida por estos organismos), establece que la meta social principal para la O.M.S. y los gobiernos de los países que lo conforman, es alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000, un grado de salud que le permita llevar una vida social y económica activa¹ y, como estrategia fundamental para lograr la ansiada meta: La atención primaria en Salud; ya en 1981 la O.M.S. estableció el plan de acción, para la instrumentalización de las estrategias regionales. Es así como el Ministerio de Salud retoma los antecedentes en el campo de la salud comunitaria y reestructura la experiencia que se venía dando, sometiéndola a un proceso metodológico; para 1987 el Ministerio de Salud pone en Práctica el Programa Nacional de Participación Social, el cual ha sufrido modificaciones y en la actualidad forma parte de los Sistemas Locales de Salud (S.I.L.O.S.), los cuales utilizan las técnicas o estrategias, de acuerdo a las circunstancias, lugar y problemática de esa área de atracción. Representa una estrategia par reorganizar al Sector Salud, de manera que se logre una mayor equidad, eficiencia y eficacia en sus recursos.

¹ MINISTERIO DE SALUD, Proyecto sobre Estrategias de Participación en Salud.

No se puede hablar de Participación Social o Comunitaria, sin antes no referirse al programa "Hospital Sin Paredes", el cual ha sido pionero en el campo de la salud, cuya experiencia se ha tomado como modelo para impulsar a nivel nacional e internacional otros programas; entre ellos, el de Participación Social. Este se ha convertido en un centro de entrenamiento para futuros líderes comunales y profesionales; así tenemos, todos los años, a estudiantes de la Universidad Autónoma Centroamericana (U.A.C.A.), haciendo práctica profesional.

Desde sus inicios se ha visto la salud en forma integral, dándose así que el Hospital se proyectara a las comunidades, brindando atención médica general especializada, cerca de los hogares campesinos, tanto a nivel preventivo como curativo. Este fue un programa que ha dado importancia a la participación y organización de las comunidades y el trabajo en equipo coordinado con otras instituciones.

Este programa comienza a existir como tal en 1971, con la constitución del primer puesto de salud en San Juan de San Ramón, modelo que sirvió para llevarlo a otras comunidades y es en este mismo año que se capacita el primer grupo de auxiliares en enfermería, que inician labores en Puestos de Salud.

Entre 1974 y 1980 se logra integrar los niveles de salud (Hogar-Puesto de Salud-Centro de Salud-Hospital). Se forman los equipos técnicos e interdisciplinarios, se capacitan responsables de salud, se inician actividades comunales (temas y jornadas educativas; seminarios y otros), investigación de factores de

riesgo (auditorías) y concentración de líderes comunales.

Este programa queda ubicado dentro de la denominada Sub-región Central de Occidente, iniciándose como tal en 1991. Abarca a cinco cantones: Palmares, Naranjo, San Ramón, Alfaro Ruiz y Valverde Vega; y, al distrito Peñas Blancas de San Ramón. Bajo los lineamientos del Ministerio de Salud, se ubica en el Centro de Salud de Naranjo, creado en 1939 como Unidad Sanitaria, con un escaso personal (3 funcionarios). Conforme el cantón se ha ido desarrollando, se ha ampliado su cobertura.

Para "operativizar" los programas, el mismo cuenta con las siguientes dependencias: 10 puestos de salud, 3 sub-puestos de salud, 2 C.E.N., 1 CEN-CINAI, 1 clínica odontológica, 1 unidad móvil médica (compartida con Palmares). Cuenta con el personal idóneo para cubrir las acciones en el área preventiva, a una población numerosa, con características propias de un Cantón Cafetalero, que trae como consecuencia una gran población flotante.

A nivel local, funciona un C.T.B. o Consejo Técnico de Base, cuya función primordial es el de ser un órgano gerencial; que conjuntamente, con la Dirección del Centro de Salud, planifica y ejecuta las acciones de Salud. Cuenta, además, con funciones específicas que cumplir. Está constituido por un miembro de las diferentes disciplinas (Trabajo Social, Saneamiento Ambiental, Nutrición, Enfermería, etc.). Como coordinador, funge el médico director y tiene un adscrito al mismo, un miembro de la comunidad.

En el año 1989 se inicia la organización de los Consejos Técnicos Regionales (C.T.R.), con el fin de dar seguimiento, supervisar, capacitar y orientar a los Consejos Técnicos Básicos.

C.I.O
614
D 536 db

114900

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CANTÓN.

CAPITULO I

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CANTÓN

Reseña Histórica

La fundación de Naranjo data del año 1835. Por aquella fecha, estas tierras estaban cubiertas de bosques; apenas se habían efectuado unas cuantas obras, gracias al empeño de hombres como Judas Tadeo Corrales y Juan Matamoros, a quienes se tiene como fundadores de los hoy es el Cantón de Naranjo.

En efecto, los citados señores denunciaron en la primera mitad del siglo XIX una finca con el nombre de "Cantón de Púas", jurisdicción de Alajuela. Lo que hoy es Poás, se conocía entonces, como El Sitio de Púas, nombre que evolucionó a Poás y, este nombre desplazó al antiguo "Volcán de Los Votos"; con lo que se conoce actualmente el macizo volcánico, en cuyas faldas se asientan estos pueblos. El Naranjo fue entonces fundado por agricultores que encontraron un suelo excelente para los cultivos, especialmente el café. La bondad de las tierras creó una comunidad apegada al agro, que ha sabido aprovechar las cualidades del clima y fertilidad, siendo una de las más prósperas del país.

En 1823, Don Judas Tadeo Corrales se radica con su primera esposa --Doña Candelaria Barrantes-- y sus descendientes, en un vallecito ubicado al oeste de la actual ciudad de Naranjo, conocido como Bajo Corrales, en donde construyeron un beneficio de café y se tenían muchas plantaciones de esta planta.

En la época precolombina las tierras de Naranjo estuvieron habitadas por los indios Huetares, del Reino Huetar del Occidente, que a inicios de la conquista fue dominio del Cacique Garabito.

En la administración de Don Próspero Fernández Oreamuno, el 29 de junio de 1882, el Decreto Ejecutivo Nº 55, le otorgó el Título de Villa a la aldea de Naranjo de Grecia. En el presente siglo, el 24 de julio de 1918, en el gobierno de Federico Tinoco Granados, se promulgó la ley Nº 28, que le confirmó a la villa, la categoría de Ciudad.

En 1886, se estableció la División Territorial Escolar de la República, en la cual el Cantón de Naranjo conformó 7 distritos escolares, cada uno con su respectiva escuela.

En la Administración de Dn. León Cortés Castro (1936-39), se construyó el edificio de la Escuela que actualmente se denomina "Escuela República de Colombia".

El 22 de junio de 1952 se inauguró una escuela complementaria, para la educación secundaria, que inicialmente laboró en el local de la escuela mencionada., constituyéndose, cinco años después, en el Colegio de Naranjo (Durante el gobierno de Don Otilio Ulate Blanco).

La cañería se inauguró en el año 1925 y el alumbrado público se instaló en 1935, en la segunda y tercera administración de Don Ricardo Jiménez.

Mediante el decreto Nº 2 del 9 de marzo de 1885, Naranjo se constituyó en el Cantón Sexto de la Provincia de Alajuela, con

seis distritos en su jurisdicción, que se detallan en el cuadro de más abajo.

INFORMACIÓN GENERAL DEL AREA PROGRAMÁTICA.

1 Aspectos geográficos y climatológicos.

1.1 División Política de Naranjo:

Se compone de 7 distritos, los cuales, a su vez, se dividen en varios caseríos, a saber:

NOMBRE DEL DISTRITO	CASERIOS
Naranjo	Palmitos
	Candelaria
	Dulce Nombre
	San Rafael
	Concepción
	San Roque
San Miguel	
San José (San Juanillo)	Barranca
	Cañuela
	San Antonio de Barranca
Cirrí Sur	Lourdes
	Llano Bonito
San Jerónimo	La Puebla
	Los Robles
Rosario	

Extensión Territorial:

Naranjo cuenta con una extensión territorial de 126,62 kilómetros cuadrados, distribuidos según se indica en el Cuadro Nº 1, que sigue:

CUADRO Nº 1
EXTENSIÓN TERRITORIAL, POR DISTRITOS
CANTÓN DE NARANJO, 1993.

DISTRITOS	EXT. Km ²	Nº HABITANTES	DENSIDAD POBLAC.
Central	22.76	14.493	636.7
San Miguel	14.61	2.370	162.2
San José	19.48	3.590	184.2
Cirrí	32.10	2.213	68.9
San Jerónimo	9.44	2.069	219.1
San Juan	10.34	3.424	331.1
Rosario	17.89	2.177	121.6
TOTALES.....	126.62	30.336	239.5

FUENTE: Balance de Atención Primaria. Centro de Salud, 1993.

OBSERVACIÓN:

Se refleja el desglose geográfico del total de la población del Cantón de Naranjo; según los registros actualizados de Los Puestos de Salud. Se incluyen San Antonio de Barranca y Llano Bonito. Dentro de la población del Distrito de San Juan, se incluyen San Rafael y San Antonio. Dentro del Distrito Central, se agregan las poblaciones de Candelaria (2093), Palmitos (1169), y Concepción (1928).

1.3 Límites del Cantón:

Norte: Cantón de Alfaro Ruiz y, Río Espino (Línea divisoria).

Sur : Cantón de Atenas y Río Grande.

Este : Cantón de Valverde Vega y Río Colorado.

Oeste: Cantones de Palmares y San Ramón (Río Grande).

1.4 Vías de Transporte:

Nuestro cantón cuenta con una red de caminos y carreteras bastante buenas, en su mayoría de calzada de asfalto, aunque existen varios caseríos con escuelas, donde solamente hay lastre; entre estos tenemos a Santa Margarita y el Hoyo del Rosario, lugares donde tampoco existen servicios de buses.

Las principales carreteras son: la autopista Bernardo Soto y la carretera Interamericana o Ruta Nacional, mal llamada: "Carretera Vieja". La primera de ellas nos comunica con Palmares, San Ramón, Alajuela, San José y, la segunda con Valverde Vega, Grecia, Palmares y Zarcero. Estas carreteras son transitables todo el año y se encuentran en excelentes condiciones.

Debido a la nueva reestructuración administrativa de la C.C.S.S., iniciada desde finales del año 1991, el hospital de referencia para el Cantón de Naranjo es el San Francisco de Asís, de la ciudad de Grecia; al que se tarda aproximadamente, 17 minutos para llegar en ambulancia y, unos 25 en vehículo particular.

Las carreteras secundarias llevan a nuestros distritos, todas ellas asfaltadas, con excepción de los lugares antes dichos, transitables todo el año.

El programa de caminos se da en terceras vías, que por lo general no tienen lastre y al llegar la época lluviosa se tornan intransitables para los vehículos.

En relación con el estado de conservación de los puentes, éstos se encuentran en estado regular, debido a que mantienen una estructura muy antigua y reciben muy poco mantenimiento.

Se cuenta con servicio de buses a todos los distritos, a las ciudades de Palmares, San Ramón, Zarceró, Ciudad Quesada, Guatuso, Alajuela, Grecia, Valverde Vega, San José y resto del país. El estado de los buses, no siempre es el óptimo.

Los horarios de tres veces al día en las rutas de los distritos (ida y regreso), excepto los sábados y domingos, en los que el servicio se brinda cada dos horas, hasta las diez de la noche. El servicio de buses a Alajuela, por la antigua carretera, se da cada treinta minutos --de las cinco de la mañana a las diez de la noche-- Finalmente, el de San Carlos, Zarceró y San José es bastante variado, ya que se da con mayor frecuencia en las denominadas "horas pico".

También se utilizan, con frecuencia, los vehículos automotores y las bicicletas, como medio de transporte dentro del cantón y, ocasionalmente, el caballo.

Las distancias entre el Centro de Salud y los respectivos "Puestos" son las siguientes:

Naranjo	Candelaria	5 km
Naranjo	Concepción	9 km
Naranjo	Palmitos	10 km
Naranjo	Rosario	12 km
Naranjo	San Antonio	10 km
Naranjo	San Juan	4 km
Naranjo	Cirrí	6 km
Naranjo	San Miguel	6 km
Naranjo	San Juanillo	8 km
Naranjo	San Jerónimo	5 km

1.5 Factores Climatológicos:

El Cantón de Naranjo tiene alturas que oscilan entre los 385 mts. y los 1.500 mts., por lo que el clima aunque variado, es agradable en toda el área. Las temperaturas oscilan entre los 18 y 24º C. La altura promedio es de 1.043 metros.

El territorio de Naranjo, debido a su posición geográfica y por su desplazamiento, de norte a sur, abarca zonas de precipitación y la influencia que la región de los océanos ejercen con sus vientos Alisios y Monzones, producen varios tipos de clima, a saber:

a) CLIMA SECO --Meses de diciembre a abril--

Clima del Valle Central, delimitado por los Cerros Hornos y Pastoras, al Sur; se extiende por el norte hasta San Jerónimo, Cirrí Sur, San Juan, San Miguel y Candelaria.

b) CLIMA DE FALDAS DE LA CORDILLERA DEL LADO DEL PACIFICO:

Se localiza en las poblaciones de San Juan y San Juanillo, con temperaturas moderadas a través del año y sequía de enero a marzo.

c) CLIMA LLUVIOSO DE ALTURA:

Se presenta en las vecindades de la cima del macizo de La Palmira, zonas más elevadas de Cirrí, San Jerónimo, San Juanillo, San Antonio y San Juan. Se caracteriza por el predominio del noroeste. En estas regiones es evidente la prevalescencia e incidencia de mayor número de enfermedades de las vías respiratorias superiores e inferiores; principalmente en familias que presentan una situación habitacional precaria. Este clima lluvioso también favorece el mal estado de las vías de comunicación, ya que en calles sin pavimento o lastre, se dificulta el acceso de los pacientes a los servicios de salud.

d) CLIMA SECO DE ALTURA:

Se distingue este clima por tener una estación seca definida, entre los meses de diciembre a febrero; las nie-

blas persisten aun en los meses de sequía en San Juanillo,- San Juan, San Jerónimo y Cirrí Sur, hasta el macizo de Pal-mira.

Por otro lado, es frecuente que con las primeras lluvias del año, entre los meses de abril y mayo, se originan los criaderos de moscas; siendo grande la infestación que sirve como transmisión de las enfermedades diarreicas, respiratorias y parasitarias.

1.6 Medios de Comunicación:

a- SERVICIO TELEFÓNICO.

El servicio de telefonía público y privado ha llegado a todos los distritos, e incluso, a muchos caseríos del Cantón, permitiendo la comunicación nacional e internacional de sus habitantes. De los puestos de Salud sólo el de Concepción posee este servicio; aunque todos los demás lo han solicitado, sin que se haya podido instalar, debido a la ausencia actual de "líneas telefónicas" para este propósito.

Existe un total de 1040 abonados al Sistema Telefónico, en el Cantón de Naranjo, así distribuidos:

Explotación	9
Públicos-administrados	10
Públicos-monederos	29
Comerciales	213
Residenciales	779

Existe la expectativa, para 1994, de instalar 1000 líneas más:

b- CORREOS.

Naranjo cuenta asimismo, con el servicio de correo que es atendido por 7 funcionarios, para el área urbana. Posee el servicio de APARTADOS, mediante 200 casetillas pequeñas y 30 medianas. El servicio de correos, en los distritos, se efectúa mediante la colaboración de la Guardia de Asistencia Rural (GAR), que se encarga de distribuir la correspondencia de cada uno de ellos. Además, actualmente se cuenta con el servicio de FACSIMIL (FAX).

c- RADIO.

A pesar de que Naranjo no cuenta con una radioemisora local, si tiene acceso al servicio que brindan las radio-emisoras a nivel nacional; así como las de cantones vecinos, escuchándose con mayor frecuencia las emisoras: Sonora, Santa Clara, Cima, Sideral, Radio 16 y Radio Reloj.

d- TELEVISIÓN.

La mayoría de las familias del Cantón de Naranjo, cuentan con su propio televisor; teniendo de ese modo, acceso a todos los canales de televisión nacionales. En algunas casas

1. Según información suministrada por la Agencia del I-
C.E. -Naranjo-.

de habitación también poseen sistemas de antenas y accesorios especiales, que les permite captar otros canales nacionales, tales como: El 19, 15, 21, 29, 35, 38, 50 y otros más, así como internacionales.

e- PRENSA ESCRITA.

En el cantón circulan los principales diarios y revistas nacionales, tales como: La Nación, La República, La Prensa Libre, Extra, Contrapunto, Revista Rumbo, Triunfo, Perfil, Tambor, Buen Hogar... todos, de fácil asequibilidad para sus habitantes.

La población de Naranjo, es en su mayoría de raza blanca.

En el Cuadro Nº 1 --de los anexos-- se observa que la mayoría de la población se concentra en las edades comprendidas entre 15 y 44 años; lo que demuestra que es una población relativamente joven, rubro en que se ubican los adolescentes, comprendidas las edades de 10 a 19 años. Lo que hace entrever que es una población de cuidado y que se deben desarrollar políticas dirigidas a este sector.

No menos importante es el grupo de la III Edad en donde se ubican, aproximadamente, el 6% de la población naranjeña. Población que crece en número y en esperanza de vida, motivado en muy buena parte, por el mejoramiento de los índices de salud; por tanto, se deben ejecutar acciones que acojan a este sector de la

población, donde el anciano vuelva a ser productivo y se sienta útil a la sociedad.

Además de esta información, se infiere que se presenta un aglutinamiento considerable de población, en el área rural, debido, quizás, al tipo de actividad de la zona --que es netamente agrícola--. Así también a aspectos territoriales en donde la mayoría de distritos y caseríos se ubican en lo rural. No hay que dejar de lado que nuestra población es campesina, en donde persiste la idea de vivir en el campo, disfrutando de la tranquilidad y belleza natural del entorno.

Cabe aclarar que el total de la población, incluye los sectores de Barranca, San Antonio de Barranca y Llano Bonito, pertenecientes a los distritos de San José y Cirrí Sur, respectivamente; y, los cuales no pertenecen al área de atracción del Centro de Salud de Naranjo, sino al de Zarcero, por dos razones básicas: Accesibilidad y área reducida (ámbito) de atracción de este último Centro de Salud.

Los Cuadros N^{os.} 2 y 3, --ANEXOS-- ilustran sobre la población que es cubierta por el Centro de Salud de Naranjo, lo que es válido para efectos de aclarar todos los aspectos desarrollados en este diagnóstico, a excepción de saneamiento y odontología (En este último campo, la Clínica escolar sí cubre a toda la población).

2. ASPECTOS POBLACIONALES.

2.1 Estructura Poblacional.

En el cuadro Nº 1, del ANEXO, se observa que la mayoría de la población se concentra en las edades comprendidas entre 15 y 44 años, lo que demuestra que es una población relativamente joven, rubro en que se ubican los adolescentes, comprendidas las edades de 10 a 19 años. Esto hace entrever que es una población de cuidado y, se deben desarrollar políticas dirigidas a este grupo.

No menos importante es el grupo de la tercera edad, en donde se ubican aproximadamente el 6% de la población naranjeña. Población que debido al aumento de la esperanza de vida al nacer y, al mejoramiento de los índices de salud hace que se deban tomar acciones que acojan a este sector de la población, donde el anciano vuelva a ser productivo y se sienta útil a la sociedad.

Además de esta información se infiere que se presenta una concentración considerable de población en el área rural, debido --quizás-- al tipo de actividad de la zona, que es netamente agrícola. Así también a aspectos territoriales, en donde la mayoría de los distritos y caseríos se ubican en dicha zona (rural).

No debe dejarse de lado que nuestra población es campesina, en donde persiste la idea de servir en el campo, disfrutando de la tranquilidad y naturaleza del mismo.

Cabe aclarar que el total de la población, incluye los sectores de Barranca, San Antonio de Barranca y Llano Bonito, pertenecientes a los distritos de San José y Cirrí Sur, respectivamente, los cuales no pertenecen al área de atracción del Centro de Salud de Naranjo. Siendo cubiertos por el Centro de Salud de Zarceró, principalmente; debido a razones de accesibilidad de los servicios y, a lo reducido del área de atracción de este último Centro.

Los cuadros N^{os}. 2 y 3, ilustran sobre la población cubierta por el Centro de Salud, que es válida para efectos de aclaración, que todos los aspectos desarrollados en este diagnóstico, a excepción de Saneamiento Ambiental y Odontología (Clínica escolar), que sí cubre a toda la población.

2.2 Distribución Poblacional por Distrito:

El gráfico N^o 1 del anexo, muestra la distribución poblacional, por distrito; observándose que el distrito Central, representa casi la mitad de todo el cantón --48%--, el segundo lugar, lo ocupa San Juan (11%) y, el III, San Miguel (8%).

2.3 Grupos étnicos:

La población naranjeña es en su mayoría, de raza blanca.

2.4 Migraciones:

En nuestro cantón, por tratarse de una zona netamente agrícola, con una gran producción de café, se observan grandes

inmigraciones de población procedentes, principalmente, de San Carlos, Puntarenas, Guanacaste y otros. Este movimiento migratorio (compuesto, incluso por nicaragüenses), se observa con mayor intensidad durante las épocas de recolección de las cosechas de café, esto es, en los meses de noviembre de un año a febrero del siguiente.

Estas gentes, carecen de viviendas, recursos sanitarios, escuelas y viven, por lo general, en acinamiento.

Con frecuencia, en estos grupos se ubican personas susceptibles a los agentes patógenos e incluso portadores de ellos, aumentando de esa manera los problemas de salud e introduciendo en el área, de ese modo, enfermedades como: La hepatitis, el sarampión, la escabiosis, infecciones respiratorias, ..., parasitosis y ... otras más.

En algunas ocasiones gran cantidad de emigrantes se quedan a vivir en nuestro Cantón, en las áreas más deterioradas y marginadas, incrementando los problemas antes expuestos y engrosando los focos de miseria existentes. Así vemos con frecuencia que visitan nuestro Centro de Salud, solicitando la ayuda de víveres yó dinero; argumentando para ello la ausencia de ocupación y el hambre de sus familias. Estas circunstancias constituyen un grave problema para el Centro de Salud, ya que no es ese su campo de acción, ni cuenta con los recursos necesarios para dar una respuesta positiva a tan lamentable situación.

2.5 Patrones Culturales.

a.) CREENCIAS Y SUPERSTICIONES.

La principal creencia que predomina entre nuestros vecinos, se relaciona con las denominadas "pegas", ya que gran cantidad de niños son llevados a la atención por parte de personas que se consideran especializadas en el tema; recibiendo el estímulo de los "pacientes", al manifestar éstos su bienestar, luego del masaje o "sobada".

Otra creencia que persiste en la población es la hechicería o "brujería", a la que acuden gran cantidad de personas en busca de un --mejoramiento-- de sus condiciones de salud, morales, económicas o sociales.

También se conserva la costumbre de lanzar arroz a los recién casados, en la creencia que con dicho gesto se evitará a la futura familia "el pasar hambre", una vez constituida.

Si el niño recién nacido sufre diarrea de color verdoso, se cree que está "quebrantado", por lo que se lleva a un "sobador", quien se encargará de corregir su pretendida luxación de cadera. Asimismo, se estima que al niño que consume muchos cítricos (sobre todo, limones), se le arrala la sangre; por lo que se les impide hacerlo, con mucha frecuencia. Esta última creencia, fue dada a conocer, una vez más, en el Club del Niño Desnutrido.

Por otro lado, las madres en recuperación del PARTO CESÁREA, se cuidan de no comer frijoles negros, ni carne de cerdo, pues dicen que tales alimentos son "inconosos", desconociendo

así, su alto contenido proteínico, tan favorable y necesario para la cicatrización de la herida ocasionada por la intervención quirúrgica.

Otra creencia frecuente, es la costumbre de considerar "los caldos", como de alto contenido alimenticio, entre ellos los de: carnes, pollo y frijoles negros. Además, se cree aumentar el contenido calórico de las leches, agregándoles maicena o masa rica, lo mismo que aplicar clara de huevo a las pantorrillas de los niños, para acelerar el aprendizaje del caminar, en éstos.

Ya en comunidades muy alejadas del pueblo y del Centro de Salud, se ha observado el uso de las "lavativas de tabaco" para tratar el problema de parásitos intestinales, a las que se asocia el "collar de ajos", para acelerar el trayecto a los quistes y lombrices.

También se acostumbra, por parte de las madres, el dar a los niños o adultos enfermos, gelatina; con la convicción de que es muy nutritiva y ayudará a la persona a salir más rápido de su enfermedad, descuidándose de esa manera, el consumo de otros alimentos que sí poseen un valor nutritivo importante.

Naturalmente, las creencias, brevemente descritas, no constituyen la totalidad de las que existen, en el campo de la salud, en nuestro cantón; pero son aquellas que hemos podido captar con mayor frecuencia, en el ejercicio de nuestra función en el ámbito de la salud pública.

b.) Costumbres:

Naranjo es un pueblo que se ha desarrollado desde 1935, al pie del Cerro del Espíritu Santo.

Sus primeros pobladores procedían de muy distintos lugares de la zona rural del Valle Central, de vida campesina y laboriosa, identificada por costumbres propias.

La vida de éste, como de otros pueblos, se ha distinguido en varias facetas: la familia, la escuela, la iglesia, la plaza, el mercado, deportes y centros sociales.

c.) La Familia:

En tiempos pasados, las familias eran numerosas y los jóvenes se casaban o se unían libremente, a temprana edad, por decisión de sus padres, creyendo --en la mayoría de los casos-- que mejorarían su condición de vida. Sin embargo, no siempre sucedía de esa manera y, por el contrario, continuaba o desmejoraba su nivel de vida anterior.

En estos tiempos, las familias tenían por costumbre y por necesidad, fabricar sus propios utensilios y enseres, ya se tratara de muebles, jabones, hornos de pan, herramientas, etc. Actualmente, esto se ha modificado por el gran adelanto tecnológico experimentado por la sociedad en general, así como por el amplio comercio existente.

Asimismo, en la actualidad muchas familias sufren desintegración, por muy diversos factores, entre otros: Las drogas, el alcoholismo, la prostitución,... etc.

2.6 Iglesias

Como este es un pueblo mayoritariamente católico y con mucho fervor religioso, se ha acostumbrado a asistir a la celebración de la misa durante los días feriados y domingos, actividad para la cual, la mayoría de los pobladores para asistir, escogen sus mejores vestidos.

Los niños de todas las edades tienen, a su vez, la oportunidad de pertenecer a la denominada Congregación de los Pequeños Hijos de María y, otras congregaciones afines.

De igual modo, es costumbre arraigada en la población, desde hace muchos años, asistir una vez finalizada la misa, a la plazoleta del mercado, unos con el propósito de realizar compras y otros para tomar "chinchibí", atolillo o sopa de mondongo. Actualmente esta situación está variando de manera considerable, a raíz de la aparición de nuevos grupos religiosos, manteniéndose no obstante, la costumbre de asistir los domingos y feriados a la celebración de los diferentes oficios religiosos, aunque muy pocos conservan la de asistir a la plazoleta del mercado, debido al aumento de las áreas comerciales, dentro del centro del Cantón.

3 ASPECTOS EDUCACIONALES

En el siglo pasado el Cantón disponía de muy pocas escuelas y maestros; los niños eran severamente castigados cuando incurrían en faltas de conducta, o bien, en caso de incumplimiento de sus deberes escolares. Los padres eran indiferentes a enviar a sus hijos a la escuela, especialmente si se trataba de niñas, debido a la marcada necesidad económica imperante y, al machismo dominante en la época. También muchos niños debían abandonar o simplemente no asistir a la escuela para incorporarse a las actividades laborales y, de esa forma, contribuir al sustento de su hogar.

En la actualidad, el panorama al respecto es muy diferente, ya que se ha incrementado sustancialmente la educación escolar, colegial y hasta universitaria, lo que no significa, desde luego, que no se presenten todavía situaciones de necesidad y abandono de los estudios, como las descritas anteriormente. Este incremento de la participación en el proceso educacional ha contribuido, sin duda a mejorar las condiciones de vida de los habitantes del Cantón, abriendo grandes oportunidades de superación a la mayoría de los pobladores. En este esfuerzo educacional han colaborado instituciones como el Instituto Nacional de Aprendizaje, la Universidad y algunas escuelas comerciales ubicadas en Palmares.

3.1 Cobertura de la Educación, por nivel académico.

(Ver cuadro Nº 5).

De toda la información anterior, presentada en el Cuadro Nº 5 notamos que el Cantón cuenta con 25 escuelas. Vale resaltar que existe una escuela que imparte educación diferenciada, como también contamos con 13 escuelas que imparten educación preescolar; dentro de éstas, una es privada (Jardín de Niños).

El colegio diurno cuenta con una población estudiantil de 1239 jóvenes, que representan el 65% de los estudiantes de 3^{ro} y 4^{to} Ciclo de Educación Diversificada del Cantón.

El Colegio Nocturno muestra una matrícula de 664 estudiantes, que son un 35% del total. De todos y cada uno de los Centros Educativos, con que contamos, nos damos cuenta que tenemos un total de población estudiantil de 7268 personas, lo cual constituye un 41% de aumento, con relación a la matrícula de 1991. Este hecho relevante es quizás porque este año se incluye la matrícula de dos localidades más, que son: Llano Bonito y San Antonio de Barranca y, además, se suma una escuela privada. Sin embargo, todavía existe cierta población de estos grupos etáneos que no se encuentran registrados en ningún Centro Educativo.

3.2 Actividades Educativas

Para tener una idea en cuanto a las actividades educativas y comunitarias, realizadas en el año 1993, remitirse al Cuadro Nº 29. (Anexos).

3.3 Analphabetismo

El analphabetismo en personas mayores de 10 años, es de 381 de ellas.

CAPITULO III

DEMANDA

CAPÍTULO III

DEMANDA.

1 DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

1.1 Áreas de Salud.

Para la atención de la demanda de servicios, el área programática del Centro de Salud, se ha dividido en grupos poblacionales (respondiendo a criterios geográficos), que tienen como zona de atracción un Puesto de Salud o Sub-puesto (área rural).

Para la población urbana, el Centro de Salud es el lugar de atención, el cual se encuentra ubicado en el distrito I del Cantón. Este, a su vez, está subdividido en cuatro áreas de atracción, a saber: Barrio Corazón de Jesús, Barrio del Carmen, Dulce Nombre y parte Central; de las cuales hay dos descubiertas (hasta el momento) y son sólo atendidas en prioridades.

Se dispone de una Auxiliar de Enfermería por cada área, a nivel urbano y rural. Los siguientes son distritos o caseríos que cuentan con un Puesto o Sub-puesto de Salud.

PUESTOS:

Palmitos	Candelaria	Concepción
San Antonio	San Jerónimo	Cirrí
San Juan	San Juanillo	Rosario
San Miguel.		

SUB-PUESTOS:

San Roque	Lourdes.
-----------	----------

Como anteriormente se mencionó, cada Puesto de Salud, es atendido por una auxiliar de enfermería, que abarca una población que oscila entre 1500 y 3000 habitantes. Los Sub-puestos los cubre el funcionario responsable del distrito.

Ver CUADRO Nº 2, en la página siguiente.

1.2 Volumen de atención por servicios.

CUADRO Nº 2
SERVICIOS BRINDADOS
SEGÚN NUMERO DE ATENDIDOS
NARANJO, 1993.

SERVICIOS	Nº ATENDIDOS
Atención primaria Zona Rural	33.474
Atención primaria Zona Urbana	8.840
Familias Prioridad I A.P. Urbana-Rural	2.727
Familias Prioridad II	1.203
Familias Prioridad III	1.450
Consulta Prenatal	1.950
Planificación Prenatal	3.516
Detección cáncer de mama	1.823
Niños atendidos en consultas	3.146
Vacunas por área de atención	12.433
Atención odontológica	4.041
Educación para la salud	437
Trabajo Social	4.450
Saneamiento ambiental	2.352
Nutrición y atención integral	2.608
C. E. N.	165
Leche y sucedáneos	800
D. A. F.	41
TOTALES....	85.456

Del resultado anterior se puede desprender que cada individuo ha recibido un promedio aproximado de tres atenciones al año, lo que corresponde a la norma mínima de atención.

Se puede evidenciar a través de la información anterior que ésta responde a los lineamientos del Ministerio de Salud, en donde se da énfasis a la prevención de la salud extra e intra muros, dirigida a la madre y al hijo, o sea, la atención primaria en salud.

Es importante mencionar que algunos servicios no aparecen descritos, por no haberse obtenido el dato correspondiente.

2. ASPECTOS ECONÓMICOS:

El Cantón de Naranjo, por ser netamente agrícola y en un 80% dependiente del cultivo del café, tiene como fuente de trabajo principal las actividades propias de la agricultura del café; en especial la recolección del grano, tarea a la que, prácticamente, la totalidad de las familias se incorporan durante los meses de octubre a febrero de cada año.

Otro de los productos que se cultivan en el Cantón, lo es el tabaco, especialmente en las zonas de San Miguel, Palmitos y Concepción. La época de siembra es durante el mes de agosto y, su recolección se realiza en el mes de diciembre. Por lo general, los agricultores del tabaco son asesorados por la Compañía Republic Tobacco Company, y disponen para su actividad de un terreno aproximado de 27.15 hectáreas, distribuidas entre 22 agricultores.

También se produce en la zona, la denominada Caña India, cultivo que constituye una fuente de trabajo importante para buena parte de la población, pues no solo existen varias parcelas demostrativas, sino que también se efectúa la siembra comercial para la exportación. Este cultivo se localiza, especialmente, en Concepción, Palmitos, Candelaria y Dulce Nombre.

Asimismo y en menor grado --desde luego--, se produce caña de azúcar, pastos, cítricos, maíz, frijoles, ... etc.

2.1 Tenencia de la tierra:

En el cantón de Naranjo existe una marcada concentración de la tierra entre varias familias adineradas, tales como: Los Orlich, Seavers, Ramírez y otros, las cuales poseen grandes extensiones de terreno cultivados de café, en las que se emplean obreros permanentes y también ocasionales, acogidos estos últimos para la recolección de la cosecha del grano. A ambos tipos de trabajadores se les proporciona su respectiva vivienda, aunque a los ocasionales se les exige desocuparla una vez concluida la etapa de recolección.

2.2 Ingresos:

El nivel de vida de la mayoría de los habitantes de la zona es, en términos generales, bastante bajo, pues se encuentra determinada por el tipo de actividad económica a la que se dedican, siendo el trabajo dependiente de la agricultura --como se ha dicho-- el predominante; por lo que los niveles de

ingreso correspondientes son bastante reducidos. El ingreso promedio de la gran mayoría de las familias, exceptuando algunas pocas, es de aproximadamente \$13.156, suma que como resulta obvio, no permite a las familias satisfacer sus necesidades más elementales.

Esta circunstancia incide negativamente en el nivel de salud de las personas, debido a la inadecuada alimentación que reciben, lo que provoca necesariamente problemas de desnutrición y mala nutrición (obesidad ocasionada por el elevado consumo de harinas, frituras y azúcares).

2.3 Tipo de actividad:

Como se observa en el Cuadro Nº 4, de los anexos, del total de la población en edad económicamente activa, 10.481 personas (49%), cuentan con algún tipo de trabajo, aglutinando el 51% restante --los desocupados-- a estudiantes y amas de casa, principalmente.⁽¹⁾ Es oportuno mencionar que en esta última actividad se ubican aquellas mujeres desempleadas tales como madres solteras, hijas, o mujeres que desempeñan trabajos agrícolas ocasionales, como: abonar, deshijar, deshierbar, en el cultivo del café; procesamiento y empaque de caña india; y deshojar, deshijar y seleccionar, en el cultivo del tabaco.

¹ Para efectos comparativos, la población económicamente activa se estimó a partir de los 10 años de edad, tomando en cuenta la gran cantidad de menores que trabajan en las actividades agrícolas.

Lo anterior explica, en parte, el bajo índice de desempleo mostrado, donde pudo haberse sub-estimado este dato, porque se consideró al jefe de familia (varón) solamente.

Comparando la población con una ocupación permanente o de sub-empleo, para el área rural y urbana, se nota que existe un 10% mayor de empleos ocasionales con respecto a los permanentes en el área rural, mientras que esta situación se invierte en la urbana. Esto puede corresponder a las características del tipo de actividades económicas que predominan en la zona --eminentemente agrícola--, donde el trabajo está determinado por las épocas de mantenimiento de los cultivos y cosecha de los mismos para el área rural; y, en el área urbana, por servicios, comercio, e industria, que son por lo general, estables, durante todo el año.

Vale mencionarse que en el Cantón existe un considerable número de trabajadores que vienen de lugares circunvecinos, que laboran en las actividades mencionadas de la zona urbana. También es importante mencionar que una cantidad de profesionales y técnicos de esta comunidad, se desplazan a laborar, principalmente a San José y Alajuela, debido a la escasez de trabajos especializados.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD.

3.1 Hechos Vitales.

3.1.1 Nacimientos.

Durante el año 1991 se registró una tasa de natalidad de 17,5%. En lo que va del presente año, se tienen registrados 576 nacimientos, que representan una tasa de natalidad de 19%, con un leve aumento con respecto al índice anterior. Los nacimientos esperados para 1993 eran 646.

3.1.2 Defunciones:

En el año 1991 se registró una tasa de mortalidad de 1.81 por mil habitantes, dato este muy inferior al obtenido hasta la fecha, que es de 77 defunciones, para una tasa de 2.5 por mil.

3.1.3 Cobertura de la C.C.S.S.

A través del GRÁFICO Nº 1, de anexos, se observa un número considerable de población no asegurada (5062), lo cual es más evidente en el área rural (3635), debido quizás a una cantidad importante de población estudiantil y al marcado número de familias en calidad de población flotante, las cuales no son aseguradas. Esto demuestra que aún el principio de la Universalidad de la Seguridad Social no se está cumpliendo en el Cantón de Naranjo.

3.2 ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA:

Salud Materno-infantil

3.2.1 Salud de la mujer:

a) Mortalidad:

Hasta el momento, no se han reportado casos de mortalidad materna, comportamiento que se mantiene desde 1988.

b) Morbilidad:

Las principales causas de egreso hospitalario son: amenaza de aborto, de parto prematuro y hiperemesis gravidica.

c) Oferta de servicio:

Consulta Prenatal:

Se brinda, preferentemente, en el Centro de Salud de Naranjo, aunque siempre existe un pequeño porcentaje de pacientes que acuden a la Clínica de CCSS, al médico particular o bien tienen control ginecológico en los centros de referencia (Hospitales de Grecia y de San Ramón).

De las mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud, un 15% de ellas son pacientes de alto riesgo. En cuanto a la edad de las pacientes gestantes, como es de esperar el grupo etareo donde se localiza la mayor parte de mujeres gestantes es el de 20 a 34 años, con un 73%. Sin embargo, es importante hacer notar que el 16%

de estas madres son adolescentes, incluso dos de ellas, menores de 15 años; lo que hace de la adolescencia temprana e intermedia, etapas en donde el embarazo es de alto riesgo, ya que antes de los 15 años, aún no está consolidado el desarrollo físico y generalmente hasta después de los 20 años, existen las condiciones físicas y psicosociales para enfrentar la capacidad y responsabilidad que se derivan de tener un hijo.

Los factores que facilitan que una adolescente quede embarazada son: de orden físico, psicológico-social y cultural como: una deficiente educación sexual, lo cual conlleva a un desenvolvimiento del uso y forma de los métodos anticonceptivos, pues una inmadurez emocional que obstaculiza el análisis de las consecuencias de sus actos está aunado a algunas características del adolescente que facilitan esta patología social, entre las que se mencionan:

- Temor a la soledad.
- Carencia de afecto.
- Necesidad de reafirmarse como mujeres o como hombres.
- Búsqueda de independencia.
- Curiosidad sexual.
- Posibilidad de sentirse como adulto.

Esta alta incidencia de embarazos en adolescentes nos debe poner a reflexionar y a definir acciones inme-

diatas para el binomio madre-hijo que de ello se derivan.

En el aspecto físico, mayor probabilidad de abortos, de partos prematuros, partos prolongados con posibles sufrimientos fetales, toxemia, bajo peso y talla al nacer, con mayor morbi-mortalidad.

Entre los aspectos psicosociales se encuentran:

- Sentimientos de minusvalía.
- Baja autoestima.
- Rechazo por parte de los familiares.
- Matrimonios precoces y forzados, que conllevan a una inestabilidad matrimonial.

De los partos, el 99,5% son atendidos intra-hospitalariamente, debido fundamentalmente a que la población se encuentra educada en este sentido, hay cercanía de los centros hospitalarios, y el servicio de ambulancias (Cruz Roja), se encuentra disponible las 24 horas del día. No se conoce la existencia de las denominadas "parteras y comadronas".

2. Control Posnatal:

Durante el período posnatal las pacientes en su mayoría son visitadas por el personal de enfermería para detectar cualquier patología tanto en la madre como en el recién nacido. Además, se le dan las recomendaciones del caso y

se les cita para la Prueba del Talón y para la consulta y control de ambos.

3. Planificación Familiar:

Durante este año se han registrado 3516 señoras que utilizan la planificación familiar, lo que corresponde a un 55% de la población de mujeres en edad fértil, tomándose en cuenta aquellas que utilizan algún método, no así las que se encuentran en estado de gravidez, que de sumárlas elevaría el porcentaje a 58%.

El método más utilizado es la salpingectomía (30%), seguido del uso de condones (26%) y, gestágenos (23%).

Varios factores han contribuido al aumento del uso de anticonceptivos durante los últimos años, el deseo de la pareja de establecer familias más pequeñas, el mejor conocimiento sobre la anticoncepción y la mayor aceptación de la Planificación Familiar para espaciar los embarazos. (Ver anexos)

4. Detección de Cáncer de Cervix y Mama:

Considerando que la población fértil (mayor de 15 años), en 1993 fue de 9406 mujeres, se puede observar que la cobertura obtenida en este grupo fue de un 32%, mientras que el grupo mayor de 45 años es de 4.5%.

Ello se puede deber a las siguientes razones:

a) Mujeres que no han iniciado su vida sexual y por lo tanto no se les realiza exámenes.

b) En las normas de detección de cáncer de cervix, las citologías se deben realizar cada dos años, lo que puede determinar mucha variabilidad en la demanda.

c) La población femenina y en general, maneja niveles muy bajos de conciencización sobre la importancia del examen citológico en la detección precoz y tratamiento del cáncer cérvico-uterino.

d) Muchas mujeres no se realizan este examen, por:

a- Vergüenza, pudor o por temor.

b- La falta de equipo para practicar dichos exámenes. Se ha mencionado como uno de los factores determinantes de la baja cobertura.

c- Pacientes que acuden a médicos particulares.

5. Programa de Alimentación:

En el programa de leche y sucedáneos se encuentran como beneficiarias 44 mujeres embarazadas, 50 mujeres lactantes, 9 madres en comidas servidas y 682 niños menores de 6 años, lo cual corresponde al 2,6% del total de la población. (Ver anexos, al final).

3.2.2 SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.

a) Mortalidad:

Durante el año 1993 no se han reportado casos de mortalidad infantil.

b) Morbilidad:

Las principales causas de morbilidad que se detectan durante las consultas de Crecimiento y Desarrollo, en el año 1993, son:

- 1- Infecciones de vías respiratorias superiores
- 2- Problemas dermatológicos
- 3- Desnutrición
- 4- Parasitosis; y,
- 5- Anemia.

c) Cobertura de atención a niños (-1 año y de 1 a 6)

En la consulta de "Niño Sano" se han atendido un total de 2292 menores de 1 año a 6 años; correspondiendo al 38,6% de la población total (5,933%) comprendida en estas edades.

Dicha atención se ha brindado tanto a nivel de Puestos de Salud como del Centro de Salud. Se considera que la cobertura no es la deseable, justificado en factores como: Asistencia a médicos privados y especialistas, población "flotante", desinterés en la utilización de los servicios, menosprecio a la atención del niño (Ver anexo # 11).

3.2.3 Morbilidad General:

Las principales causas de morbilidad de la consulta externa de la Clínica del Seguro Social, durante el año 1992 fueron: Amigdalitis aguda, enfermedad hipertensiva, artropat. y trastornos afines - afección aguda de

las vías respiratorias, sin hallazgo patológico, diabetes mellitus, entre otras.

La población que mayormente consulta es del sexo femenino, quizás porque mantienen un mayor control de su salud, lo que tiene congruencia con la mortalidad en varones. En cuanto a las enfermedades crónicas, (ver cuadro en anexos), se puede observar que el mayor porcentaje de éstas se ubican dentro de la categoría de otros, entre las que se citan: cardiopatías, hiperlipidemias, asma, etc., las cuales evidencian que un 93% se encuentran en control médico.

En orden de importancia, se encuentra la hipertensión arterial y la diabetes mellitus (10 a 11 %), de las cuales se da mayor control en la enfermedad hipertensiva, aunque en ambos casos, se manifiesta una adecuada cobertura en la atención médica.

Como es de esperar, hay un porcentaje alto de alcohólicos, sin control (59%), quizás por las mismas características de esta patología social, en donde el afectado, no necesariamente reconoce su problema, además de que su abordaje es a través de entidades particulares no médicas (alcohólicos anónimos, Grupo Alanon, Casa Salvando al Alcohólico... etc).

Se infiere que la cantidad de alcohólicos en el cantón de Naranjo, puede ser superior al citado, pues se considera que en la mayoría de las veces, no se incluye

al alcohólico ocasional o al leve (entre estos el alcohólico social), dentro de esta categoría.

3.3 SALUD DENTAL

En el cantón de Naranjo se localizan 2 clínicas del Sector Salud, 1 es de la CCSS y la otra del Ministerio de Salud; en las que deberían brindarse idénticos servicios, pero no es así, ya que la clínica del Ministerio de Salud absorbe a la mayoría de la población escolar, preescolar y a las señoras embarazadas, por lo que es imposible cubrir toda la población escolar de Naranjo. La falta de personal, agrava aún más el problema, esto por no contar con un asistente de prevención, la asistente de la clínica ha permanecido incapacitada durante dos años y no se cuenta con una unidad móvil que pueda llegar a las escuelas más lejanas. Esto ha hecho que el índice de caries, piezas perdidas y obturadas (C.P.O.) sea 4.49; se encuentra dentro de lo normal (4.5), pero aun así se considera alto, donde los factores citados anteriormente han influido para que se dé este índice C.P.O.

Las actividades realizadas durante el año 1993, son:

Exámenes dentales	2451
Exodoncias	824
Obturaciones	2932
Tratamientos terminados . . .	305

En relación a las clínicas privadas, se cuenta con 12 de ellas, todas localizadas en el Centro, donde brindan el tratamiento.

No se cuenta con ninguna clínica que ofrezca los servicios especializados en una sola rama.

3.4 NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN:

Comparando el estado nutricional de la población de Naranjo en 1993, con respecto a 1992, de acuerdo con los Balances de Atención Primaria (Según Cuadro Nº 13) se nota que mejoraron notoriamente el sobrepeso. Por ejemplo: San Miguel disminuyó en un 50%, en Palmitos en un 37%, San Juan lo hizo en un 66%, San Antonio de la Cueva, un 40%; y, Candelaria, en un 86%. En cambio en comunidades como: San Juanillo, San Jerónimo, Concepción, Rosario y Cirrí, con aumentos pequeños; excepto Concepción, en el que se incrementó en 21 niños (525%).

Los desnutridos severos se mantienen igual, en todos los casos existen patologías concomitantes (P.C-.I. trastornos genéticos, paladar hendido...), que favorecen la situación desnutricional.

Los desnutridos moderados disminuyeron en San Miguel, un 50%; en San Juanillo, 75%; en San Antonio de la Cueva, 60%; en Concepción, 20%; y, en Cirrí, 25%. Aumentó en un caso, en Palmitos; en Candelaria, un 50%; y, se mantienen igual en San Jerónimo y San Juan.

Finalmente, los desnutridos leves disminuyeron en San Miguel (14%), San Antonio de la Cueva (3%), Candelaria (30%), y Concepción (29%). Aumentaron, en Palmitos (50%), San Juan (50%), San Jerónimo (54%), Cirrí y El Rosario (22%).

Vale aclarar, que en 1993 fueron valoradas las poblaciones de estas comunidades en conjunto: nutrición y enfermería, por lo que la cobertura obtenida fue mayor y, de igual forma, la atención con programas de alimentación complementaria (leche, DAF, CEN CINAI), lo que a corto y mediano plazo puede incidir en el mejoramiento del estado nutricional.

El 100% de estos niños desnutridos fueron cubiertos por alguno de los programas indicados en el párrafo anterior, tal como se observa en los cuadros 14 y 15 de los anexos.

La cobertura con el servicio de atención integral fue parcial en 1993, por cuanto se dio muchas incapacidades por enfermedad o maternidad en dos de los tres CEN-CINAI, lo cual disminuyó la cantidad de beneficiarios. Para compensar esta situación se realizaron dos campañas de promoción de los servicios que dichos centros prestan, en enero y febrero en la comunidad de Palmitos y en julio y agosto en San Juanillo. En el segundo caso se aprovechó para hacer un estudio de aceptación de los servicios que dicho CEN prestaba.

Complementario a esta intervención, se mejoró el espacio y condiciones físicas de varios CEN-CINAI. Asimismo, el Comité de Nutrición sufragó el salario de la Técnica de Atención Integral y la Miscelánea, durante varios meses. Todo ello influyó en una mayor aceptación de los servicios en los meses de julio a noviembre de 1993.

De acuerdo al Cuadro N° 17, se observa que cuatro niños con sobrepeso, recibieron los servicios de atención integral. También 38 niños desnutridos leves o moderados, fueron cubiertos por los servicios --tanto de comidas servidas como de atención integral--. El 74% se encontraba en una situación socio-económica entre regular y mala, razón por la cual, estos Centros llenan una necesidad vital para estos niños y, cumplen una función social en estas comunidades.

Las evaluaciones nutricionales realizadas con los niños beneficiarios de los CEN-CINAI de Naranjo, evidenciaron que según el indicador peso para edad (Gráfico N°3), tanto los niños obesos como los desnutridos, tuvieron un notable mejoría nutricional; con excepción de San Juanillo, donde se nota un incremento de los desnutridos leves, lo cual puede deberse a que en el segundo semestre se hizo una reinscripción de niños (a raíz de la campaña de promoción de los servicios), con un incremento de hasta 26 niños en Atención Integral y,

15 en comidas servidas; entre los cuales se encontraban niños desnutridos,

Considerando el indicador nutricional peso para la talla Cuadro N° 18), la misma observación cabe para los dos casos moderados. Con respecto a las diferencias observadas en los niños con sobrepeso para el CINAI y Palmitos, esta puede deberse al continuo reingreso de niños en el Servicio de Atención Integral, porque el análisis individual de cada niño no demostró cambios de normales a sobrepeso.

El análisis del estado nutricional de estos niños, considerando el indicador talla para la edad (Cuadro N°19) refleja mejoría --solo en dos niños con sobrepeso--no así en las categorías de bajo peso o retardo, lo cual evidencia un porcentaje muy alto de niños con déficits de talla para la edad.

Debido a las incapacidades de las técnicas de atención integral en dos de los CEN-CINAI de Naranjo, durante este año, no se puede comparar la evolución que el desarrollo de los niños menores de 6 años atendidos por el Servicio de Atención Integral tuvo, entre los meses de febrero y setiembre. Aunque con los datos obtenidos en la primera evaluación (Ver cuadro N° 20), se notan varios niños con problemas en las áreas: motora gruesa, motora fina, lenguaje, socioafectiva, cog-

noscitiva y de hábitos. Esto refuerza la necesidad de mantener los servicios de atención integral inyectándoles capacitación, asesoramiento y, mejorar el apoyo en recursos didácticos y de estimulación, etc.

Con el fin de cumplir con la norma del Programa Nacional de Nutrición y Atención Integral, se dio seguimiento domiciliario a todos los niños moderados, captados por la Oficina de Nutrición o referidos por el Programa de Atención Primaria, a excepción de los leves que corresponden a este último programa, en sus visitas de prioridad, como lo revela el Cuadro Nº 21. El 23% de leves que se les dio seguimiento se encuentran niños que fueron moderados o severos o aquellos referidos como moderados pero que al evaluarlos, se encontraban leves. Actualmente se incrementó la cantidad de niños desnutridos en seguimiento, debido al trabajo conjunto de enfermería y nutrición en la valoración nutricional de los niños del Cantón de Naranjo, lo cual hizo más eficaz y expedito su abordaje.

3.5 PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD AMBIENTAL

3.5.1 INDICADORES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

--Referirse al Cuadro #22 de anexos--

En cuanto al saneamiento el panorama es relativamente bueno, excepto por algunos problemas que se citarán a continuación. Según la información escogida durante las

visitas a los domicilios se sabe que el Cantón de Naranjo cuenta con 6863 casas, de las cuales 6359 (92,6%) están habitadas y 504 (7.4%) deshabitadas. Estas viviendas deshabitadas corresponden --en su mayoría-- a las casas que los dueños de fincas cafetaleras tienen para los cogedores inmigrantes, las cuales no son utilizadas durante la época en que no hay recolección. Hay 5903 (86,01%) casas en buen estado y 960 (13,99%) en mal estado.

AGUA POTABLE

Respecto al abastecimiento de agua potable, es importante manifestar que Naranjo cuenta con un nuevo acueducto para el sector central, el cual está proyectado hasta los años 2010 a 2015.

A continuación se describirá el proyecto;

- A)- Dicho acueducto será administrado por la Municipalidad de Naranjo.
- B)- Se ha hecho una inversión de \$ 170 millones, además de \$ 8 millones, en los sistemas de cloración.
- C)- Se colocarán alrededor de 8 hidrantes, en el casco urbano central.
- D)- Se han entregado 2000 hidrómetros, existiendo una proyección para 3000 más.
- E)- Ubicación de los tanques de almacenamiento, ya construidos:

TANQUE	UBICACIÓN	CAPACIDAD (LTRS)
Nº 1	- Barrio El Inyu-Nuevo . . .	1.000.000
Nº 2	- Barrio El Inyu-viejo . . .	350.000
Nº 3	- Barrio El Carmen	300.000
Nº 4	- Ciudadela El Jardín . . .	200.000
Nº 5	- San Juan(200mts.E.del Muro)	150.000

BASURA

En cuanto a la recolección de la basura, el servicio es prestado por la Municipalidad de Naranjo, realizando, colectivamente, en el área urbana, mediante un vehículo recolector y, cumpliendo con un rol cada dos días, por los diferentes sectores de la ciudad. Dichos desechos son dispuestos inadecuadamente, ya que son lanzados al cauce del Río Colorado, en el Sector del Distrito de San Rafael.

En el área rural la basura es enterrada, quemada o tirada a los ríos, riachuelos o quebradas.

EXCRETAS

En relación a la disposición de las excretas, podemos notar un faltante de 188 letrinas --las cuales-- en un alto porcentaje son localizadas en áreas rurales del Cantón. Se tiene proyectado, en pocos meses, cubrir este servicio.

Además de letrinas, existen tanques sépticos, que son los más utilizados; y, rebalses conectados a que-

bradas, acequias, etc.; lo que trae consigo el grave problema para la salud y comunidad en general.

Con respecto a los establecimientos que expenden alimentos preparados y sin preparar, existen 164 y 142 tanques sépticos, respectivamente, los cuales cuentan con el necesario abastecimiento de agua, así como disposición adecuada para las excretas.

Según se aprecia en el Cuadro Nº 23 --de anexos-- se puede observar que el servicio de abastecimiento de agua, con el nuevo acueducto, cubre a la totalidad de los establecimientos comerciales. Se cuenta con nuevos sistemas de cloración, con lo que se tiene un alto grado de potabilidad del preciado líquido.

Las conexiones son directas; y, la educación llevada a cabo durante todo el año ha logrado que la población consuma el agua ya sea hervida o clorada y, la manipulación de ésta, se realiza en forma adecuada y debidamente supervisada.

Una marcada diferencia se puede observar en el servicio de eliminación de basuras, en donde solamente el 73,4% de los establecimientos de atención a personas cuenta con el servicio de recolección de basuras, mientras que el 26,6% restante, realizan la eliminación de los desechos sólidos, por medio de métodos caseros, tales como enterrarla o quemarla.

La misma situación nos ocurre con los sitios de reunión y recreación, de los cuales solamente el 84% recibe el servicio de recolección de basuras. Los establecimientos comerciales (no de alimentación) reciben el servicio en un 82.6%, las fábricas no alimentarias se ven cubiertas --por este servicio-- en un 16,6%. El hecho que presenta esta situación en el Cantón de Naranjo es, principalmente, porque este es un servicio administrado por la Municipalidad y cubre solamente el distrito Central, dejando descubierto, totalmente, todos los demás distritos, a la vez que la disposición final es llevada a cabo en forma defectuosa e irresponsable, ya que se está utilizando el Río Colorado para este fin, sin llevar a cabo ningún tratamiento adecuado para la descomposición de la materia orgánica, ocasionando algunos problemas de contaminación y criadero de insectos y roedores. Además, existen 141 fábricas de alimentos, 162 sitios de recreación y reunión, 248 establecimientos comerciales --no alimentarios-- y, 36 fábricas no relacionadas con preparación de alimentos y, todos con servicio de agua y adecuada disposición de excretas. (Ver cuadros N^{os}. 25 y 26 de ANEXOS).

3.5.2 INDUSTRIAS CONTAMINANTES

(Ver cuadro N^o 27 de ANEXOS).

Otro problema que se puede observar, es la conta-

minación por industrias agropecuarias, como lo son: Beneficios de café, empacadoras de caña india, las vaquerías y las granjas avícolas y porcinas, que llevan a cabo dentro de nuestro cantón una acción desagradable con respecto a la contaminación de los ríos, por medio de la descarga de las agua residuales.

En esta región como las del resto del país, se está cumpliendo con las diferentes etapas del Convenio suscrito entre el ICAFE, Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Electricidad (S.N.E.) y Ministerio de Agricultura y Ganadería (M.A.G.), mediante el cual se estipula que en el período establecido, debe contar con los sistemas adecuados para el tratamiento de algunas mieles y desechos sólidos (Broza del café), esto relaciona a los Beneficios de Café. Pero también existen convenios para mejorar las granjas avícolas y porcinas, de acuerdo a los lineamientos dados y sus plazos establecidos al respecto.

En la actualidad la autoridad local de salud coordina acciones, con las demás autoridades e instituciones, para que se ajuste a los lineamientos estipulados, en beneficio de la salud de las personas y condición del ambiente.

3.5.3 PROTECCIÓN DE ALIMENTOS

Observando el Cuadro N° 12 del anexo, sobre pro-

tección de alimentos se puede deducir que en lo referente al servicio de abastecimiento de agua, el 100% de los establecimientos de alimentos cuenta con un apropiado servicio, siendo el mismo apto para su consumo a raíz de la entrada en operación del nuevo acueducto de agua y sus sistemas de cloración.

Al referirnos al servicio de disposición de excretas se descubre que el resultado es igual ya que el 100% de los establecimientos de alimentos cuentan con eficiente servicio o sistema, prevaleciendo el tanque séptico.

En el rubro correspondiente al servicio de eliminación de basuras se notará en todos los casos posteriores, una estrecha diferencia, ya que los establecimientos de servicios de alimentación al público, son cubiertos en un 96,3%. Los expendios de alimentos sin preparar, en un 88% y en las fábricas artesanales de alimentos, en un 98,5%. Esta situación se presenta debido a que el servicio de recolección y acarreo de basura se brinda en algunos sectores del distrito central; y, en zonas rurales se dispone de distintas formas más o menos apropiadas, tales como enterrar o quemar la basura y, solamente en un porcentaje muy bajo, la eliminación de la basura se efectúa en una forma totalmente inadecuada.

4-ORGANIZACIÓN COMUNAL

4.1 PARTICIPACIÓN COMUNAL.

4.1 PARTICIPACIÓN COMUNAL

En el Cantón de Naranjo la mayoría de las organizaciones se caracterizan por guardar dependencia hacia las instancias gubernamentales, tal es el caso de los Comités de Salud, Nutrición, Cañería, Asociaciones de Desarrollo, etc. teniendo relación a nivel de promoción, capacitación, asesoría y educación.

Asimismo, sirven de enlace entre las instituciones y las comunidades a las cuales pertenecen. Son nombrados a través de asambleas comunitarias, por un período de 2 años. Para su funcionamiento cuentan con una junta directiva integrada por 7 miembros activos.

Existen un total de 195 organizaciones de base, servicios, asistencia social, y otras. Las que tienen que ver con salud son:

14 Comités de Salud, localizados en Naranjo-Centro, San Antonio de la Cueva, San Roque, San Jerónimo, Cirrí, Lourdes, Rosario, San Juan, San Juanillo, Cañuela, Candelaria, Concepción, Palmitos y San Miguel.

3 Comités de Nutrición., ubicados sobre todo en los CEN-CINAI, siendo en Palmitos, San Juanillo y Naranjo-Centro.

1 Asociación Cantonal de Salud., cuya sede se encuentra en el Centro de Naranjo.

30 Clubes de Manitas Limpias o Comités de Salud Escolar, que son grupos de niños, localizados en las escuelas. Estos, los constituyen 7 niños y 2 coordinadores.

25 Asociaciones de Desarrollo, designados en cada distrito y caserío. (Contempla aquí, la de Barranca-San Antonio de Barranca-Llano Bonito Norte y Sur).

Estas organizaciones en salud, tienen como objetivo promover el mejoramiento de la salud rural y comunitaria.

Son una forma de participación social en donde lleva implícito el concepto de desarrollo de la comunidad, definido este como una técnica social, esencialmente democrática y educacional, diseñada para producir un mejor uso de las capacidades y cualidades del hombre a través de la organización comunal. Es un proceso por el cual se agregan los esfuerzos de la gente a los del gobierno, para mejorar la situación social, económica y cultural del individuo y la comunidad. (Campos Jiménez, 1977.65).

Sólo a través de la inter-relación de los individuos, compartiendo responsabilidades es que se da un desarrollo del hombre, que conlleva a su vez la superación de sus comunidades, apreciándose en el cantón, la construcción, mantenimiento de obras de infraestructura, promoción y aceptación de los servicios de salud. La denuncia de casos prioritarios, el apoyo y colaboración

en el mejoramiento de los mismos. Así también producto de la participación comunitaria, se hace denuncia en la deficiencia de algunos servicios, en la atención de las personas, plantándose como solución la reestructuración del sector salud, con los "EBAIS" o Eq. Básicos Integrados en Salud.

A pesar de toda la participación existente se presentan *limitantes en la organización* siendo factores que obstaculizan la labor de los mismos. Entre ellos se citan: Falta de asistencia a reuniones, participación con fines personales, el no cumplimiento de tareas, la toma de decisiones en unos pocos, no planificación de las acciones, malas relaciones interpersonales (lleva a que se trate en una reunión asuntos internos del grupo), intromisión en la cuestión social del aspecto político.

Todas estas debilidades ha llevado en ocasiones a la desintegración del grupo.

Se ha visto a través de la experiencia que una de las necesidades de los grupos, es la falta de capacitación, educación y asesoramiento, por parte de las entidades formadoras, así también recursos económicos y humanos para obtener una mayor eficiencia y logros en la organización comunal.

La falta de líderes comunales provoca la permanencia de algunos miembros por años en la organización ya sea por reelección, sobre todo en aquellos casos en que éste ha

funcionado y es aceptado por la comunidad.

Otro aspecto importante de mencionar que limita el buen funcionamiento de la organización es el hecho de que a falta de líderes comunales, un miembro puede pertenecer a 2 ó más grupos, afectando su participación en cada una, por el recargo de funciones que ello implica.

Cabe señalarse, que en estudio realizado por un grupo de estudiantes de trabajo social, en el año 1992, en el Cantón de Naranjo y, como una forma de participación comunitaria, se comprobó que las organizaciones están dando respuesta al problema de contaminación ambiental a través de acciones o proyectos enfocados al área de prevención y tratamiento e instalación y mejoramiento de obras d infraestructura y no así al área educativa y de formación de grupos.

Tienen como fuente de funcionamiento los recursos propios, algunos financieros. Han recibido cierta capacitación y no cuentan con recursos materiales.

En sus acciones coordinan con instituciones, pero no con otras organizaciones.

Sobresale que los comités de salud y de cañería son los que están brindando mayor respuesta al problema de desechos sólidos y agua de consumo, porque disponen de mayor capacidad de acción.

Las formas de atención utilizadas para atender los problemas de contaminación, son: Las coordinaciones con ins-

tituciones y organizaciones, charlas, inspecciones, reuniones, asambleas, proyectos propios y comunicación escrita; dándose en mayor porcentaje las coordinaciones con instituciones y la comunicación escrita, reflejando con esto, la dependencia a nivel institucional.

4.5 NECESIDADES SENTIDAS DE LA COMUNIDAD:

Antes de iniciar, propiamente, lo que es necesidades básicas, es indispensable dirigirse al término Bienestar Social, que va muy unido a las necesidades comunales. El concepto es tan amplio y tan subjetivo que necesariamente ha de ofrecer dificultades para precisarlo de modo científico. Se habla de bienes biológico, personal, familiar, social, general, político; esto significa un deseo de encontrar una infraestructura biológica y material capaz de solucionar las necesidades más perentorias y obligadas del hombre. Se piensa que este deseo no ha de lograrse solo a partir de fórmulas paternalistas, sino basadas en la Justicia Social y con participación múltiple en el proceso de solución.

Otros autores definen --Bienestar Social-- como el goce o disfrute de un estado de satisfacción de las necesidades humanas en cuyo logro participan gran cantidad de servicios y programas con esfuerzo de la comunidad.

De lo anterior se colige que el Bienestar Social es concebido como medio y como fin y que ambos aspectos son inseparables entre sí.

Como fin se identifica con los objetos generales del desarrollo, que conlleva la mejora de la calidad de vida del individuo y como medio se presenta el sistema relacionado de instituciones sociales, con políticas, programas dirigidos a individuos, grupos y comunidad.

Tomando en cuenta la teoría anterior y ubicándonos en la realidad del Cantón, el Bienestar Social se debe considerar como medio y como fin.

Como fin, se refiere a las necesidades que son las creencias, y requerimientos de la sociedad, siendo además, estados de desequilibrio del individuo. Como medio, los servicios que prestan las instituciones sociales con sus políticas y programas, dirigidos a la población en general; que conllevan el mejoramiento de las condiciones de vida.

Las necesidades se pueden dividir en primarias y secundarias, entre las primarias tenemos las que le sirven al hombre para su autoconservación, tales como:

- Salud
- Trabajo
- Vivienda
- Alimentación
- Vestido

- Afecto (cariño, diálogo).

Entre las secundarias, estarían:

- Recreación
- Lujos
- Estudio
- Otros.

NECESIDADES BÁSICAS COMUNALES

Entre las necesidades más sentidas de la comunidad de Naranjo, se encuentra el abastecimiento de agua potable y la eliminación de la basura. En 10 reuniones realizadas en este Cantón, por el Consejo Técnico Regional, nueve de ellas hacen incapie en que su máximo problema es la situación de saneamiento ambiental, enfocado básicamente como consecuencia de la utilización de la gallinaza como abono orgánico y la disposición final de los desechos del café y la basura; lo que produce contaminación. Así también, el alto grado de contaminación del agua, sobre todo en el distrito Central, en donde por exámenes bacteriológicos se comprobó la existencia de 1100 coliformes fecales, calificándose como no apta para el consumo humano.

Producto de esta problemática es que la comunidad ha presionado ante la Municipalidad, para solicitar el mejoramiento del acueducto y ya se está trabajando en el mismo (Se cree que para 1993 ya esté terminado).

El problema de la basura, es más difícil aún de solucionarlo, ya que tiene un alto costo económico, por lo que requiere mayor estudio, sobre todo del impacto ambiental.

Para tal fin se ha constituido una comisión cantonal que lleva acciones en este campo y aparentemente se estudia una finca alejada del Centro, que va a servir de vertedero, mientras se encuentra otra solución mejor. En la actualidad la basura se deposita --a campo abierto-- en un antiguo tajo, ubicado cerca de una zona poblada.

Otras necesidades sentidas, son: Aumento de casos de agresión, adolescentes embarazadas, falta de vivienda, falta de fuentes de trabajo, atención curativa y preventiva, drogadicción, alcoholismo, ... entre otras.

Estas necesidades fueron -priorizadas- por representantes comunales en diversas asambleas.

Actualmente, como una acción institucional a través de las diferentes comisiones (IAFA, Agresión al Niño, Atención a la adolescente, SIDA, CLEP, ...) se ha incorporado la comunidad a ellas, participando en las diferentes actividades programadas y ejecutadas; así también se han formado grupos a nivel de las comunidades, para el abordaje de las problemáticas descritas.

OFERTA DE SERVICIOS

5.1 ADMINISTRACIÓN GENERAL:

Según se encuentra estructurado el Sistema Nacional de Salud, el Médico Director del Centro de Salud, sigue ocupando el cargo administrativo gerencial. Como se comprenderá, siendo que dicha rama del saber no ha sido objeto de estudio dentro de su formación profesional, resulta indispensable que se capacite a dicho funcionario en el campo de la Administración, lo que aunado a la experiencia que ya ha acumulado en el ejercicio de esas labores, redundará en beneficio de una adecuada y eficaz gestión administrativa.

El área financiera-contable, es manejada por el a/rea o Programa de Salud Rural de San Ramón, o bien la Sub-región Central Norte, lo mismo que los suministros, a diferencia de que en estos últimos se nos permite efectuar el pedido con base en las reglas ya establecidas.

El transporte se realiza mediante la utilización de un vehículo adquirido por la Municipalidad del Cantón e inscrito a nombre de la Asociación Regional de Salud Comunitaria, el cual permanece en el Centro de Salud y se encuentra al servicio de todo el personal.

5.2 NIVEL TÉCNICO:

La capacitación recibida ha sido realmente escasa. A nuestro juicio, se requiere capacitación para todos los funcionarios, principalmente en el área de los Principios Administrativos, con el fin de comprender a cabalidad el qué del DIAGNÓSTICO, su función y utilidad, el por qué del programa, cuál es el fin último del control, la supervisión, la evaluación, ...etc.

Además, para todos aquellos que laboramos en Salud, nos es necesario --día con día-- ir renovando y repasando los conocimientos que constituyen la base científica de nuestra labor.

5.3 PROYECCIÓN EXTERNA:

En cuanto a la educación para la salud, durante el año 1992 se cumplió con la mayoría de las actividades programadas. En el área de San Ramón estas actividades se han venido desarrollando desde 13 años atrás, con el Programa "Hospital Sin Paredes", lográndose una buena participación comunal, la cual --por lo demás-- se encuentra bien organizada; de hecho, la mayor parte de la infraestructura de los servicios de salud en esta región ha sido lograda gracias a la participación comunal.

Para la educación en Salud contamos con: Retroproyector, diapositivas, rotafolio, pizarra, grabadora,

micrófono, cassetes y, cuando es necesario se nos facilita una videograbadora (VHS), por parte de la Asociación Regional de Salud Comunitaria, la que ha sido la donadora de todo el equipo antes mencionado.

5.4 RECURSOS:

Dado que en este cantón los Servicios de Salud que se brindan, se ubican en su mayoría, en el nivel primario. La población de Naranjo recibe los servicios de Atención Secundaria, en el Hospital de Grecia como en el de San Ramón.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Del presente estudio hemos podido concretar que en el Cantón de Naranjo existen varios problemas prioritarios que vamos a describir a continuación. Para informarse acerca de las soluciones que hemos propuesto para los mismos, solicitamos revisar el Plan Operativo.

1.) Los problemas de Saneamiento Ambiental son de enorme importancia. Existe gran preocupación por la falta de un relleno sanitario, ya que la basura es depositada en el cauce del Río Colorado.

También existen problemas con el número de letrinas disponibles, siendo la existencia poca y la demanda alta. Además, encontramos el grave problema de la contaminación de ríos y acequias con las aguas negras ya que existe gran demanda de viviendas que conecten sus rebalses de tanques sépticos o lo hacen directamente.

Al ser este un cantón agrícola se presenta la problemática del uso inadecuado de abono orgánico (gallinaza), el cual es lanzado, en las fincas, sin ningún tipo de tratamiento.

2.) Otra situación digna de mencionar es una patología que se está acentuando en el cantón de Naranjo, siendo el uso y abuso de fármacos; entre ellos: la marihuana, el crack y sobre todo, la ingesta de alcohol, generado quizás por la falta de centros recreativos, para los jóvenes, la pérdida de valores, la cantidad

de bares y cantinas y por último la falta de campañas educativas para la toma de conciencia del problema.

3.) La agresión al menor ha ido en aumento, producto de la situación socioeconómica, el aumento de madres solteras, adolescentes --principalmente--, desintegración familiar, alcoholismo, repetir patrones de crianza y el analfabetismo entre otros.

4.) Se evidencia un porcentaje alto de embarazos en adolescentes tempranos e intermedios, lo que conlleva a resultados negativos en los aspectos biopsicosocial en el binomio madre adolescente-hijo, que influirá a corto y mediano plazo, en problemas de salud, como mayor incidencia de bajo peso al nacer, prematuridad, aborto e inestabilidad emocional, desnutrición; y, malformaciones congénitas, entre otras.

5.) Es necesario lograr una mayor cobertura de la población escolar y preescolar en la rama de odontología y coordinar con CCSS para abarca más en este campo como dar un servicio a las embarazadas y de este modo tener la posibilidad de obtener una unidad móvil.

La escasez de personal, especialmente en la rama de prevención, ha hecho que las escuelas estén descubiertas, por lo que se debe rescatar este programa.

6.) El sexto problema es el bajo porcentaje de mujeres que asisten a la consulta de detección de CACU Y cáncer de mama.

En este campo existe poca conciencización de la importancia de la citología, prejuicios dentro de la comunidad, la falta de recursos médicos y las no asistencia a consultas.

7.) En séptimo problema son las áreas descubiertas por el programa de atención primaria en el Centro de Naranjo, debido a la falta de personal. A pesar de esta limitante, las visitas salieron muy altas, ya ;que se programó a una auxiliar de acuerdo a las horas disponibles, y sin embargo, tuvo que dedicar el mes de octubre y noviembre a esta actividad, para realizar encuestas, y a la vez, educaba sobre el dengue, cosa que sólo había programado visitas de prioridad.

La vacunación contra polio, DPT, también salió muy alto el porcentaje, porque los niños acuden al Centro de Salud cuando las auxiliares de los Puestos se encuentran en vacaciones. S.R.R. y S.S. se mantuvieron con porcentajes elevados porque se vacunó la población, según norma por la emergencia.

Sin embargo, la DT I y II dosis resultaron en menos del 60% porque sólo se vacuna a las embarazadas que llegan a la consulta y algunos adultos en el comercio e instituciones, pero por falta de personal de enfermería no pueden visitar a todas estas personas que les corresponde estas dosis.

La DT refuerzos, salió con más de 100%, por la vacunación de los niños escolares del IV grado.

El resto de las actividades programadas subieron con buenos porcentajes.

8.) La población meterno-infantil desnutrida, fue cubierta por los programas de alimentación complementaria, como leche y D.A.F. en un 100%, según los criterios técnicos de selección. La razón de lo anterior, puede deberse a que la selección y valoración nutricional y socioeconómica, se hizo conjuntamente entre personal de nutrición y el de atención primaria y salud comunitaria.

Cabe destacarse que dicha cobertura se cumplió a pesar de la restricción de tarjetas de leche asignadas en 1993.

9.) Constantes incapacidades del personal de CEN-CINAI, afectó la cantidad de actividades realizadas en los servicios de atención integral, como: aplicación de evaluaciones (de lenguaje, bucodental, de desarrollo, de agudeza visual y auditiva, etc). Lo anterior aunado a la ausencia de personal de atención integral en los CEN-CINAI de Palmitos y Naranjo, ha reducido drásticamente la cobertura y la satisfacción de las demandas del servicio.

10.) Es necesario que se ejecute una campaña de motivación y de promoción de los servicios del CINAI de Naranjo, pero ésta se invalida si no existe el refuerzo de nuevo recurso humano (Técnica de atención integral y misceláneas).

11.) Se ha evidenciado una disminución importante de desnutridos y obesos, con respecto a 1992, debido quizás en parte, a campañas educativas en educación nutricional, con temáticas como: nutrición del niño, el niño denutrido, anemia ferropriva, derechos del niño, etc. Además, se dió atención individual a los moderados y severos.

12. En el Cantón de Naranjo existe una amplia cobertura de organizaciones que en su mayoría mantienen nexos con las instituciones.

Sirven como recurso para la implementación de políticas estatales. Sin embargo, no se ha llegado a dar la verdadera participación social, de manera que las organizaciones estén incorporadas en todo el proceso de participación social, en donde los actores intervienen en la toma de decisiones, en todos los niveles de la actividad social, en forma consciente, desde la detección y priorización de necesidades-planeación o acciones correctivas-ejecución de las mismas, evaluación o reprogramación.

Se ha podido ver que hay una participación comunal, y se ha dado aproximaciones a la extrategia de participación social, sobre todo en el año 1989, cuando en asambleas comunales se priorizaron las necesidades más sentidas del Cantón.

Asimismo la organización es fraccionada, lo que quiere decir que cada organización trabaja por su lado, no alcanzando una verdadera fuerza social. Hay algunas debilidades que hacen decaer el movimiento comunal, como son los vicios de la organización.

No obstante, a través de ellos se han logrado grandes avances en el campo de la salud. Por ejemplo: La consecución de los Puestos y Sub-puestos de Salud, el mantenimiento de ellos, la programación de consultas, la anuencia en la deficiencia de los servicios, etc.

RECOMENDACIONES:

Definir estrategias y acciones encaminadas a: una educación sexual eficaz y eficiente a estos grupos; educación en planificación social, establecimiento de programas de apoyo a madres adolescentes y sus hijos, mejorar la capacitación y abordaje de esta población a través de los servicios de salud, llevar programas educativos a los padres de familia, a fin de que comprendan el comportamiento de los adolescentes.

- Gestionar el nombramiento de personal nuevo, de atención integral y misceláneo, para fortalecer los servicios de los CEN-CINAI y, mejorar su cobertura y eficacia. Asimismo, facilitar la pensión de personal misceláneo que tienen requisitos por edad, antigüedad o discapacidad.

- Insistir en el nombramiento de por lo menos un técnico y 3 en nutrición, para el Cantón de Valverde Vega; recargo que ha tendido la oficina de nutrición de Naranjo. Esto permitirá al personal local, dedicarse exclusivamente a llenar las demandas y necesidades propios de Naranjo.

- Realizar gestiones ante el nivel Central, para que aumente el número de tarjetas para asistencia láctea, de acuerdo a las necesidades y demanda de cada comunidad.
 - Promover a través de programas educativos a la población, la prevención de enfermedades cardiovasculares, de anemia ferropri-
va, de obesidad y en general, de estilos de vida saludables.
 - Otra gran recomendación y, posible solución que se da, por parte del equipo de salud, esta contemplado --en forma general-- en el PLAN OPERATIVO, contenido más adelante.
-

BIBLIOGRAFIA

- ♦ Lenin, Sáenz Jiménez. Administración de Servicios de Salud. San José, Costa Rica, Ed. UNED, 1993, pág. 328.
 - ♦ Departamento de Nutrición y Atención Integral, Ministerio de Salud. Análisis del Estado Nutricional de la Población Costarricense. San José, Costa Rica, 1994, Pág. 16.
 - ♦ Conferencia Internacional de Nutrición, Ministerio de Salud. Documentos País. San José, Costa Rica. 1992. Pág. 6.
 - ♦ Céspedes Pérez, Carmen Lidia y otras. Contaminación Ambiental y Respuesta de Instituciones y Organizaciones comunales: Un caso específico en el Cantón de Naranjo. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, U. C. R., San José, Costa Rica, 1994.
 - ♦ Departamento de Trabajo Social, Ministerio de Salud. Estrategia de Participación Social en los Sistemas Locales de Salud. San José, Costa Rica. 1991. Pág. 18.
 - ♦ Departamento de Estadística, Ministerio de Salud. Folleto: Consultas de Planificación Familiar Según Método. San José, Costa Rica. Pág. 2.
 - ♦ Centro de Salud, Naranjo; y, Ministerio de Salud. Diagnóstico de Salud. Naranjo, 1991. Págs. 1 a 71.
-

PLAN OPERATIVO

PROBLEMAS JERARQZD.	FACTORES CONDICNTS	ESTRATEGIA DE INTERVC	RESPONSABLE	RECURSOS NECESARIOS	TIE SOL
1. Sanea- miento del medio. -Dengue -Malaria -Cólera	Falta de conciencia. Inadecuado sistema de recolección y disposi- ción final de la basu- ra. Poco interés de la comu- nidad y Municip. para dar solución al problema. Falta de recursos financieros	Reuniones con el Con- sejo Nunci- pal y comu- nidades pra acelerar la solución del problema. Realizar reuniones y charlas en las comuni- dades y otras ins- titucioes. Realizar campañas educativas que lleven a la concien- cización de la importan- cia de la participa- ción comuni- taria. Visitas de control a viviendas, locales comerciales y, a focos de contami- nación.	C.T.B. y responsables de salud. Consejo Municipal y otras ins- tituciones. (CCSS, MAG, MEP ...) Comunidad. Técnicos en saneamiento ambiental. Comités de salud. Comités de nutrición. Cafetaleros	Material didáctico. Material audiovisual. Papel mimeó- grafo. Lapi- ceros. Mar- cadores. Cartulinas. V.H.S. Televisor. Grabadora.	12
1.1 Basura y otros. Desechos (gallinaza, broza). Contamina- ción del agua.	Inadecuado sistema de recolección- , transporte y elimina- ción final, de los dese- chos del café. Poco interés por parte de la comunidad y Consejo Municipal.	Reunión con comunidad y Consejo Municipal. Coordinación Institucio- nal. Inte- grar comi- sión que acelere el proceso de compra de equipo apro-		Material didáctico. Material audiovisual. Papel mi- meógrafo.	

	Deficiente educación sanitaria.	<p>piado para la disposición final de los desechos.</p> <p>Realización de barridos comunales.</p> <p>Educación y capacitación a productores de café.</p> <p>Construcción de un relleño sanitario.</p>			
2. Inmunizaciones.	Falta de concientización de la población. Falta de control de la población emigrante.	<p>Campañas de vacunación.</p> <p>Charlas dirigidas a la población.</p>	Enfermería.	<p>Jeringas.</p> <p>Alcohol.</p> <p>Agujas hipodérmicas.</p> <p>Algodón.</p> <p>Personal.</p>	6 MESE
3) Atención primaria. Planificación. Detección cáncer de cérvix. Crecimiento y desarrollo.	Falta de recursos humanos. Falta de concientización de la población. Coordinación institucional.	<p>Formación de equipos básicos de salud.</p> <p>Formación de nuevos técnicos.</p> <p>Capacitación a los técnicos de atención primaria.</p> <p>Apertura de nuevos códigos.</p> <p>Ejecución del programa de participación social.</p>	Equipo E.B.A.I.S.	<p>Personal.</p> <p>Apertura de códigos.</p> <p>Transporte.</p> <p>Espéculos.</p> <p>Citogross.</p> <p>Láminas.</p>	12 MES
4) Desnutrición materno infantil.	Cobertura inadecuada de los programas de alimentación	Campañas de motivación y promoción de los servicios de CEN-	Personal de nutrición y C.T.B.	Nombramiento de personal integral, misceláneo, técnico,	12 MES

ción.
Escasos CEN-
CINAI
Hábitos
alimentarios
negativos.
Desconoci-
miento de
los aspectos
relacionados
con la ali-
mentación.

CINAI.
Evaluación
de estimu-
lación tem-
prana.
Campañas de
educación
nutricional.

etc.
Aumento de
tarjetas
para leche.
Ayuda de
audiovisua-
les. Mate-
rial didác-
tico.

5) Partici-
pación So-
cial.

Descoordi-
nación de
grupos orga-
nizados.
Falta de
líderes.
Intereses
creados de
cada grupo.
Vicios de la
organiza-
ción.
Falta de
compromiso
comunal.

Talleres de
refresca-
miento de l
verdadera
organización
comunal.
Fortalecer
los progra-
mas y capa-
citar a los
grupos orga-
nizados.
Cursos de
capacitación
a líderes
comunales.

Trabajo
Social.
C.T.B.
E.B.A.I.S.

Ayudas au-
diovisuales.
Televisor.
V. H. S.
Material
didáctico.

12 MESI

6) Alto
Índice de
adolescentes
embarazadas.

Inadecuada
educación
sexual.
Trastornos
emocionales.
Inadecuada
preparación
de los pa-
dres para la
educación
sexual a
nivel fami-
liar.
Hacinamien-
to. Mitos de
la educación
sexual.
Búsqueda de
independen-
cia. Falta
de centros
recreativos.

Curso del
adolescente
en comuni-
dades prio-
ritarias.
Estableci-
miento de
programas de
apoyo a las
madres ado-
lescentes y
sus hijos.
Mejorar la
capacitación
y el aborda-
je de esta
población, a
través de
los servi-
cios de
salud. Lle-
var progra-

Trabajo
social.
C.T.B. Ins-
tituciones
gubernamen-
tales. Comi-
sión de
atención
Integral al
adolescente

Medio de
transporte.
V.H.S.
Televisor.
Grabadora.
Pizarra.
Material
didáctico.
Rotafolio.
Diapositi-
vas. Pro-
yector.
Retropro-
yector.

12 MESI

Abuso sexual. Problemas familiares. Pérdida de valores. Influencia negativa de la TV. Problemas económicos. Deseo de experimentar. Carencia de afecto. Necesidad de realizarse.

mas educativos a los padres de familia a fin de que comprendan el comportamiento de los adolescentes.

DROGAS

Falta de centro recreativos. Falta de concienciación del problema. Pocas fuentes de trabajo. Analphabetismo. Problemas socioeconómicos.

Talleres dirigidos a la comunidad. Visitas domiciliarias. Campañas educativas a grupos comunitarios, en escuelas y colegios. Educación a padres de familia.

C.T.B.
E.B.A.I.S.
I.A.F.A.
Municipalidad. M.E.P.
Cura Párroco.

Televisor.
V.H.S.
Grabadora.
Material didáctico.
Audiovisuales. Papel mimeógrafo.

12 MES

VIOLENCIA
MÉSTICA.
l- to
dice de
resión a
mujer y
niño)

Problemas económicos. Conflictos de pareja. Infidelidad conyugal. Pérdida del control. Alcoholismo. Padres trabajando fuera del hogar. Drogas. MACHISMO. Hijos no deseados.

Campañas educativas a la comunidad. Taller a funcionarios del C.S. y otras instituciones. Formación de comisiones para protección al niño y a la mujer. Educación a esco-

C.T.B.
Trabajo Social.
Comisión Central de prevención al abuso.

Proyectos de diapositivas. Televisor. V.H.S. Grabadora. Películas. Material bibliográfico. Papalon. Cartulina. Rotuladores. Pizarra. Tiza. Retroproyector.

12 MES

Inmadurez.
Repetir
patologías
de crianza
Tensión.
Enfermedades
mentales.

lares. Edu-
cación a
escolares.
Educación a
padres de
familia.
Coordinación
con otras
institucio-
nes y/orga-
nizaciones.
Realización
de murales.
Coordinación
con comuni-
cadores
sociales.

**Actividades Educativas y Comunitarias
Naranjo, 1993**

FECHA	ACTIVIDAD	COORD.	REC.HUMANOS	DURACIÓN
E29, F26, - M20, A30, M28, J25, J30, A27, S24, O29, N26, D17.	Educación continua	C.T.B.	C. T. B.	1 año
17 mayo junio set oc n.	C u r s o Parto sin ador.	enf.	Equipo de Salud, video, portafolio, modelos, pro- yector de diapositivas, manualidades.	6 meses.
M4 al 31 J3 al 30 A14 al 9 nov.	C u r s o s/niño desnutri- do.	Nutrición	Equipo de salud.	13 días
21,22,23 agosto.	Taller silos	M.S.-CCSS	Equipo salud	3 días
Set.2-3	Taller Preven- ción de maltrato al niño.	CLEP- "Crapma"	Personal de salud. Grupos organizados, consultores jurídicos, UCR., recursos instituciona- les y comercio	2 días
nov.25-26	Taller Sida.	Comisión del SIDA	Equipo de Salud	3 días
8 al 10 de julio	C u r s o s o b r e Manipula- ción de alimen- tos.	Sanea- miento	C.T.B.	6 días
Abr 29, agt 19	Concen- tración de Mani- tas Lim- pias	C.T.B.	C.T.B.	2 días

FECHA	ACTIVIDAD	COORD.	REC. HUMANO	DURACIÓN
Abr.19-20	Taller Farmaco- dependen- c i a . Personal Salud.	Comisión Cantonal de Farma- codepen- dencia.	Equipo de Salud, Comi- sión Cantonal.	2 días
Julio	Educación sexual.	Enferme- ría	Audivisuales Instructivos	1 mes
Primer viernes de c/mes	Supervi- sión (Ps. CEN-CI- NAI)	C.T.B.	C.T.B.	1 p o r mes.
Por de- manda	S a l u d Mental	C.T.B.	C.T.B.	
E-F-M-A- M-J-J-A- S-O-N-D.	Segui- miento comités de vigi- lancia.	C.T.B.	C.T.B.	12 meses
21-22 de octubre.	Taller de Adoles- centes Tempra- nos.	C.T.B.	C.T.B.	2 días
9 al 15 de mayo	Feria de la Salud	Nutrición y trabajo social.		6 días
Junio, 7	Día con- memorati- vo del medio.	C.T.B.	C.T.B.	1 día
27 y 28 de octu- bre	Taller Preven- ción de la farma- codepen- dencia a líderes comuna- les.	Comisión Cantonal de Farma- codepen- dencia.	Equipo de Salud Cantor- nal.	2 días

FECHA	ACTIVIDAD	COORD.	REC. HUMANOS	DURACIÓN
	Educación Nutricional a beneficiarios de leche.	M a r c o Rojas.	Audiovisuales	30 horas
	Educación Nutricional a padres de los beneficiarios	Equipo de Salud del C.T.B.	Audiovisuales	
Julio 23, 28,29.	Taller de Lactancia Materna	C. T. B.	Audiovisuales	3 días
10 al 15 de mayo.	Semana Nacional de Nutrición.	Nutrición	Equipos de Salud.	36 horas.
Julio 1-5	Curso de Relaciones Laborales	Odontología, Cendeiss	Equipo de Salud	5 días
Octubre	Taller de mantenimiento de equipos.	Dep. de Odontología.		5 días.

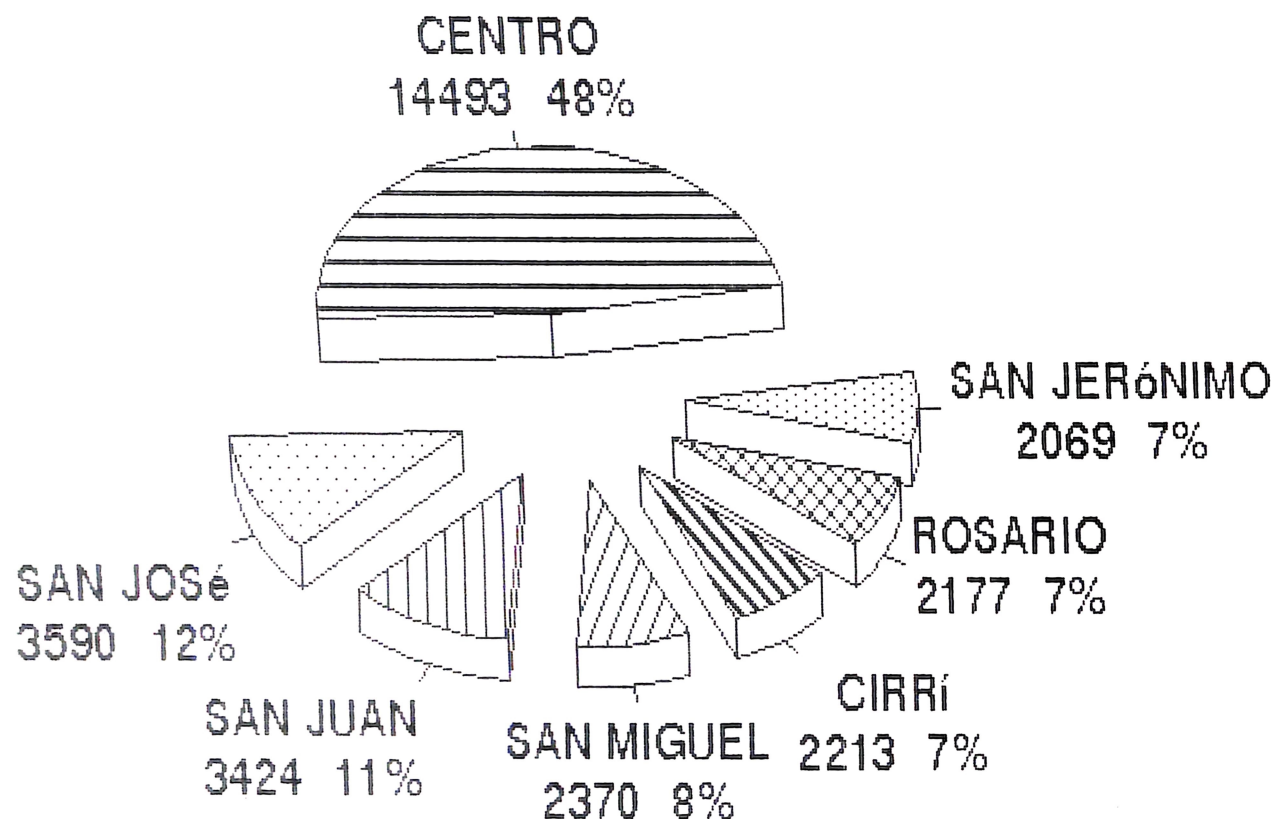
ANEXOS



GRÁFICO Nº 1

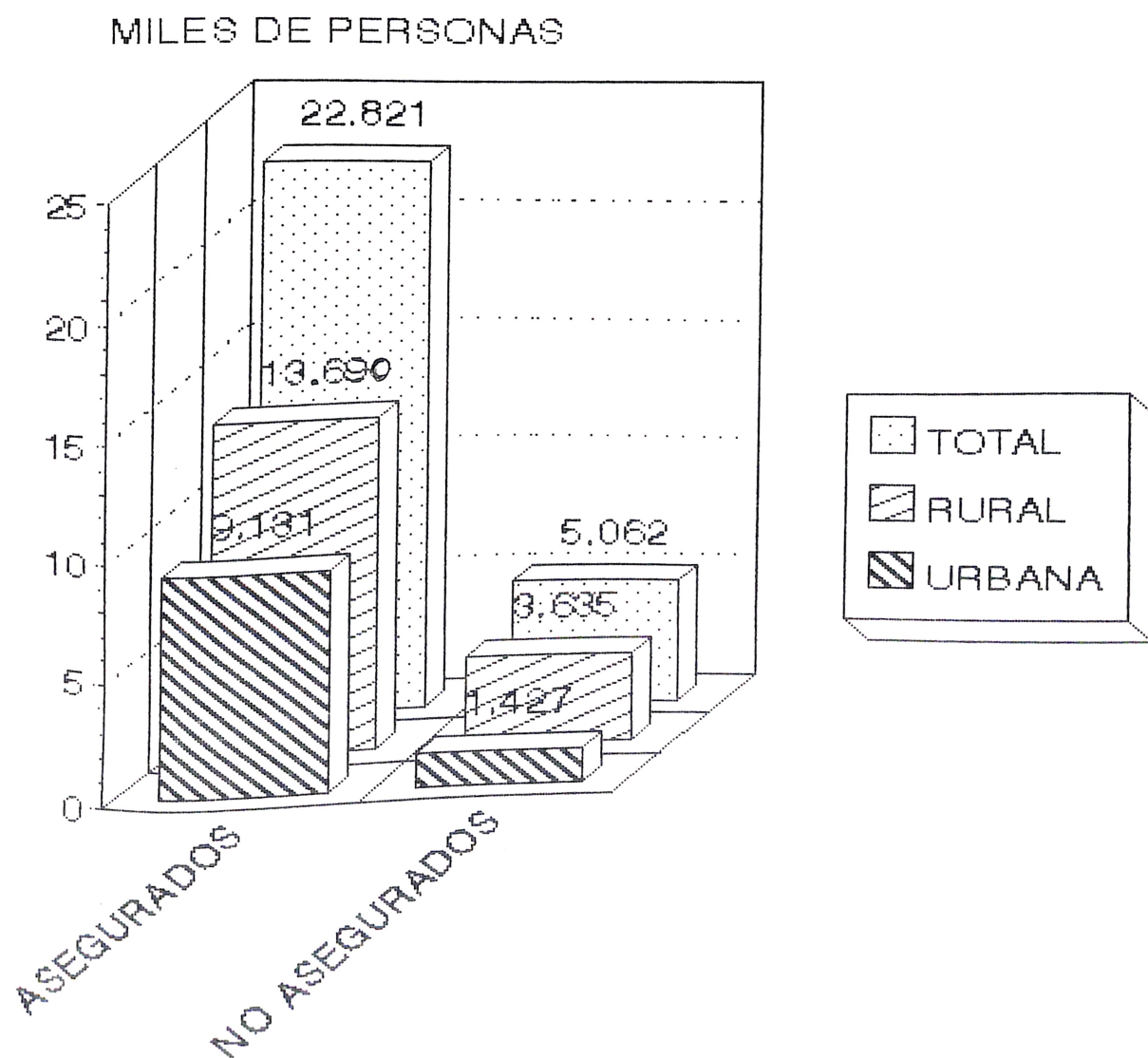
DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR DISTRITO

CANTÓN DE NARANJO, 1993



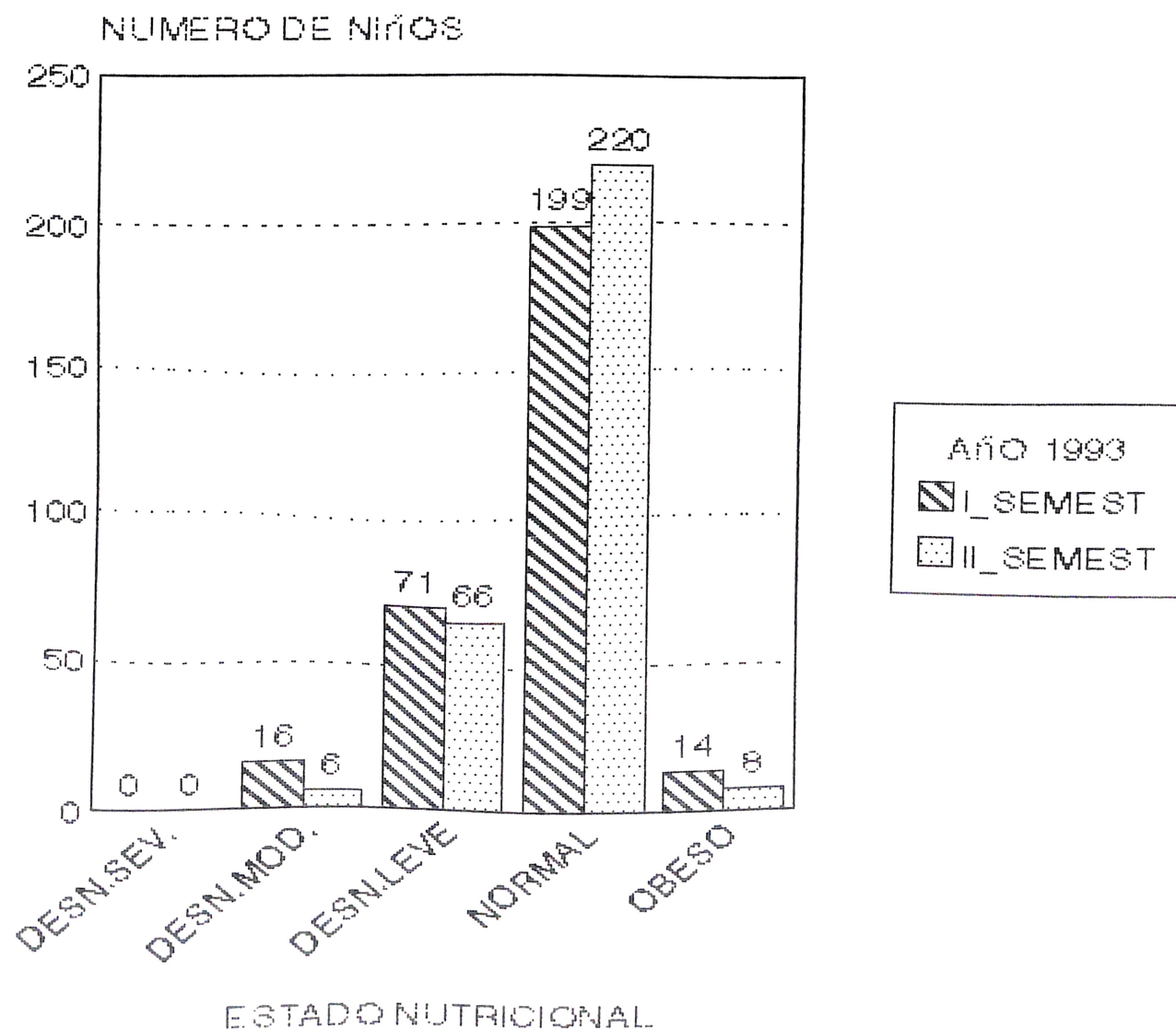
FUENTE: Balances de Atención Primaria.
TOTAL : 30.336 HABITANTES.

GRÁFICO Nº 2
COBERTURA DE LA POBLACIÓN ASEGURADA
NARANJO, 1993



FUENTE: Balances de Atención Primaria.

GRÁFICO N° 3
ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PESO-EDAD
NIÑOS DE ATENCIÓN EN CEN-CINAI



FUENTE: Datos Básico de CEN-CINAI. Naranjo, 1993
(TOTAL DE NIÑOS = 300)



CUADRO Nº 1

POBLACIÓN RURAL Y URBANA
SEGÚN GRUPO ETARIO
NARANJO, 1993

EDAD EN AÑOS CUM- PLIDOS.	POBLACIÓN					
	TOTALES	%	RURAL		URBANA	
			Nº	%	Nº	%
Menos 1 año	588	2	430	73	158	27
1 año	578	2	393	70	185	30
2 años	709	2	464	65	245	35
3 años	691	2	449	65	242	35
4 años	744	2	509	68	235	32
5 años	765	3	499	65	266	35
6 años	652	2	388	60	264	40
7 años	822	3	553	67	269	33
8 años	765	3	508	66	257	34
9 años	696	2	469	67	227	33
10-14 años	3035	10	1934	64	1101	36
15-44 años	14316	47	9785	68	4531	32
45-64 años	4100	14	2371	58	1729	42
65 y más años	1875	6	1048	56	827	44
TOTALES...	30336	100	19800	65	10536	35

FUENTE: Balance de Atención Primaria. Centro de Salud, 1993.

CUADRO Nº 2

POBLACIÓN RURAL Y URBANA
CUBIERTA POR EL CENTRO DE SALUD
SEGÚN EDAD
NARANJO, 1993

EDAD EN AÑOS CUM- PLIDOS.	POBLACIÓN					
	TOTALES	%	RURAL		URBANA	
			Nº	%	Nº	%
Menos 1 año	553	2	395	71	158	29
1 a 9 años	6017	22	3823	64	2194	36
10 a 14 años	2862	10	1761	62	1101	38
15 a 44 años	12756	46	8225	64	4531	36
45 a 64 años	3896	14	2167	56	1729	44
65 y más años	1799	6	972	104	827	46
TOTALES.....	27883	100	17343	62	10540	38

FUENTE: Balance de Atención Primaria. Centro de Salud, 1993.

CUADRO Nº 3

POBLACIÓN
CUBIERTA POR EL CENTRO DE SALUD
SEGÚN SEXO Y EDAD
NARANJO, 1993

EDAD EN AÑOS CUM- PLIDOS.	SEXO					
	TOTALES	%	MASCULINO		FEMENINO	
			Nº	%	Nº	%
Menos 1 año	553	2	271	49	282	51
1 a 9 años	6017	22	2982	49	3035	51
10 a 14 años	2862	10	1463	51	1399	49
15 a 44 años	12756	46	6306	49	6450	51
45 a 64 años	3896	14	1882	48	2014	52
65 y más años	1799	6	857	48	942	52
TOTALES.....	27883	100	13761	49	14122	51

FUENTE: Balance de Atención Primaria. Centro de Salud, 1993.

CUADRO Nº 4

POBLACIÓN EN EDAD ECONÓMICAMENTE ACTIVA⁽¹⁾
SEGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DESEMPEÑADA
NARANJO, 1993

ACTIVIDAD	POBLACIÓN					
	TOTALES	%	RURAL		URBANA	
			Nº	%	Nº	%
Ocup. permanente	8626	40	5301	62	3315	38
Ocup. ocasional	1855	9	1340	72	515	28
Desempleado	797	4	436	55	361	45
Estudiante	4488	21	2533	56	1955	44
Ama de casa	5547	26	3620	60	1927	40
TOTALES.....	21313	100	13230	62	8073	38

FUENTE: Balance de Atención Primaria. Centro de Salud, 1993.

⁽¹⁾ Población mayor de 10 años.

CUADRO Nº 5

POBLACION ESCOLAR
SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD
Y, NUMERO DE INSTITUCIONES
NARANJO, 1993

NIVEL DE ESCOLARIDAD	NÚMERO DE INSTITUC.	POBLACION	
		NÚMERO	%
Educ. Preescolar	13	664	9
Educ. Especial	1	96	1
Educ. I y II Ciclo	24	4520	62
Escuela Nocturna	1	85	1
Colegio Diurno	1	1239	17
Colegio Nocturno	1	664	9
TOTALES.....	41	7268	100

FUENTE: Centro Regional del Ministerio de Educación.
Naranjo, 1993.

CUADRO Nº 6

POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS
SEGÚN ÁREA Y GRUPO ETARIO
NARANJO, 1993

GRUPO ETARIO	POBLACIÓN					
	TOTALES	%	RURAL		URBANA	
			Nº	%	Nº	%
Menor de 15 años	2	1	2	100	0	0
15-19 años	100	15	54	56	46	46
20-34 años	472	73	318	67	154	33
35-39 años	44	7	23	52	21	48
40 ó más	28	4	13	46	15	54
TOTALES.....	646	100	410	63	236	37

FUENTE: Balances de Atención Primaria, Minist. de Salud, 1993

CUADRO Nº 7

POBLACIÓN EN EDAD FÉRTIL
SEGÚN ÁREA Y METODO DE PLANIFICACIÓN
NARANJO, 1993

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN	POBLACIÓN					
	TOTALES	%	RURAL		URBANA	
			Nº	%	Nº	%
GO	821	23	530	65	291	35
GI	31	1	12	39	19	61
T COBRE	192	5	67	35	125	65
CONDÓN	922	26	669	73	253	27
SALP.	1033	30	609	59	424	41
OTROS	517	15	327	62	190	37
TOTALES.....	3516	100	2214	63	1302	37

FUENTE: Balances de Atención Primaria, Centro de Salud, 1993.

CUADRO Nº 8

CITOLOGÍAS VAGINALES
SEGÚN ÁREA Y GRUPO ETARIO
NARANJO, 1993

GRUPO ETARIO	POBLACIÓN					
	TOTALES	%	RURAL		URBANA	
			Nº	%	Nº	%
15-44	2273	75	1476	65	797	35
45-60	651	22	419	64	232	36
60 ó más	99	3	63	64	36	36
TOTALES....	3023	100	1958	65	1065	35

FUENTE: Balances de Atención Primaria, Centro de Salud, 1993.

CUADRO Nº 9

RECién NACIDOS
SEGÚN PESO AL NACER

Naranjo, 1993

PESO EN GRAMOS	Nº RECién NACID.	PORCENTAJE
Menos de 2500 gramos	23	4
2500 a 3000 gramos	239	41
3000 ó más gramos	314	55
TOTALES.....	576	100

FUENTE: Balances de Atención Primaria, Centro de Salud - 1993.

CUADRO Nº 10

RECIÉN NACIDOS
SEGÚN EDAD GESTACIONAL AL NACER

Naranjo, 1993

EDAD GESTACIONAL	Nº RECIÉN NACID.	PORCENTAJE
PRETÉRMINO	10	2
TÉRMINO	546	95
POSTÉRMINO	20	3
TOTALES.....	576	100

FUENTE: Balances de Atención Primaria, Centro de Salud - 1993.

CUADRO Nº 11

POBLACIÓN INFANTIL DE 0-6 AÑOS
SEGÚN: CONTROL DEL ESTADO DE SALUD

Naranjo, 1993

GRUPO ETARIO	POBLACIÓN	CONSULTA	%
Menores 1 año	553	436	19
1 a 6 años	5380	1856	81
TOTALES.....	5933	2292	100

FUENTE: Balances de Atención Primaria, Centro de Salud. 1993

Cuadro N° 12

Población con Enfermedades Crónicas Detectadas
Según Presencia o no de Control Médico

Naranjo, 1993

ENFERMEDADES CRÓNICAS	POBLACIÓN				RESUMEN	
	Con Control		Sin Control			
	Nº	%	Nº	%	TOTAL	%
Hipertensión Arterial	857	95	41	5	898	33
Diabetes Mellitus	283	92	26	8	309	11
Epilepsia	84	95	4	5	88	3
Tuberculosis	1	100	0	0	1	1
Fiebre Reumática	27	93	2	7	29	1
Alcoholismo	114	41	167	59	281	10
Enfermedades Mentales	123	87	19	13	142	5
Otras	920	93	67	7	987	36
TOTALES.....	2409	88%	326	12%	2735	100%

FUENTE: Balances de Atención Primaria, Centro de Salud de Naranjo, 1993.

Cuadro Nº 13

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS
CON EDADES DE 0 A 5 AÑOS
ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Naranjo, 1993

COMUNIDAD	TOTAL	S.PESO	NORMAL	DES.LEVE	MODERADA	SEVERA
AREA URBANA	725	5	573	121	24	2
CIRRI	375	7	320	44	3	1
SAN JUAN	337	3	268	60	6	
ROSARIO	309	10	223	74	2	
CANDELARIA	274	3	251	16	4	
SAN JERÓNIMO	249	14	193	37	5	
CONCEPCIÓN	222	25	173	20	4	
SAN MIGUEL	221	16	173	30	2	
PALMITOS	207	10	175	21	1	
SAN JUANILLO	203	6	167	26	4	
S.ANT,CUEV.	192	6	147	37	2	
TOTALES.....	3314	105	2663	486	57	3

FUENTE: Datos Básicos de Atención Primaria, Minist. Salud. 1993

Cuadro Nº 14

BENEFICIARIOS ATENDIDOS POR
SUBPROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE LECHE

Naranjo, 1993

COMUNIDAD	NIÑO MENOR DE 6 AÑOS	MADRES GESTANTES	MADRES LACTANTES
Palmitos	27	0	3
San Juanillo	37	2	2
Naranjo	180	7	13
S.Ant.de la Cueva	51	4	4
San Miguel	46	4	4
Cirrí	53	7	6
San Jerónimo	51	8	8
Concepción	37	5	3
Candelaria	53	3	2
San Juan	76	3	4
Rosario	71	1	1
TOTALES.....	682	44	50

FUENTE: Datos Básicos de CEN-CINAI. Naranjo, 1993.

Cuadro No 15

BENEFICIARIOS ATENDIDOS EN LOS
CEN-CINAI DE NARANJO

1993

BENEFICIARIOS	COMIDAS SERVIDAS	ATENCIÓN INTEGRAL	DISTRIB. LECHE	DISTRIB D	DAF I
Preescolares	86	92	243	11	19
Mujeres Gestant.	8		9		
Mujeres Lactant.	1		18		
Madres					11
TOTALES...	95	92	270	11	30

FUENTE: Datos Básicos de CEN-CINAI. Naranjo, 1993.

Cuadro Nº 16

BENEFICIARIOS ATENDIDOS EN LOS
CEN-CINAI DE NARANJO

1993

BENEFICIARIOS	COMIDAS SERVIDAS	ATENCIÓN INTEGRAL	DISTRIB. LECHE	DISTRIB	DAF
				D (*)	I (**)
Preescolares	86	92	243	11	19
Mujeres Gestant.	8		9		
Mujeres Lactant.	1		18		
Madres					11
TOTALES...	95	92	270	11	30

FUENTE: Datos Básicos de **CEN-CINAI**. Naranjo, 1993.

(*) **DIRECTOS:** Son los beneficiarios desnutridos moderados y severos, según el peso para la talla.

(**) **INDIRECTOS:** Son las madres y hermanos menores de 6 años, de los beneficiarios directos.

Cuadro N° 17

Estado Nutricional y Condición Socioeconómica
de los Preescolares beneficiarios de los
CEN-CINAI de Naranjo
Naranjo, 1993

GRUPO ETAREO	No NIÑAS	ESTADO NUTRICIONAL					CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA		
		SP	NL	DL	DM	DS	BUENAS	REGULAR	MALA
Menor 1 año	1	0	1	0	0	0	1	0	0
>1 y <2 años	11	0	6	5	0	0	3	8	0
>2 y <3 años	21	0	18	3	0	0	3	18	0
>3 y <4 años	20	0	16	4	0	0	2	18	0
>4 y <5 años	54	1	37	14	2	0	13	38	3
>5 y <6 años	49	3	36	9	1	0	19	30	0
TOTALES.....	156	4	114	35	3	0	41	112	3

FUENTE: Datos Básicos del CEN-CINAI; Naranjo, 1993.

Cuadro Nº 18

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS BENEFICIARIOS
DE: ATENCIÓN INTEGRAL Y COMIDAS SERVIDAS
DE LOS CEN-CINAI DE NARANJO
SEGÚN INDICADORES PESO/TALLA
Porcentajes por semestre
Naranjo, 1993

CEN-CINAI	SEMEST.	SOB-PESO	NORMAL	D.LEVE	MODERADA	SERVERA
Palmitos	Primero		94	6		
	Segundo	4	94	2		
S.Juanillo	Primero	16	76	8		
	Segundo	8	84	6	2	
CINAI	Primero	1	83	15	1	
	Segundo	11	82	7		

Cuadro Nº 19

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS BENEFICIARIOS
DE: ATENCIÓN INTEGRAL Y COMIDAS SERVIDAS
DE LOS CEN-CINAI DE NARANJO
SEGÚN INDICADORES PESO/TALLA
Porcentajes por semestre
Naranjo, 1994

CEN-CINAI	SEMEST.	SOB-PESO	NORMAL	BAJO	RETARD.	TOTAL
Palmitos	Primero		57	37	6	100%
	Segundo		53	43	4	100%
S.Juanillo	Primero	12	76	12		100%
	Segundo	5	55	36	4	100%
CINAI	Primero	1	43	46	10	100%
	Segundo		43	44	13	100%

FUENTE: Datos Básicos del CEN-CINAI e informes del Estado Nutricional, de marzo a septiembre, de los beneficiarios de Naranjo

Cuadro N° 20

Evaluación del desarrollo de los niños menores
de 6 años, que asisten al servicio de
Atención Integral, CEN-CINAI
NARANJO, 1993

GRUPOS ETÁREOS	Area Motora Gruesa			Area Motora Fina			Area de Lenguaje			Area Socio- afectiva			Area Cog- noscitiva			Area de hábitos		
	S	A	B	S	A	B	S	A	B	S	A	B	S	A	B	S	A	B
2 a menos 3	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0
3 a menos 4	2	10	1	2	10	1	3	9	1	3	10	0	0	10	3	3	10	0
4 a menos 5	12	14	0	10	12	4	11	14	1	12	14	0	10	14	2	10	14	2
5 a menos 6	4	16	0	3	17	0	4	14	2	5	14	1	4	13	3	5	14	1
TOTALES...	18	41	1	15	40	5	18	37	5	20	39	1	14	38	8	18	39	3

FUENTE: Informe de antropometría y de evaluación del desarrollo
CEN - CINAI DE NARANJO, MAR/93.

SIMBOLOGÍA: S Superior
A Adecuado
B Bajo

NOTA: No se incluye la valoración del CEN de San Juanillo, el cual no se completó, por incapacidad de la técnica de atención integral.

Cuadro Nº 21

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS
DESNUTRIDOS CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO
(SEGÚN EL INDICADOR PESO-EDAD)

Naranjo, 1993

ESTADO NUTRICIONAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Leve	14	23%
Moderado	42	70%
Severo	4	7%
TOTALES.....	60	100%

FUENTE: Tarjetero de Control de Niños Desnutridos, en seguimiento
Oficina de Nutrición, Centro de Salud de Naranjo, 1994.

Cuadro N° 22

CONDICIONES GENERALES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

SEGÚN ÁREAS URBANA Y RURAL

Naranjo, 1993

ÁREA	DOMICILIOS		CONDICIONES DE VIVIENDA		DISPOSICIÓN EXCRETAS		ABASTECIMIENTO DE AGUA.		RECOLECCIÓN DE BASURA.	
	Habitad.	Desabit.	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala
RURAL	4024	387	3761	651	4223	188	4411	-	3656	755
URBANA	2335	117	2142	309	2452	-	2452	-	2452	-
TOTALES	6359	504	5903	960	6675	188	6863	-	6108	755

FUENTES: Consolidado de la Oficina de Saneamiento Ambiental, Naranjo.

Balance de Atención Primaria. Centro de Salud, Naranjo.

Cuadro Nº 23

ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTOS
SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE
ÁREAS URBANA Y RURAL

TIPO	TOTAL	%	ABASTECIMIENTO DE AGUA	
			URBANA	RURAL
Serv.alimentos al pbco.	164	37	85	79
Expend.aliment.sin prep	142	32	80	67
Fábricas artesanales de alimentos.	141	31	101	40
TOTALES.....	447	100	266	186

Cuadro Nº 24

ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTOS
SEGÚN DISPOSICIÓN FINAL DE AGUAS NEGRAS Y BASURA
NARANJO, 1993

TIPO	TOTAL	%	DISPOSICIÓN	
			EXCRETAS	BASURA
Serv.alimentos al pbco.	322	37	164	158
Expend.aliment.sin prep	267	31	142	125
Fábricas artesanales de alimentos.	280	32	141	139
TOTALES.....	869	100	447	422

FUENTES: Consolidados de Oficina de Saneamiento Ambiental.
Centro de Salud de Naranjo. 1993
Catastro Oficina de Rentas. Municipalidad de Naranjo.

Cuadro Nº 25

OTROS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO
SEGÚN ÁREAS URBANA Y RURAL
Naranjo, 1993

TIPO	POBLACIÓN		TOTALES
	URBANA	RURAL	
Establec.atención personal	36	13	49
Sitios reunión y recreac.	101	61	162
Establec. comerciales no alimentos	205	43	248
Fábricas no alimentos	6	30	36
TOTALES.....	348	147	495

Cuadro Nº 26

OTROS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO
SEGÚN DISPOSICIÓN DE AGUAS Y BASURA
Naranjo, 1993

TIPO	DISP. AGUAS	DISP. BASURA	TOTAL
Estab.Atención personas	49	49	98
Sitios reunión y recreac	162	136	298
Establec.comerc.no alim	248	240	488
Fábricas no alimentos	36	30	66
TOTALES.....	495	455	950

FUENTES: Consolidado Ofic. de Saneamiento Ambiental de Naranjo.
Oficina de Rentas Municipales de Naranjo.

Cuadro Nº 27

INDUSTRIAS CONTAMINANTES
SEGÚN AREAS URBANA Y RURAL
Naranjo, 1993

NOMBRE Y TIPO DE PRODUCTO	UBICACIÓN		TOTALES
	URBANA	RURAL	
Fábricas Confecc. ropa		3	3
Benefic. Coopronaranjo		2	2
Beneficio San Juanillo	1		1
Beneficio Pilas		1	1
Industr. de caña india		4	4
Fábricas-ebanisterías	6	17	23
Vaquerías (Establos)		50	50
Granjas avícolas	1	6	7
Fábricas helados	2		2
Fábricas embutidos		1	1
TOTALES.....	10	84	94

FUENTE: Oficina de Saneamiento Ambiental. C. S. Naranjo.

Cuadro Nº 28

**ORGANIZACIONES COMUNALES
CANTÓN DE NARANJO, 1993**

T I P O	Nº ORGANIZACIONES
----------------	--------------------------

DE BASE:

Asociaciones de Desarrollo	25
Unión Cantonal, Cooperativas	3
Asociación Cantonal de Salud	1
Asoc. de Protección al Menor y al Adolescente	1
Asoc. Pro-ayuda al Discapacitado	1

DE ASISTENCIA SOCIAL:

Damas Voluntarias (Cruz Roja, Hogar Ancianos, Centro Salud	3
Comisión de Atención al Medio Ambiente	1

DE SALUD:

Comités de Salud	53
--Responsables de salud, de nutrición, de minusválidos, y de salud escolar.	

OTROS:

Cañería, Deportes, Religiosos, Juntas de Educación Escolar, III Edad, Caminos, y otros.	109
--	-----

<u>TOTAL GENERAL</u>	<u>197</u>
---------------------------------------	-------------------

FUENTE: Diagnóstico de Salud, 1991

NOTA:

Dentro de las organizaciones existentes en el Cantón, se pueden considerar las diferentes "Comisiones" surgidas para el -abordaje- de los problemas sociales, siendo:

- a. Comisión de Farmacodependencia
 - b. Comisión de Atención Integral del Adolescente
 - c. Comisión del Niño Agredido
 - d. Comisión Cantonal del Sida
 - e. Comisión Local de Educación Permanente (CLEP)
-

**MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA
REGION CENTRAL DE OCCIDENTE**

Cuadro N^o 29.

FECHA DE CONFECCION: ____ / ____ / ____

POBLACION DEL AREA, GRUPO ETAREO Y SEXO

[illegible]

MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA
REGION CENTRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE CONFECCION: ____ / ____ / ____

DATOS DE LA MUJER Y LA FAMILIA

[illegible]

MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA
REGION CENTRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE CONFECCION: ____ / ____ / ____

NACIMIENTOS

[illegible]

**MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA
REGION CENTRAL DE OCCIDENTE**

FECHA DE CONFECCION: ____ / ____ / ____

CONTROL DEL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO

[illegible]

MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA
REGION CENTRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE DESINFECCION: ____ / ____ / ____

DATOS BASICOS PARA PROGRAMACION DE VACUNAS

[illegible]

MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA
REGION CENTRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE CONFECCION: ____ / ____ / ____

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN SEXO Y EDAD

[illegible]

**MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA
REGION CENTRAL DE OCCIDENTE**

FECHA DE CONFECCION: ____ / ____ / ____

ENFERMEDADES CRONICAS DIAGNOSTICADAS

[illegible]

O C U P A C I O N

Nº	LOCALIDAD O MANZANA	10 - 14 AÑOS					15 - 19 AÑOS					20 - 44 AÑOS					45 - 60 AÑOS					60 Y MAS AÑOS					RESPON- SABLE SIN EMPLO
		Perm.	Ocas.	Desem.	Est.	A. C.	Perm.	Ocas.	Desem.	Est.	A. C.	Perm.	Ocas.	Desem.	Est.	A. C.	Perm.	Ocas.	Desem.	Est.	A. C.	Perm.	Ocas.	Desem.	Est.	A. C.	
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											

Perm.: permanente

Ocas.: ocasional

Desem.: desempleado

Est.: estudiante

A. C.: ama de casa

MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA
REGION CENTRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE CONFECCION: ____ / ____ / ____

RECURSOS EDUCATIVOS Y DE DESARROLLO COMUNAL

[illegible]

Mat.: matrícula

Des.: deserción

MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA
REGION CENTRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE CONFECCION: ____ / ____ / ____

SANEAMIENTO BASICO

[illegible]

MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA
REGION CENTRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE CONFECCION: ____ / ____ / ____

TOTAL DE VIVIENDAS Y SUS CARACTERISTICAS

[illegible]

