

# コロンビア家族計画プロジェクト 事前調査団報告書

1984年12月

国際協力事業団  
医療協力部



# コロンビア家族計画プロジェクト 事前調査団報告書

JICA LIBRARY



1031869197

1984年12月

国際協力事業団  
医療協力部

国際協力事業団	
受入 月日 '85. 3. 11	705
登録No. 11117	98.2
	MCS

## はじめに

コロンビア国政府は、家族計画の重要性をつとに認識し60年代前期よりその推進に努めてきた。1982年12月に発足したベタンクール政権も家族計画を含めた統合社会政策を決定し、今般、家族計画と母子健康増進をセットにしたプロジェクトタイプの協力をわが国に要請してきた。

上記の背景をもとに、協力の必要性ならびにその可能性等につき更に詳細な調査が必要であると認め、本調査団が派遣されたものである。

本報告書は今回の調査内容を取りまとめたもので、今後の事業方針決定のための資料となるものである。

今回の調査にあたり、調査団員各位ならびに関係機関各位に、深甚なる謝意を表する次第である。

昭和59年12月

国際協力事業団

理事 中 平 立



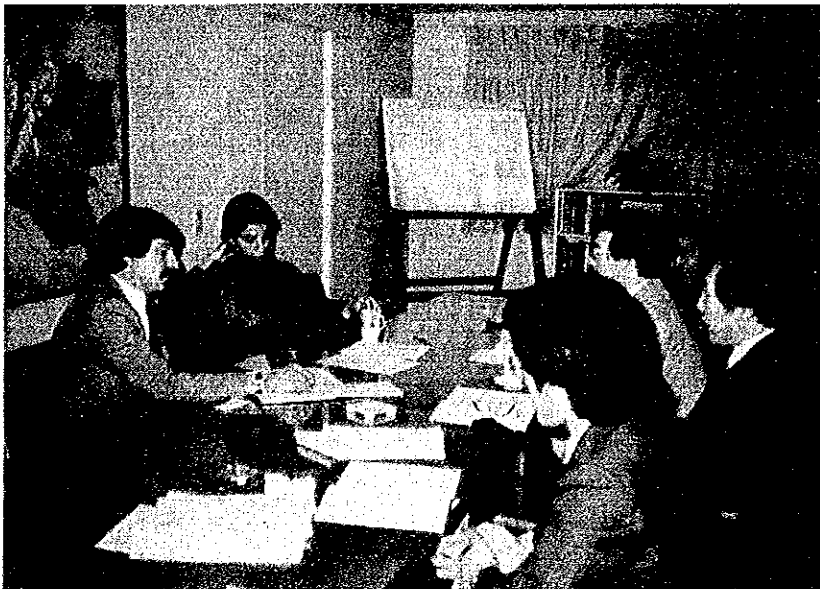
ハイメ・アリアス  
保健大臣との会談  
(正面)



フランシスコ・J・  
ジェベス保健省官  
房長官との会談  
(左端)



企画庁との打合せ







保健省医務局母子  
保健・人口動態部  
との打合せ



保健省共同体参加  
局との打合せ

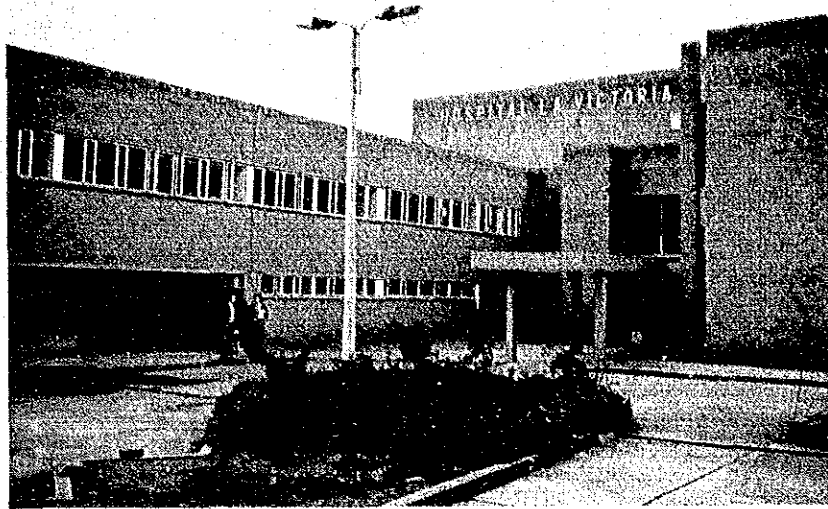


左：村松団長  
右：Dr. Dasa  
母子保健・人口動  
態部長

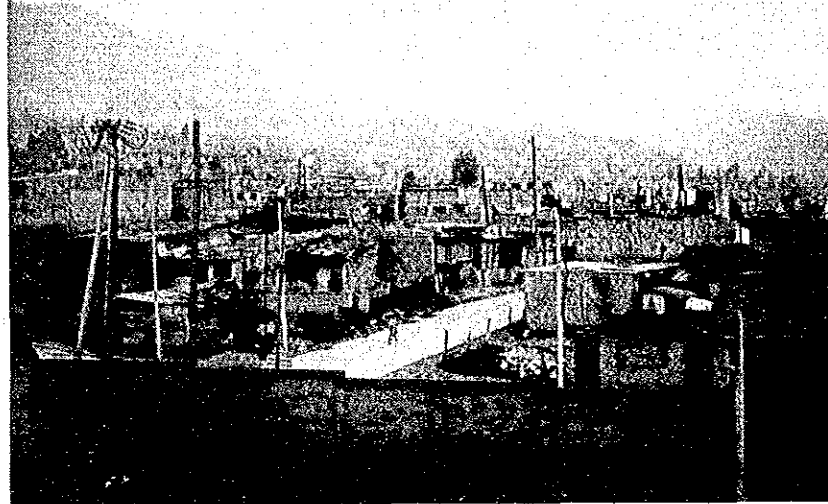




ラ・ビクトリア病院  
(地域病院)



ラ・ビクトリア病院  
の周囲



ボヤカ州  
グァテケ地域病院

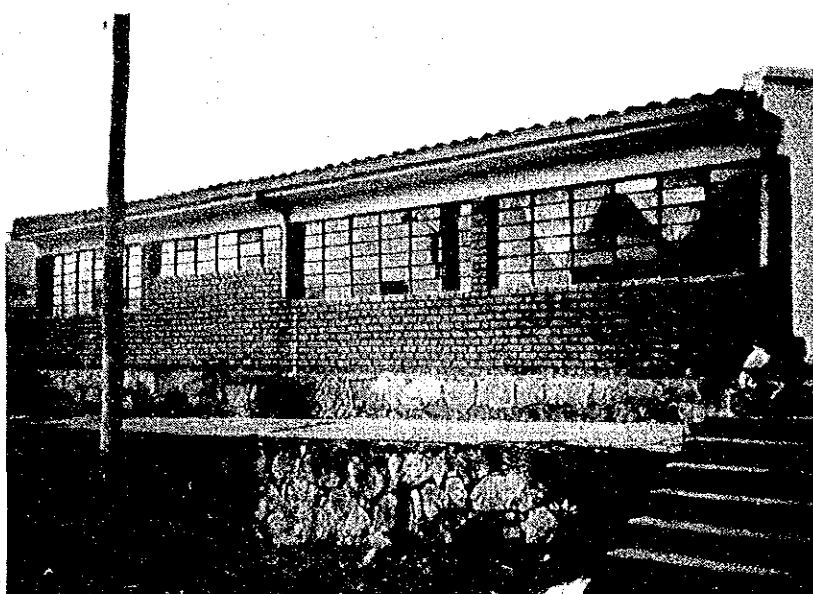




ソガモン地域病院



モンギ保健センター



JICA 事務所長との  
の打合せ











## 目 次

I	要請の背景及び経緯	1
II	調査団構成	1
III	調査項目	1
IV	調査日程	2
V	関係者一覧	3
VI	調査報告	4
	1. 家族計画の現状（牧野恒久）	4
	2. 国民衛生システム（狐崎知己）	9
	3. 外国からの援助（八木信一）	11
	4. 要請内容調査	13
	(1) 母子保健・家族計画（成田明敏）	13
	(2) テレビ教育センター構想（八木信一）	14
	5. 総括（村松稔）	19
VII	コロンビア国事情について	22
VIII	添付資料	29
	1. 要請書（西文・和文）	30
	2. 組織図（西文・和文）	70
	3. 国家開発計画（和文，抜粋）	97
	4. 健康の公平を目指して（統合社会政策，和文）	112
	5. 技術協力に関する日本国政府とコロンビア共和国政府との間の協定	146



## I 要請の背景及び経緯

コロンビア国に於いては、政府が人口家族計画政策についてその必要性をつとに認識し、60年代前期よりその推進に努力してきた。その結果、人口増加率の低減には成果をあげてきているが、この政策の本旨は、単に人口増加を抑制する観点のみならず、母子の健康保護・増進さらには社会的弱者の保護という総合的社会政策の中で位置づけられるものである。

1982年12月に発足したベタンクール新政権も社会政策の充実に力を注いでおり、国家経済・社会政策閣僚会議（CONPES）にて家族計画を含めた総合社会政策が決定された。これに基づき、家族計画と母子保健・増進をセットにしたプロジェクト協力を日本政府に要請越した。

## II 調査団の編成

- |        |      |                       |
|--------|------|-----------------------|
| (1) 団長 | 総括   | 村松 稔                  |
|        |      | 国立公衆衛生院衛生人口学部長        |
| (2) 団員 | 家族計画 | 八木 信一                 |
|        |      | (財)家族計画国際協力財団事務局次長    |
| (3) 団員 | 母子保健 | 牧野 恒久                 |
|        |      | 慶応義塾大学医学部講師           |
| (4) 団員 | 社会政策 | 狐崎 知己                 |
|        |      | 上智大学大学院外国語学研究科        |
| (5) 団員 | 業務調整 | 成田 明敏                 |
|        |      | 国際協力事業団医療協力部医療協力特別業務室 |

## III 調査項目

1. コロンビアにおける家族計画の現状と問題点  
政策，予算，実施機関，活動状況等

2. 協力対象機関の調査

組織, 予算, プログラム, 施設, 他国際機関等の援助

3. 本件に対する協力の可能性

分野, 対象機関, 予算, 期間, 活動内容

今後の本件についての日程等

4. その他

関連事項の調査

### Ⅳ 調査日程

日順	月 日	曜日	調 査 概 要	備 考
1	12月 3 日	土	東京発 JL-062 ロスアンジェルス着	
2	4 日	日	ロスアンジェルス発 EA518 ボゴダ着	
3	5 日	月	企画庁表敬, 日本大使館表敬	
4	6 日	火	午前 保健省表敬, 日程打合せ 午後 保健省との協議	牧野団員ボゴダ着
5	7 日	水	保健省との協議	
6	8 日	木	調査団内打合せ, 資料収集	
7	9 日	金	午前 ビクトリア病院視察 午後 保健省との協議	
8	10日	土	休	村松団長ボゴダ着
9	11日	日	地方視察(ボヤカ州)に出発, グァテケ地域病院視察	
10	12日	月	保健省ボヤカ州衛生部表敬, ソガモノ地域病院視察 アキタニア地方病院視察, モンギ保健センター視察	
11	13日	火	午前 地方視察から戻る 午後 保健省との協議, 保健大臣との会談	
12	14日	水	午前 保健省との協議 午後 保健省官房長官との会談, 日本大使館への報告	
13	15日	木	午前 保健省との最終協議 午後 企画庁への報告	八木団員帰国
14	16日	金	ボゴダ発 EA505 ロスアンジェルス着	
15	17日	土	ロスアンジェルス発 JL-063	
16	18日	日	東京着	

## V 関係者 一 覧

### 1. 保健省

- (1) 大臣      ハイメ・アリアス ( Jaime Arias, Ministro de Salud )
- (2) 官房長官   フランシスコ・J・ジェベス L. ( Francisco J., Secretario General )
- (3) 国際組織・協力室長   ハイメ・セラート  
( Dr. Jaime Serrato C., Oficina de Organismos y Acuerdos Internacionales )
- (4) 企画室長   ルイス・カルロス・ゴメス  
( Dr. Luis Carlos Gómez, Jefe Oficina de Planeación )
- (5) 医務局, 母子保健・人口動態部
  - イ) 部長   ルイス・ダサ・パラダ ( Dr. Luis Daza Parada )
  - ロ) 母親保護課   看護婦ミリアム・リアーニョ ( Myriam Riaño )
  - ハ) 幼児保護課   医師ハイメ・ロドリゲス・ガルビス ( Dr. Jaime Rodríguez Galvis )
  - ニ) 人口動態課   看護婦エルシー・マイケルズ, マリールス・メヒーア  
( Elssy Michaels, Mary Luz Mejia )
- (6) 共同体参加・組織部
  - イ) 部長   エルナン・サラマンカ・C ( Hernan Salamanca C. )
  - ロ) 人類学担当, ソフィー・ギオマル・オスピーナ C. ( Safi Guiomar Ospina C. )

### 2. 企画庁

- (1) 医療担当部長   カルロス・フエンテス ( Dr. Carlos Fuentes )
- (2) 国際技術協力部技官   ジョランダ・ラミレス ( Yolanda Ramírez )

### 3. 視察先

- (1) ラ・ビクトリア病院副院長   カストロ・カバジェーロ ( Dr. Castro Caballero )
- (2) グアテケ地域病院医師   Dr. Espitia
- (3) 保健省ボヤカ州衛生部長   バウディリオ・フェルナンデス・シエラ  
( Dr. Baudilio Fernandez Sierra )  
//      技術協力担当医   アントニオ・ゴンザレス・デ・マリージョ  
( Dr. Antonio González de Marillo )
- (4) ソガモン地域病院

(5) サン・ルイス・デ・アキタニア地方病院院長 ヒルベルト・アベージャ・ソト

( Dr. Gilberto Avella Soto )

(6) ラス・メルセズ・デモンギ保健センター看護婦

#### 4. 日本大使館・JICA 事務所

- (1) 伊藤 武好 参事官
- (2) 小笠原 憲一 一等書記官
- (3) 高橋 房和 二等書記官
- (4) 石井 和男 JICA 事務所長

## VI 調 査 報 告

### 1. 家族計画の現状

1983年12月、JICA mission の一員として約2週間、中米コロンビアに滞在出来たので、標題の如く、この国における産婦人科、小児科を中心とした医療の現状と将来、国際協力が可能となった場合のいくつかの提言を本邦における臨床医の立場からまとめてみたい。もとより今回の mission の滞在日数は限られており、さらに現地での視察機関も極く制限されたものであったため、彼の地の日本大使館、JICA事務所などから大きな支援があったにもかかわらず、我が国の国土の約3倍、人口2,700万人のコロンビアの極く一部についてのみ言及が可能であることを前置としたい。

#### 産婦人科・小児科関連領域の現状

- ① まず現地で入手あるいは確認出来たコロンビアにおける国民衛生動向を総論的にまとめてみると、1982年の推定総人口は26,966,000人、人口増加率は2.1%である。一方、人口1,000人に対する出生率は27人(本邦12.8人)で平均余命は63才(本邦、男:74.22才、女:79.66才)とされている。人口の約38%が15才以下、約5%が60才以上の年齢層を構成している。総死亡率は1,000人当たり5.8人(本邦6.0人)と我が国と比較しても低い水準であるが、年齢構成の差(わが国は老人人口がコロンビアよりずっと多い)によるものと思われる。他方、乳児死亡率は人口1,000人当たり57人(本邦6.6人)と高い水準にある。とくに乳児死亡の原因については、消化器伝染病、栄養失調、急性呼吸器感染症が上位を占め、

我が国のその上位を占める先天異常、分娩時仮死・低酸素症などと極わだつた対比を示している。

## ② 家族計画・避妊に関する現状。

当初、保健省の母子保健部長DR. Luis Daza Parade の立案した協力 Project は(1)児童保護計画、(2)母体保護計画、(3)人口動態計画(とくに家族計画)が骨子となっており、今回の mission もこれに沿って鋭意、視察を行なった。

まずコロンビアにおける家族計画の推進母体は大きく分けて保健省→地域病院→保健所の系列といわゆる民間団体である Pro Familia の二つに大別し得る。実際にこの二機関が扱った1982年の家族計画に係わる件数は以下の表の如くである。

	保健省	Pro Familia
Pill	28,427	10,786
IUD	37,054	49,121
不妊手術	12,257	44,022

(1982年)

この表から判るように現在に至る家族計画の推進の役割は保健省よりやゝ Pro Familia 側に症例数の片寄りが見られるが、Pro Familia に対する内外の資金援助の将来を考慮に入れると、数年内に保健省との立場が逆転することも考えられる。この表の資料で興味ある点は Pro Familia による surgical sterilization いわゆる外科的不妊手術が多い点である。保健省側の説明によると Pro Familia による不妊手術はその適応がゆるく、保健省管理下で同種の手術を行う場合は必ず夫婦両者の同意を得るなど適応が厳しいという説明が成された。この国では外科的不妊手術とはもっぱら女性の卵管結さつ手術を意味し、男性至上主義の風潮の残るこの国では男性の不妊手術、すなわち精管結さつ手術(Vasectomy)はほとんど行われていない。

次いでこの国における夫婦の避妊法の撰択について調査した結果では、上記の Oral Contraceptive (Pill), Intrauterine Contraceptive Device (IUD), surgical sterilization が上位を占めている。一方、我が国の毎日新聞人口問題調査会による本邦における調査結果、(牧野らの)慶大グループによるブラジル、パラグアイにおける日系移住地における調査では、コンドーム、オギノ式が上位を占めており、避妊法の撰択に違いをみせている。

また家族計画・避妊法の知識の入手先については、コロンビアでは友人、隣人などからとするものが多く、本邦あるいは日系移民での雑誌その他の印刷物とするものと対比を示して

いる。これは前者では文盲が少なくなく、雑誌・専門書・パンフレットなどの印刷物からの知識の入手が不可能という説明が成されている。

### ③ 視察医療機関の現状

視察病院・保健所などが限られた地域に存在したため、必ずしもコロンビア全体の医療事情を反映するとは限らないことを条件に、二、三の医療機関の現状を以下にまとめた。

#### (1) La Victoria Hospital

コロンビアの首都ボゴタの南東地区を担当する regional hospital で1980年に設立された。Director の Dr. Cigrisaro Castro Caballero ならびに総婦長 Ms. Leonor Gantivar Gantivar の説明によると当病院の歳出はボゴタ市の予算でまかなわれており、約100万人の地区住民を担当している。住民の多くは不法に同地区に住みついた難民が多く、平均収入は7,000 ペソ/1カ月で主として荷役作業などから得ている。この病院の総ベット数は210床、その内、産科89床、小児科45床、新生児8床の構成となっている。新生児ベットが少ないのは正常分娩の場合、分娩後、母児共に10時間で退院するためと説明された。常勤医師20名、正看護婦16名、準看護婦156名、その他に20名前後の Paramedical の staff が配されている。1カ月の外来患者平均4,825名(内、小児1,679名、妊婦1,723名、家族計画のための者55名)、分娩数1日平均20~30名、月平均873名、妊婦死亡1年に数名、死産児1年100~150名という調査結果を得た。

この機関の特徴は医師、看護婦、医療現場の広さなどはますますの現状であるが、各部所に配された医療機器は少なく、NICUなどもない。また分娩料は最低で900ペソであり低所得階層を考慮しているが、住民の負担はかなりきつい。乳児死亡の原因は消化器、呼吸器の感染症および栄養不良が主とされている。また病院側から地域社会に対する調査、指導はこれからの問題として残されている。

この地区は15年程前から、農村からの移民によりスラム形成が始まり、現在では100の区域(バリオ barrio)に約100万人が住む、すべて当初は不法侵入占拠によるが、定住期間がのびるに従って土地所有が合法化される。古くからの侵入地では飲料水があるが、医学的にはとても“飲料水”とは言えない。下水、排水溝は皆無である。このため寄生虫が問題で、実際病院にくる子供はすべて寄生虫を持っている。

1982年に成立したこの地域でもっとも新しい侵入区“マルビーナス(フォークランド)”は、人口7,000人を有する。ここに対し国立大学の小児科、精神科、社会福祉科およびボ



ボタ市庁が戸別調査を行なっている。家はすべて自己建築で1部屋のみで総面積は4~5 m<sup>2</sup>である。そこに52~3%が6人(子供4人, 両親)住んでいる。多い場合でベッドが2つで、壁はアスファルトを塗った布でできており、窓はない。その中で石油ストーブによる調理を行なうため、呼吸器疾患が平均より非常に多い。水、電気、下水はなく、水は近くを通る水道管から“密輸”し、汚水を入れる井戸を掘っている。2才未満の幼児は特に、消化器系の病気が多い。また皮膚病も多く、さらに子供の40%以上が栄養失調である。

ラ・ビクトリア病院では、この調査結果により、今後の具体的な医療計画を立てていく方針である。現在でも学生が、土曜日や休日を利用して、予防接種をしたり、衛生教育を指導している。

この地区は、いわゆる都市周辺部の典型であり、『健康の公平を目指して』における保健衛生政策の最重点地区に該当すると考えられる。企画庁、保健省共に、インフラストラクチャー(水、下水、電気、最低限の住居)整備が根本的課題である、と考えているが、そのための過渡期的段階としての諸保健衛生計画を打ち出しているわけである。

家族計画の位置づけに関しては、人口増加率の低下、都市周辺部での予防可能な病気による幼児死亡率の高さというコロンビアの事情を考慮し、間接的政策をとっている。すなわち乳幼児死亡率を下げることで、スペースングにより母体を保護することなどの母子衛生向上政策の中の一つとして家族計画が位置づけられている。ラ・ビクトリア病院の担当区域でも、「マチスモ」、特に妻への暴力が問題で、家族計画は夫への教育と女性の地位向上が先決されるべき課題なようだ。

## (2) Guateque Hospital

ボヤカ州は、ボゴタの属するクンディナマルカ州の北東に隣接し、州都トゥンハまではボゴタ市内から車で4時間ほどである。エメラルド鉱山その他、ソガモンにはコロンビア最大の製鉄所があり、また牧畜、穀物生産が盛んで、コロンビアの中でも最も豊かで風光明媚な州に入る。歴史的にも、独立戦争の決戦場となったボヤカ橋で有名である。気候は、3,500 mのアンデスの山岳地帯から亜熱帯気候まで、高度差に応じ、様々に変化する。調査団も3,000 mを超える地を訪れたが、風景はやさしく、山肌はやわらかくユーカリや松などの植林が始められていた。

我々が最初に訪づれたグアテケ市のサン・ラファエル地域病院は、ボゴタ—トゥンハ街道の途中から東へ45 km約1時間山道をたどった所にある。この病院の下に国民衛生シ

システムにしたがって、2つの地方病院（1つはグアテケから3時間半、1つは40分のところに位置）、1つの保健センター（1時間半）、そして15分から3時間程度の距離内に5カ所の保健所が存在する。

グアテケ病院はボヤカ州南部の高原地帯にあり、基幹病院である州立 San Rafael 病院の下に配されている。古い歴史を有するが、現在の場所には1971年に建設され、総ベット数50床、8～10万人の地域住民を担当している。常勤医師3名、他に6名の派遣医で医療が行われている。年間外来者数18,000、89.5%のベット占有率、外科手術1年間約600件、分娩数約450（地域全体で年間約550件）である。正常分娩例は48時間の入院。副院長 Dr. Espitio、婦長 Ms. Esperarea の説明によると、この地区の家族計画は pill, IUD, Injection, surgical sterilization が主で、34～35才の既婚婦人、有児数は平均4～5人という。家族計画は五カ所の保健サービスセンターの協力で行われ、Pro Familiaの集団不妊手術施行の場合以外、教会などからもとくに強い反対はないという。

この医療機関は対象人口が少ないためか、ほどほどの施設面積であるが、院内で使用されている医療器具は最少限のものでまかなわれ、最新のME機器は皆無であった。

### (3) Hospital San - Luis Aquataria

アキタニア市は標高2,800mで長ネギの主要産地である。

サン病院はボヤカ州Tota湖畔のLocal hospital、総ベット数20床、医師3名、正看護婦1名、準看護婦10名から成り、担当地区には約30,000人の住民がいる。院長 Dr. Herbert Abella Soth の説明によると分娩数月平均30～40件、随時家族計画の指導も行なっているとのことで、指導内容はIUD, Pill, surgical sterilization という。

このクラスの小規模の病院になると医療機器の種類は乏しくなり、例えば新しい産科診療に必要な Doppler 聴診器, Ultrasonography（超音波断層診断装置）、分娩監視装置などは皆無である。

### (4) モンギ保健センター（ラル・メルセデス病院）

モンギは、コロンビア最古の教会で名高い所である。

この保健センターを訪ずれたのは夕方であったため、夜勤の看護婦（1名）から簡単に事情調取したのみであった。出産は月2～3件扱うとのことであった。

結論および将来この国における国際医療協力に備えてのいくつかの提言  
前述の現状からいくつかの提言をまとめてみたい。

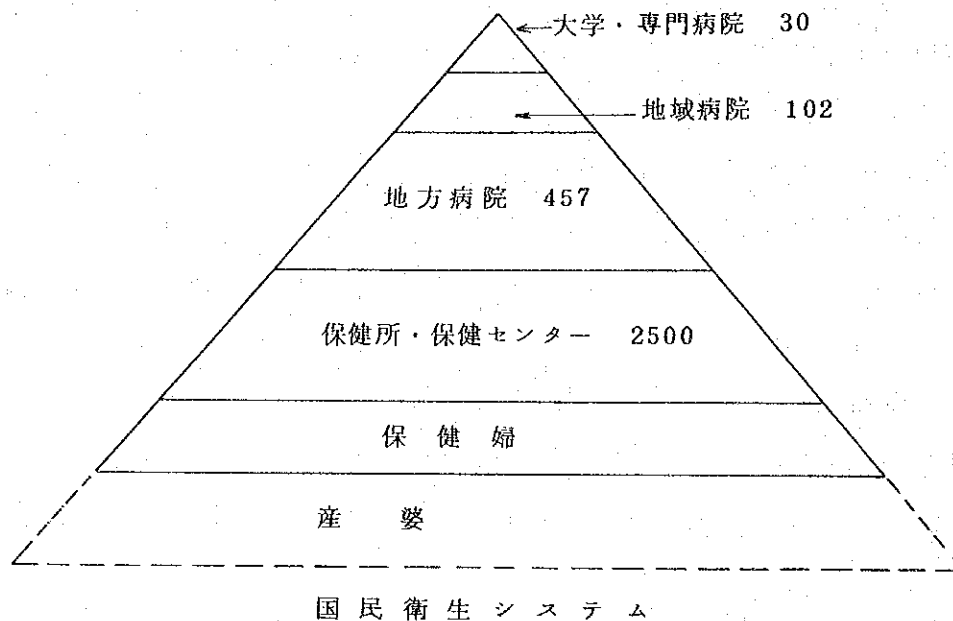
この国における家族計画・母子保健政策の推進母体は保健省であるが、国際医療協力の場合は現地 JICA 所長の石井氏の指摘にもあるように企画庁の参画もあり、これら関連官庁との十分な話し合いがまず必要であろう。さらにコロンビアの政体として4年毎に大統領の交替があり、保健政策も次期政権以降については不透明の部分が少なくない。

機材・機器の供与のみでなく、可能な限り技術指導を含む人的交流を重視するという JICA の基本方針に沿って家族計画・母子保健に関する国際協力を模索する時、当面の協力として (1)保健大臣の希望する視聴覚機材を全国の保健所に設置する telecenter 構想 (2)超音波断層診断装置 (Ultrasonography) の供与とその診断技術の指導を当面の骨子とせざるを得ないように思われる。とくに後者は日本の技術が最も生かされた機器であり、たんなる供与のみでなく、我が国の秀れた診断技術の蓄積を技術指導として生かし得る利点もある。

いずれにせよ、この種の家族計画・母子保健に係わる国際協力の場合、一挙に最良の協力方法を見出すことは必ずしも可能ではなく、協力期間中にもある程度の軌道修正を行なっても我が国として最も適切な国際協力を成したとの評価を得る努力を怠らないようにしたい。このためにも、現地の家族計画にきめの細かい配慮を行う目的で、我が国の臨床の最前線で実際に家族計画・母子保健に携わる各層の人々、とくに助産婦・看護婦を含めた survey team を適当な時期に今一度派遣して細部をくみ取らせるのも一法と思われる。コロンビアの保健省、企画庁で接触した実務係官の中にも看護婦・保健婦の資格を背景とした職員も少なくなく、我が国の同様の対応もこの領域の国際協力を一層充実させる一つの方法になり得るかもしれない。

## 2. 国民衛生システム

国民衛生システムとは、保健省の決定する行政的、技術的保健政策の規範の実践のための医療制度の組織システムを指す。現時点では、企画庁が保健省と協力して決定した国民保健計画(「健康の公平を目指して」)に示された規範実践のための唯一の全国的規模の組織である。



(※コロンビア国における「産婆」は無資格・世襲制であり、日本における「助産婦」とは全く異質なものである。)

1975年から、全国の保健サービスはこのシステムが定める上図のようなピラミッド型の地域区分に従うこととなった。

保健衛生政策の規範決定と実践に関する各レベルの機能的関係を、母子保健に具体例をとって叙述すると次のような仕組みになっていることが分る。保健省医務局母子保健部がピラミッドの頂点に位置し、母子保健衛生、人口動態（家族計画）の分野において、システム下の全国の医療機関を管轄する。保健省医務局母子保健部は、母親、幼児、人口動態の3課からなり、各課には2名の医師（人口動態課は1名）と2名の看護婦として1名の栄養士（人口動態課を除く）が勤務することになっている。が、実際にはDasa部長の話では、給料が安い（行政医の給料は民間医の半分から3分の1）、医師の確保が困難である、とのことである。現時点では、母親課には、産婦人科医が1名、幼児課には公衆衛生医が1名、人口動態課にも公衆衛生医が1名いるのみで、特に幼児課に以前から小児科医がいないことが問題となっているようである。母子部の医師、看護婦は、システムの各レベルの病院と直接コンタクトをもっている。

この中央レベルの下に、全国が33セクションに分けられ、セクション別保健衛生サービス（servicio seccional de salud）と呼ばれている。これらセクションは、行政区分に対応する。すなわち23州、4直轄区、5特別地区およびボゴタ地区の計33セクションが存在するわ

いる。親子代々全く無資格で産婆を勤める世襲職で、80%が文盲とのことである。コロンビアの分娩の60%が、産婆によるが、傾向としては医療機関での出産が増加している。

保健省は近年産婆に対する政策を変更し、廃止する方向から再教育をし協力していく方針となった。その理由として、産婆が農村共同体の中で強い影響力をもち、リーダー的地位を占めていることがあげられる。再教育とは、毎月一度地方病院へ集め、出産取扱い経験を報告させることである。その際、金は支払われないが、医療バック等いくつかの医療機具が与えられている。妊娠1～2カ月時に、前述した質問表に答えさせるには、産婆の活動が期待されるとのことである。現段階では2,000人程度の参加が得られているのみで、またヒアリングを行なった地方病院の医師らの話では、積極的に産婆とコンタクトをとるのではなく、あくまで産婆側の自由意思にまかせているようである。保健省としては、国民衛生システム内の人々、特に保健婦への再教育に力をいれているようであった。

### 3. 外国からの援助

Dr. Daza (保健省母子保健部長)の説明によると、コロンビアに対する母子保健、家族計画問題に対する外国からの援助の経過は大要下記の通り。

- 1969年 母子保健関連の外国援助が話題となる。(詳細不明)
- 1972～1974 アメリカのAIDがコロンビアに対し、直接、母子保健、家族計画の技術援助、財政援助を実施。

(援助金額など詳細不明)

- 1975～1984

1975年: アメリカ AID 150万ドル援助

1976年: " " " "

1977年: アメリカ AID 100万ドル援助

1978年: " " " "

1979年: " " " "

- 1980年: この年からAIDのコロンビアに対する援助は直接ではなくUNFPAを窓口として行なわれるようになった。但し、援助額はアフリカ、中国向け援助が始まったこともあって大幅に減額し、前年の1/3を下廻る32万6000ドルとなった。

- 1981年: 32万6000ドル(前年と同額)

けである。各セクションに、長官一技術調整官のヒエラルキーの下に医務局が存在し、その下に医師1名（地域によっては2名）、看護婦1名からなる母子部がある。この母子部に対し、保健省母子部の計画が伝達され、その枠内で各地の状況に応じて具体的なプログラムが作成されるのである。この保健省の地方支部と呼びうる役所は、各セクションの中心都市に位置し、管轄セクション内の専門、大学病院、地域病院、地方病院、保健所・保健センター、保健婦へ行政的技術的指導を行なう。一方、地方病院などの下位レベルの医療機関から、より地域の実情に即したプログラムが発案され、上部組織へ伝達されることもある。以上からこの国民衛生システムとは中央の保健省から末端の保健婦まで、母子保健衛生（家族計画を含む）に関する機能的関係の樹立を目指したシステムであるとまとめられる。

各医療レベル間の分割分担は、各医療機関の診察治療能力による。たとえば妊婦への対応の場合、保健省の定める『妊婦の出産時に伴う危険度質問表』を、妊婦3カ月、8カ月の時点までに2度実施し、国民衛生システムのどのレベルの医療機関で出産させるかを、質問表から想定される危険度に従って決定するのである。このアンケート実施には、後述するように保健婦と産婆の働きが、カギとなる。保健省では、この他にも新生児カード、発育手帳などを使用し診断レベルをわけている。

保健センターには、医師が常勤するが、保健所には準看護婦（4年間の中等教育後、2年間の保健教育を受けた者）がいる他、地方病院の医師が週1～2回巡回診療を行なう。保健婦は、10週間の研修を終えた者のことを指し、妊娠5ヶ月時の破傷風の予防注射の他、医師との連絡、診断日への患者の呼び出し、産婆とのコンタクトを行なう。家族計画に関しては、避妊リングの挿入、週一度家族計画に関し、担当地区の女性との話し合いを主値することが、仕事である。この話し合いは、診断を受けにくる女性を核として集会の形をとる場合が多い。<sup>ソナス・マルヒナレス</sup>周縁地区では栄養プログラムを抱き合わせて、母親が独自に集会を開く場合もある。その際、宗教上の反発は人により、また場所によりさまざまである。司教が新聞で家族計画を断罪することもあれば、逆に司祭が計画をすすめることもある。大々的に宣伝を行なわない限り、教会は無関心ないし不干涉の態度をとる、というのが一般的な状況ということである。障害は、宗教的理由ではなく、我々調査団が何度も聞かされた『マチスモ（男性優位主義、英雄主義）』の心理構造、行動様式にある。

さて、国民衛生システムに組織化された医療機関はすべて国立で、保健省の管轄下にあるわけだが、この枠外に多くの（保健省でも実数は調査中）産婆（取上げ婆、30～70才）が

- 1982年： AID援助35万ドル  
イタリア政府から88万8000ドル } 合計 123.8万ドル
- 1983年： AID及イタリア政府の援助額は前年と同額で、合計123.8万ドル
- 1984年： 外国からの母子保健・家族計画に対する技術援助、財政援助は1984年までに全部終了する予定。

注) なお、上記の年次及援助額は、Dr.Daza が記憶を辿りながら述べたもので、資料を参考としながら発表したわけではない。

従って、細かい点で、多少の間違いがあることも予想される。

#### 4. 要請内容調査

##### (1) 母子保健・家族計画

イ) 要請内容は ①乳幼児保健計画 ②妊産婦保健計画 ③人口動態計画(家族計画)の三つに分かれる。

	セミナー開催等	調査研究	機材供与等
乳幼児保健計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療従事者再教育のためのセミナー</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>児童記録手帳の印刷</li> <li>母親健康手帳の印刷</li> <li>医療従事者に対するマニュアルの作成</li> </ul>
妊産婦保健計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>機材取扱者の教育のためのセミナー</li> <li>医療従事者再教育のためのセミナー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各種情報分析のためのコンピューター経費及び結果の印刷費</li> <li>保健省の基準による医療行為実施状況調査(医師対象)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師・看護婦向産婦人科の技術処置に関するマニュアル作成</li> <li>新生児用人工蘇生器</li> <li>超音波診断装置</li> <li>外来・入院患者用機器</li> <li>細胞検査用スライド</li> <li>スライドプロジェクター</li> </ul>
人口動態計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>IUD そう入訓練のための経費</li> <li>ピル配布のための医療従事者再教育セミナー</li> <li>母子保健セミナー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族計画及び分娩時の危険分類の評価</li> <li>IUD そう入訓練受講済看護婦の評価・追跡調査</li> <li>家族計画事業の評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リング(そう入具付)</li> <li>ピル</li> <li>細胞検査用スライド</li> </ul>

ロ) 当該要請の目標は ①5才未満の乳幼児の死亡率の低下 ②母親の妊娠・出産に伴う死亡率の低下 ③家族計画教育を含む保健教育の促進を図るものである。

ハ) 日本側が対応可能と思われる分野

協力要請内容(要旨)	協 力 可 能 分 野			
	専 門 家	研 修 員	機 材 供 与	そ の 他
1. 乳幼児保健計画 (1)医療従事者再教育セミナー (2)児童記録手帳・母親健康手帳 (3)医療従事者に対するマニュアル作成		○		中堅技術者養成対策費 セミナーのテキストとしての使用なら 教材費として対応可 " "
2. 妊産婦保健計画 (1)機材取扱者教育セミナー (2)医療従事者再教育セミナー (3)調査研究 (4)医師・看護婦向マニュアル作成 (5)産婦人科・小児科用機材 (6)教育用視聴覚機材	○	○	○ ○	中堅技術者養成対策費 " 比較的長期の専門家が派遣されれば現 地研究費で対応可能な項目もある。 セミナーのテキストとしての使用なら 教材費として対応可
3. 人口動態計画 (1)IUDそう入訓練のための経費 (2)ピル配布のための医療従事者再 教育セミナー (3)母子保健セミナー (4)調査研究 (5)避妊器具(ピル・リング) (6)検査用スライド	○	○	× ○	対応不可 中堅技術者養成対策費 " 比較的長期の専門家が派遣されれば現 地研究費で対応可能な項目もある。

(2) テレビ教育センター構想

この構想は、ハイメ・アリアス保健大臣が強く要望しているものであり、「4ケ年で全  
 国3000ヶ所(2500ヶ所の保健所を中心)にVTR機器を配置し、外来患者に対し、家族計  
 画を含めた保健教育の啓蒙を図ろうとするものである。

日本側としては「3000ヶ所の1部に対する機材供与、専門家派遣、研修員受入」で対  
 応が可能と思われる。



構想内容等につき以下詳細に説明する。

12月13日に行われた保健大臣との会談における発言要旨以下のとおり。

(アリアス保健大臣)

人口問題に対する外国機関からの援助協力は、以前、アメリカのAIDから受けたことがあります。(注1参照)今回日本にお願いしたいのは、AIDの場合よりもっと広い意味の協力を希望しています。即ち、人口問題だけでなく、住民の環境衛生、保健衛生の改善を含め、幅広い分野での協力を仰ぎたいのです。従ってFPについても、「母子保健分野に含まれる多くの問題の一つ」という取りあげ方をしたいと思います。こうした意味でのプロジェクトを実現させるために、コロンビア保健省としては、日本側の必要とする資料を凡て提供するつもりです。

「テレビ教育センター構想」は、経済企画庁が進めている4カ年計画の一環として考えています。最終的には、全国3000カ所にテレビ・センターを設けて、保健教育の一大キャンペーン運動を進めようと思っておりますので、その基盤づくりをしたいのです。保健省としては、この構想に呼応し、さし当たって300カ所程度にセンターを設け、一般大衆に対する保健衛生教育を、テレビを介して行なうことを計画しています。日本側の協力が若し得られるならば、このプランを実現するのに必要なテレビ受像機、VTR機材を日本の援助で提供して頂くよう希望します。

具体的には全国にある保健センターを訪れた住民を対象として例えば、待合室にいる間の時間を利用し指導員に解説させながら適当な保健衛生番組をビデオテープで見て貰うことを考えています。

アリアス保健大臣の発言によると、コロンビア国全土に散在する保健センターの施設を利用し、例えば待合室にいる住民を対象に、保健教育を実施するという事になっている。従って“教育センター”の土地、建物は、これら保健センターの施設を利用できるので問題はなさそうである。

また、VTR機器と、テレビ画像機材については、予算計画に沿って逐次提供すればよいので、特に問題はないと考える。

では、問題点は何であろうか

さし当たって考えられることは2つあって、

- ・「1. ビデオ教育に必要なソフト・ウェア（番組素材）をどのように確保し、
- ・ 2. 更に、ハード・ウェアのメンテナンスの要員や、健康教育番組を住民に見せながら、解説を加える指導者をどのように手当し、養成するか」

といった点であろう。

これらの諸項は、多くの問題を含み、かなり複雑な諸要素がからむので、今回は、ソフトウェアの確保のテーマを中心に考え、併せて、担当スタッフの手当てについても簡単に触れることとした。

1. ソフト・ウェアの準備については、当面次の3通りの方法が考えられる。

(1) 既存の素材を利用することの利点と問題点。

コロンビア保健省広報関係部局や、全国国営放送とタイアップして夫々の手持番組や、放送素材を流用できれば、最も手っ取り早い筈である。しかし、コロンビアの現状から推測して、適当な素材があるとは思われない。

従って、他の開発途上諸国や先進諸国から、コロンビア側の望むものを入手して利用することが考えられる。併しながら、言語や生活環境が異なることから、コロンビア国のリクエストに見合う素材を見出すことは必ずしも容易ではない。

また、現実問題として、例えば、テレビ方式の違い（コロンビアはNTSC方式）から、外国のテレビ番組を流用することには、かなり困難が伴うことも考慮しなければならない。

（参考）

- ・ コロンビアの採用しているテレビ方式（NTSC方式）は、日本、アメリカ、カナダ、南米諸国（アルゼンチン、ブラジルを除く殆どの国）と同じなので、これらの国のビデオ収録番組を、コロンビアで利用することに問題はない。

しかし、ヨーロッパやアフリカの全土、共産圏諸国、及びアセアン諸国などはテレビ方式が異なるので、これらの国々のビデオ収録番組を利用するためには方式変換するか、異なる方式も再生できる機種を使わなければならない。

- ・ 他国の番組は勿論、自国の放送局やプロダクションなどの企画制作した番組を利用しようとする際、それらの番組の持つ著作権を処理することが必要となる。

また、処理に問題が伴わない場合にも、相当額の権料を支払わなければならないことは言うまでもない。

## (2) 新規に番組素材を制作することの利点と問題点

コロンビア国の実情に見合ったテーマを取り上げ、新規に番組を制作して利用するのが最も望ましい方法であることは論を必要としない。(注1 参照)

しかし、誰が、どういう形で、どこに制作させるかということは当然考えなければならない問題となる。

### イ) 既存のコロンビア国内プロダクションを利用する方法。

この場合は、番組制作のプロフェッショナル・グループに依頼することになるので、プロダクションの選択さえ誤まらなければ特に問題はない。

むしろ、要請に見合う内容の番組を制作することのできるプロダクションがコロンビア国内で容易に手配できるかどうか懸念される。

なお、今回のプロジェクトは国の実施するものなので、国営放送局とのタイアップで番組制作することも考えられるが、コロンビア国営放送局の実情やレベルが判明していないので一概にコメントすることは差し控えたい。

### ロ) テレビ教育センターで使用する番組を制作する機構を設けることについて。

テレビ教育センター構想の中に、番組制作を担当する「番組制作センター」と言った機構を含ませることも十分考えられる。

しかし、問題は多く、施設や必要機材の手当てのほか、制作スタッフの確保が大きな要件となる。

大体、番組制作を担当するスタッフは、頭数を揃えれば済むというものではないことに特徴があると思う。具体的には、例えば必要とする人数の制作要員を保健省などからかき集め出向させて制作班をつくったと仮定しよう。

番組制作分野の仕事は、向き、不向きが画然としている上に、放送局でも、一人前の制作者となるには、5年から10年の経験を必要とするので、期待するような番組をこなす機構を造ることは容易ではない。

注1 医療番組や健康番組は、画面に出てくる人々の皮膚の色や容貌が、見る人のそれと同じであつてこそ、はじめて、自分達の問題として興味をもって見て貰え、啓蒙番組としての効果をあげることができると言われている。

また、使用言語も、字幕スーパーや、吹き替えは好ましくなく、できれば、視聴者の使う言葉と同じ言語の番組であることが望ましい。

ハ) 日本からプロダクション・クルーを派遣し、「番組制作も含めた協力プロジェクト」とすることについて。

既存のプロダクションで適当なものがコロンビアで見出せない場合や、国営放送などの協力が十分得られない場合、或いは、プロダクションセンターをつくるにしても、スタッフを揃えることが前述の理由から難しい場合には日本から制作クルーを派遣し、コロンビア側のリクエストあるテーマに基づき、要請される地域で取材して番組をつくるケースが考えられる。

この場合の利点としては、先ず、内容的に質のよい番組を制作できることはまず間違いのないところで、最も信頼のおけるソフト・ウェアの制作方法と言えるだろう。

加えて、取材、制作クルーに、コロンビア側の制作担当者を随時同行協力させれば、格好のトレーニング・コースとすることができ、人間的な交流も深まることにより、自然な形で専門家の派遣を包含する可能性に繋がることを期待できると思う。しかし、この方法にも問題点はある。

先ず、人口家族計画のような微妙なテーマについて先進国が開発途上国を援助する場合、番組制作を先進国側が担当することに問題がないかどうかコロンビア側にとって、心情的に、土足で、自国内に外国人が踏み込むような結果にならないかどうかといったことが心配である。

また、JICAの技術協力の実施条件として、出来上っている番組の購入、提供についての協力はできても、これから制作する番組に対する出資や協力はできないと聞いているので、その辺の解決方法が見出せるかどうかといった点も、根本的な問題であろう。

更に、日本から制作クルーを派遣すると、前述の他の方法と比べて旅費その他で、番組制作経費が嵩む結果になることも止むを得ないだろう。

〔結び〕

開発途上国が、先進国に技術協力を要請する場合、「機材供与」に対する要請が中心になり勝ちであるが、コロンビアの場合も、アリアス大臣の発言に関する限りで言えば、その傾向がなかったとは言えないだろう。

当然、大きな柱とならなければならないソフト・ウェアについて、具体的な説

明や、要請が聞かれなかったからである。

また、大臣との会談に先だち、同日、保健省で行なわれた。ダーサ保健省母子保健部長との話し合いでも、コロンビア側は、日本から派遣する技術専門家の受け入れについて、必ずしも、歓迎する姿勢でない様子が伺われた。

(注 参照)

注 ダーサー部長は、上記話し合いの席上で、「コロンビア側としては、コロンビア側としては、コロンビアの実情をよく理解している専門家以外は受け入れたくないし、日本に我々の期待するような専門家がいますのか、どうか疑問。例えばスペイン語を理解できず、英語しか話せない専門家を受け入れても、無駄なエネルギーと時間を費やすだけだったのが我々の体験である。日本とコロンビアとは、社会と文化、風俗、習慣等異なるところが余りに多いので、日本人の中から、コロンビア人を指導できる専門家を見付けるのは難しいのではないかと。私としては日本が専門家派遣経費を負担し、他の国から、今申し上げた条件に合った技術指導者を受け入れる可能性について伺いたい。

ついでに申し上げますと、JICAの経費負担で実施されている日本のセミナーに、コロンビアから参加者を送る件についても、英語能力の指定が厳しく、適当なスタッフを見出すのが、極めて難しい実情にあることも知ってほしい。」と述べている。

コロンビアに対する二国間の技術援助協力を進めるに当たって、先方のニーズや要請に見合った計画をつくり出さなければならないことは当然である。併し、反面、専門家の派遣や研修員の受け入れも活発にして、血の通った中味の濃い協力内容にしなければならないことも必須の要件と言えるだろう。

この点を十分考慮し、一方で先方の希望や要請に主体性をおいた協力プランを考えながら、他方では、百パーセントと相手方のベースに陥ることのないような対応努力を忘れないようにしたいものである。

## 5. 総括

国際協力事業団の行う「人口・家族計画」分野における技術協力は、近年その対象国の拡大を考慮すべき状況になってきたが、コロンビア政府は、昭和58年の8月要請書を提出し

できた。その内容は母子衛生、家族計画を中心としたものではあるが、機材に対する要求の外に、人件費などの要求が大きく、技術協力としては不適當なものも多くみられた。今回の事前調査団はこのような経過の中で、まず技術協力の性格についての説明から始めてわが方として実施可能な内容を定めることを検討する目的で派遣されたものである。コロンビア滞在中、地方の実状視察とともに、主たる交渉相手であるコロンビア保健省の関係者との討議が行われた。

結論を最初に述べるならば、コロンビアに対する「人口・家族計画」の技術協力は積極的に進めるべきものと判定する。

コロンビアをこの分野における新しい対象国として加えることが望ましいとするのには幾つかの理由が挙げられる。

- (1) 今後、国際協力事業団が行う「人口・家族計画」協力の対象となると考えられる国は、種々の条件を考慮に入れれば、将来それほど数的に増加させることは困難である。現在、数的対象になっている国は、コロンビアの外にトルコ、ネパール、スリランカ、などに過ぎない。
- (2) これまでアジアを主体とした協力は今後は他の地域にまで拡大すべき時期にきている。この意味でラテン・アメリカのコロンビアは一つの十分な可能性である。
- (3) 文化、宗教的にみてもわが国近隣のアジアとは著しく相異なるラテン・アメリカに接触することは今後の事業拡大の上から貴重な経験になると考えられる。
- (4) 地理的に北米に近いという事情から、コロンビアの対外折衝は、専らアメリカ合衆国が主であった。現在もこの状況は根本的には変わっていないが、他方、日本に対する関心が近年急速に進展していることも事実である。この機会に両者間の理解を高めることは大きなメリットがあると思われる。
- (5) 今回の訪問における最大の収穫はコロンビア保健大臣との直接会談の機会を得たことであり、これによって相手側の本事業に対する基本的な認識を知ることが出来た。大臣自らの提案は、大臣が就任早々であるためのコロンビア保健省の担当者にとっても新しい情報であったと思われるが、いずれにしても最高責任者が自ら積極性を示しているという点で有意義な展開である。
- (6) コロンビアの人口サイズ(約2,800万人)は手頃な大きさであり、統計指標などから判定して特に遅れた開発途上国ではなく、もつとも基本的なインフラストラクチャーはある

程度整っているとみてよい。各地視察の折に見聞した医療施設も開発途上国の平均レベルからみれば比較的高い方に属する。

他方、以上のようなメリットに対して問題となるべき点もないではない。もし本件が実施に移されるときは次の点を考慮しておく必要があると思われる。

- (1) わが国からの技術協力はコロンビアにとって全くの新しい経験ではないが、保健省の本件担当者はほとんどこれについての知識経験がない。従って技術協力の目的、内容、条件について（今回の調査団もある程度の説明は試みたが）折にふれて了解を得る努力と忍耐が必要である。
- (2) 今回の会談の中で、人の交流（日本人専門家の派遣）に関連してコロンビア側がスペイン語の使用に固執する態度がみられた。最終的にはわが国との間の交流では英語が基本となることについて大体の了解は取り付けられたものと考えるが、実際の運営にあたっては出来るだけスペイン語使用の可能性を求めることが得策であろう。この点には新大陸の技術文明に対する旧大陸側の心理的反発が働いていることも推察できる。
- (3) コロンビアを初めとするラテン・アメリカ諸国は、種々の問題はあるであろうが、科学技術の面においてはアメリカ合衆国の強い影響の下にあることは前にも述べたとおりである。アメリカ合衆国に留学したコロンビア医師は数が多い。このことは交渉相手となるコロンビア側当事者との将来の折衝において物事の判断基準は多分にアメリカ的合理主義であることが予想される。アジアとは異なる面が現われる可能性が少なからずあると思われる。
- (4) コロンビアでは国土の状況に高低による差が著しいという特殊事情がある。具体的にパイロット事業が必要となるようなときは、その地域の選定は慎重を要する。

以上が総体的な評価であるが、以下に具体的な相手側からの提案とこれに対する我が方の対応に関して2、3のコメントを付記しておく。

- (1) 機材の中で大きな項目はテレセンターの設置である。このことは、コロンビアの場合にも技術協力の中に占める機材の比重が重いという結果になる。しかし、コロンビアの場合、この要求は特に保健大臣からの直接の要求であることに留意する必要がある。またわが国からの家族計画の技術援助には、もともと機材が重点になる必然性があることも理解しておくべきであろう。なおこの点に関連して、いわゆるソフト・ウェア制作の上でコロンビア側の能力と準備が問題となるが、コロンビア側ではこれらについて十分対応出来る旨答えている。いずれにしてもわが国からの押しつけ的な指導という形は避けるべきであろう

が、ソフト・ウェア制作に対する協力としてわが国の手持の家族計画、母子衛生、さらには、一般の日本紹介のスライド・フィルムなどを供与して、技術協力に役立てるとともに日本理解の資とすることは意義があると考える。

- (2) 医療に関連する機材としては、例えば胎児診断のための超音波診断装置などの優先度が高い。特に、相手側にすぐに役立ってその価値が大きいこのような器具を選ぶという判断とともに、これに伴う専門家の交流が必要となり、人的資源上の協力になりうるという点でこの種の医療機材を検討すべきであろう。
- (3) 中堅技術者養成対策費、各種調査研究費、マニュアル印刷費等は、実質的な検討の上で可否を決める必要がある。
- (4) これまでに国際協力事業団の国内集団研修に受け入れたコロンビアの医師その他の研修員は、数は少ないが、一般に高いレベルの専門家であったと判定できる。今後本件が具体化するならば、集団コースに受け入れる人員数の増加とともに、これと並行して、個別研修員を招き、適当な日本国内施設に比較的長期に滞在させるなどの措置が取られることを歓迎する。これらは事業の性格からみて医師その他の医学関係者が中心と思われるが、コロンビアでは現在人口学などの分野でも専門家養成のニーズが高まっており、わが国のしるべき人口学研究機関へのコロンビア研修員の受け入れなども積極的に考慮したいものである。

## Ⅶ コロンビア国事情について

### 1. 一般事情

#### (1) 地理

コロンビア北緯12度30分と南緯4度13分の間位置し、南米大陸の北端にあり、西は太平洋に、北はカリブ海に面し、パナマ地峡によって中米につながっている。東はベネズエラとブラジルに国境を接し、南はエクアドルとペルーに接している。面積は、1,139,000平方キロメートルで日本の約3倍である。

南米大陸の太平洋岸を南北に縦走るアンデス山脈は、コロンビアに入ると三つの山系に分岐して、東部山系、中央山系、西部山系となり、いずれも3,000メートル級の山系で、



その間に 5,000 メートルを超える高峰が六つもある。このアンデス山脈の形成する山岳、溪谷および山間盆地の地帯が国土の 40% を占め、それ以外はアンデス山脈の東側に平原が広がり、さらに東に進むにつれ、草原からアマゾン川流域の密林へと続いている。

主要な河川には、東部山系と中央山系の間を南から北に流れ、カリブ海に注ぐ延長 1,550 キロのコロンビア第 1 の大河で、また南米大陸では第 4 の大河であるマグダレナ川があり、また中央山系と西部山系の間を北に流れ、マグダレナ川と合流するカウカ川、その他にパティア、アトラト、シヌなどの川があり、東部平原にはアマゾン川に注ぐプトマヨ川、カクタ川、メタ川、グアビアレ川などがある。

## (2) 気候・風土

コロンビアは熱帯圏にあるが、気候はそれぞれの地勢の条件により、特に土地の高さにより変化し、熱帯から亜熱帯、温帯、寒帯となっている。海岸地帯は年間摂氏 28 度を下らない熱帯であるが、標高 1,000 メートル～1,500 メートルの地帯では摂氏 20 度前後の亜熱帯の気候で、さらに 2,000 メートルを超えると常春の気候となり、3,000 メートル級の土地では肌寒い気候である。したがって四季の変化はなく、土地の高低によりそれぞれの気候があるだけである。

1 年を通じ、雨期と乾期とが 3 カ月ごとにくる。3～5 月と 9～11 月が雨期であるが、近年あまり確然としておらず、雨期にかかわらず雨の少ない年、乾期にかかわらず雨が多い年などあり、不規則である。降雨量は地域により異なり、平均的には 1,400～2,000 ミリである。しかし、たとえば北部のパナマとの国境をなすチョコ州では、年間 3,500～4,000 ミリの降雨があり、また南のエクアドルに接するナリーニョ州の海岸地方でも同様の降雨量がある一方、北部カリブ海沿岸あるいは東部平原のアンデス山脈に近い草原では 800～1,000 ミリ程度である。

首都のボゴタは標高 2,600 メートルにあるため、平均気温は摂氏 14 度である。しかし 1 日の最高気温の平均は摂氏 19.5 度で、最低の平均は摂氏 8 度である。これはつまり最高の平均は昼間で、夜間、特に夜明け頃は摂氏 8 度程度に気温が下がることを意味し、夜外出する必要のある時はセーターが欲しく、婦人などにはオーバーを着る人もいる。ボゴタ市の湿度の平均は 70% 前後で、降雨量は年間 800～1,000 ミリ程度である。

ボゴタ地方の年間平均気温表

月 別	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平均気温(℃)	14.4	13.9	14.4	15.0	14.4	14.4	13.9	13.9	13.9	14.4	14.4	13.9
降雨日数	0	0	0	2	4	5	4	4	3	2	1	0

## 2. 主要指標

- (1) 正式名 コロンビア共和国 ( Republica de Colombia )
- (2) 独立 1810年7月20日
- (3) 政体 立憲共和制
- (4) 元首 ベリサリオ・ベタンクール大統領 ( 1982年8月7日～1986年8月6日 )
- (5) 首府 ボゴタ
- (6) 面積 1,139,000 平方キロメートル ( 我が国の3倍強 )
- (7) 人口 2,773万人 ( 1980年, コロンビア統計局 )
- (8) 宗教 カトリック
- (9) 言語 スペイン語
- (10) 主要経済指標

国内総生産	37,429 百万ドル	( 1981年暫定, コロンビア中央銀行 )
一人当り国内総生産	1,181 ドル	( 1980年, コロンビア中央銀行 )
実質 GDP 成長率	1.5 %	( 1982年推定, コロンビア中央銀行 )
国家財政規模 歳入	4,184 百万ドル	( 1982年暫定, コロンビア中央銀行 )
歳出	4,271 百万ドル	( " )
貿易 輸出 ( FOB )	2,733 百万ドル	( " )
輸入 ( FOB )	3,306 百万ドル	( " )
主要輸出品 :	コーヒー, ココア, パナナ, 花, エメラルド	
外貨準備高	4,893 百万ドル	( 1982年末, コロンビア中央銀行 )
対外公的債務	5,941 百万ドル	( 1982年央, コロンビア中央銀行 )
通貨	ペソ	1 ドル = 70.24 ペソ ( 1982年12月31日 )

## 3. 略史

スペイン侵入以前のコロンビアはチブチャ ( CHIBCHA ) 族を主体とするインディオの国で

あった。1500年にスペイン人アロンソ・デ・オヘダ (ALONSO DE OJEDA) がカルタヘナに上陸し、スペイン人による最初の植民地を作ったが、その後インディオの襲撃をうけて敗退した。

その後1525年に再びスペインの植民地がサンタ・マルタに建設され、ついで1536年ゴンサロ・ヒメネス・デ・ケサダ (GONZALO JIMENEZ DE QUESADA) がサンタ・マルタから南下し、チブチャ族の首都であったボゴタに到着した。他方、エクアドルとヴェネズエラの二方面より他のスペイン人部隊がコロンビアに侵入し、ボゴタでケサダの部隊と合流し、かくてスペインによる本格的なコロンビア支配が始まった。1718年にボゴタに副王が置かれ、ヴェネズエラと併せてコロンビアを統治した。

18世紀の終りごろから、南米のスペイン植民地ではスペインからの独立運動が活発となり、コロンビアでもスペインよりの解放を求めて民衆の独立運動が激化し、1810年7月20日、民衆は独立宣言を行うとともに、副王を国外に追放した。しかるに1815年、スペイン政府は再度コロンビア支配を企てたが、右に対しシモン・ボリバル (SIMON BOLIVAR) は、1819年、ヴェネズエラよりコロンビアに侵入し、サントアンデール (SANTANDER) の率いるヌエバ・グラナダ軍と合流し、協力して1819年8月7日、スペイン軍をボヤカにおいて撃破し、ボリバルはボゴタに入った。この日を記念して大統領就任式は8月7日に行われる定めになっている。

かくて1819年12月、現在のコロンビア、パナマ、ヴェネズエラ、エクアドルの4国を包含する大コロンビア共和国が誕生し、ボリバルは初代大統領に就任した。しかし、この共和国は長続きせず1830年にヴェネズエラ、1831年にエクアドルが分離し、1903年にはパナマも分離するに至った。この間上記大コロンビア共和国は、1831年に新グラナダ共和国、1836年にコロンビア合衆国と改称し、さらに1885年にコロンビア共和国に改称し現在に至っている。

#### 4. 政治

##### (1) 政体

立憲共和国で、現行憲法は1868年8月に公布されたものである。大統領は18才以上の男女の直接選挙で選ばれ、任期は4年で連続の再認は認められない。

安定した議会制民主主義が定着している国といえる。

##### (2) 立法

議会は、上院（定数 114 名、任期 4 年）及び下院（定数 199 名、任期 4 年）よりなる二院制でいずれも国民の直接選挙より選出される。

主要政党として自由党（Partido Liberal）及び保守党（Partido Conservador）がある。82 年 3 月 14 日に行われた総選挙の結果、上院の議席数は自由党 60、保守党 50、民主戦線 1、その他 3、また、下院は自由党 110、保守党 84、民主戦線 2、その他 3 となった。

### (3) 行政

全国は、23 州（Departamento）、4 直轄区（Intendencia）及び 5 特別区（Comisaria）に分轄され、州知事は中央政府が任命する。各州には州議会があり、行政的には市町村区に分割される。州議会議員は直接選挙で選出され、市町村区長は州知事が任命する。

## 5. 我が国との関係

### (1) 政治・外交

1908 年 5 月、日本コロンビア修好通商航海条約が締結された。1934 年に両国はそれぞれ公使館を開設したが、第二次大戦のため外交関係は断絶された。その後、1954 年 5 月に外交関係が再開され、1954 年 11 月我が国はコロンビアに、また、1955 年 5 月、コロンビアは我が国にそれぞれ公使館を開設し、1957 年にそれぞれ大使館に昇格した。

両国間には査証相互免除取極（1962 年 7 月）及び技術協力協定（1976 年 12 月）が締結されている。

1981 年 10 月レモス外務大臣がコロンビア現職外相として始めて我が国を訪問し、鈴木総理及び園田外相と会談した。日本側からの現職閣僚のコロンビア訪問はこれまでのところ皆無である。

### (2) 貿易

我が国とコロンビアとの貿易は例年我が国の大幅出超であり、1982 年の対コロンビア貿易は輸出 595.8 百万米ドル、輸入 141.2 百万米ドルで差引 454 百万米ドルの我が国の出超である。

右を前年と比較すると、輸出は 19.9% 増、輸入は 5.9% 減であり、貿易インバランス比率は 1 : 4.21 であった。これは輸出は前年と比較してほぼ横這いだったば、輸入については主に食料品が 2 割強落ち込んだことによるものである。

輸出の品目別内訳は機械類が全体の 60% 近くを占めている。他方主要輸入品目はコーヒー、ココア、エメラルドである。

(3) 投資

1951年度—1981年度の累積投資は39件、17百万ドルと低い水準にある。1982年の進出企業数は33社(現地邦人として活動しているものは、三菱商事、三井物産、伊藤忠、三菱電気の4社)現地資本との合弁企業4社(ノリタケ、ヤマハ発動機等)となっている。

(4) 経済技術協力

(イ) 政府直接借款

実績

- カウカ河計画(サルバヒナダム建設)

123億円, E/N, 1979. 7. 31

(ロ) 無償資金協力

実績

- 漁業訓練センターの設立及び漁業訓練船の供与

5億円, E/N, 1967. 11. 7

- 沿岸漁業開発計画及び漁業訓練センター設立計画

6億円, E/N, 1979. 11. 15

- 沿岸漁業開発計画

6.6億円, E/N, 1982. 10. 28

(ハ) 技術協力(一般)

57年度末累計

研修員受入	363
専門家派遣	70人
単独機材供与	4件
	49,580千円
調査団派遣	284人
技術協力協定	1976. 12. 22

(プロジェクト方式技術協力)

- コロンビア中央医学研究所

[開発調査(58年度)]

- アトラート河水力発電開発計画

- カウカ石炭開発計画
- パンプロニータ農業開発計画
- バランキーリヤ総合都市計画
- ダイヤモンド鉱山地域開発計画

(二) 民間資金協力

- ボゴタ・コレヒオ発電所 715百万円(輸銀)(1969～71年)  
ボゴタ送電計画 208百万円(1969年)(輸銀)
- コロンビア政府に対するシンジケート・ローン 25百万ドル(1973年)
- コロンビア政府に対する輸銀・バイヤーズ・クレジット 219億円  
(1981年5月) セレホン, タサヘロ両石炭火力発電所の設備拡充のため

## VIII 添 付 資 料





REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION DE ATENCION MEDICA  
DIVISION MATERNO INFANTIL Y DINAMICA DE POBLACION  
1985 - 1986

PROYECTO DE ACUERDO ENTRE EL GOBIERNO DE  
COLOMBIA Y EL GOBIERNO DEL JAPON

ASISTENCIA TECNICA Y FINANCIERA AL PROGRAMA  
MATERNO INFANTIL Y DINAMICA DE LA POBLACION

Bogotá, D. E. Julio de 1983

PROYECTO DE ACUERDO  
ENTRE  
EL GOBIERNO DE COLOMBIA  
Y  
EL GOBIERNO DEL JAPON

PAIS:	Colombia
TITULO:	Asistencia Técnico-Financiera al Programa Materno Infantil y Dinámica de la Población
FECHA DE PRESENTACION:	Julio de 1983
SOLICITANTE:	Ministerio de Salud
ORGANISMO GUBERNAMENTAL DE EJECUCION/COORDINACION:	Dirección de Atención Médica División Materno Infantil y Dinámica de la Población
DURACION DEL PROYECTO:	2 Años
FECHA DE INICIACION:	Enero de 1985
CONTRIBUCION DEL GOBIERNO JAPONES	US\$ 3.000.000

## CONTENIDO

### INTRODUCCION

#### I. SITUACION DEMOGRAFICA MATERNO INFANTIL

- Colombia 1980 - 1982
- Proyecciones 1985-1986

#### II. JUSTIFICACION

#### III. OBJETIVOS

- Generales
- Específicos

#### IV. ANTECEDENTES

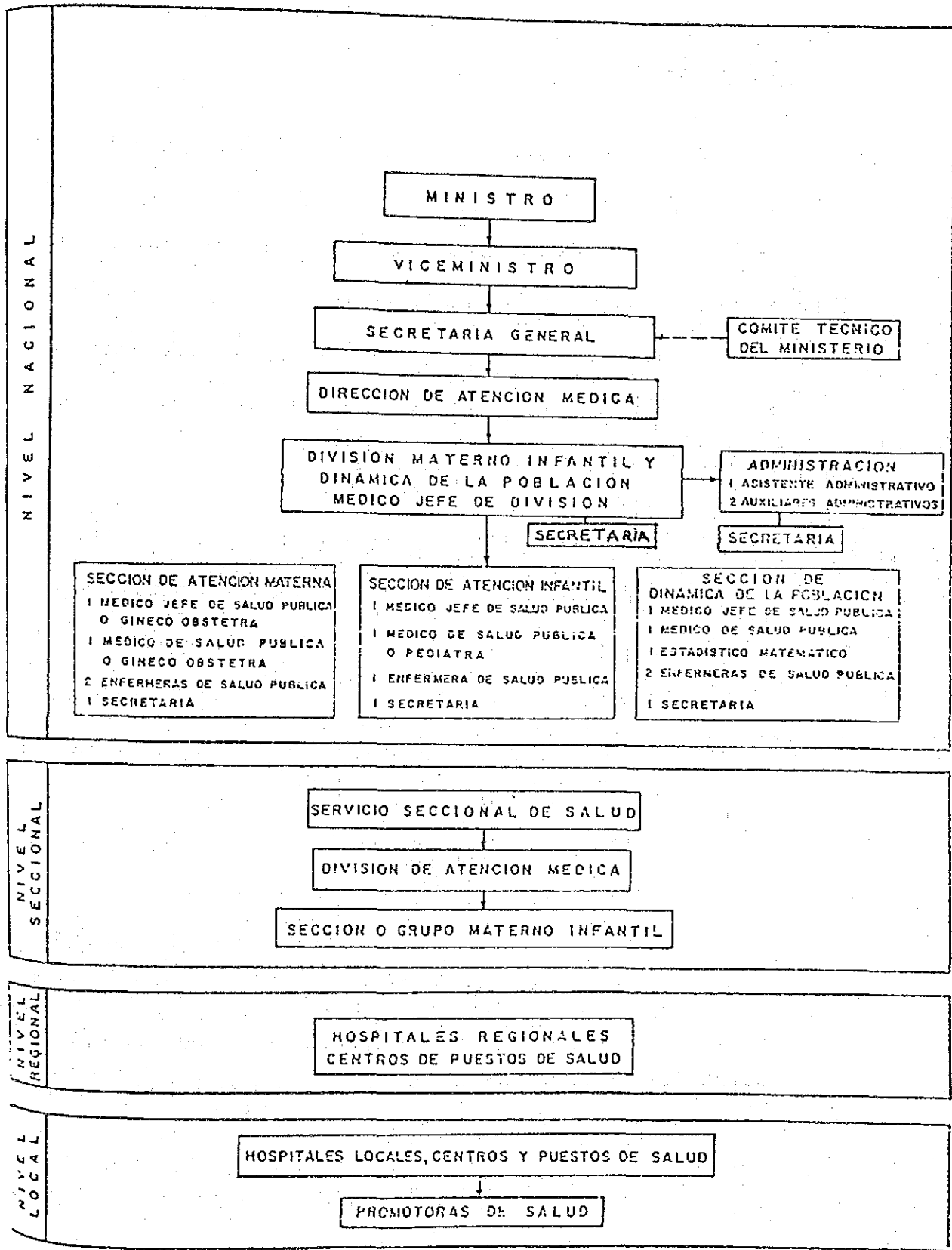
#### V. PLAN DE INVERSION

- Presupuesto

## INTRODUCCION :

La División Materno Infantil y Dinámica de Población, es una de las 5 Divisiones de Atención Médica del Ministerio de Salud, que tiene bajo su responsabilidad, definir la política de su área poblacional correspondiente, con base en la política general del Sector Salud, dada por el Ministerio y Normar los Manejos Técnicos y Administrativos del Programa Materno Infantil, para todo el País.

Su organización interna responde a las 3 funciones encomendadas y definidas por el Sistema Nacional de Salud (Organigrama) y en cada Servicio Seccional de Salud, existe personal de médicos y enfermeras a cargo de la Administración y Aplicación Normativa del Programa.



## I. SITUACION DEMOGRAFICA :

### 1. Generalidades :

La República de Colombia está localizada en el extremo noroccidental de América del Sur y tiene el privilegio de poseer costas sobre los Océanos Atlántico y Pacífico (gráfico No. 1). Su superficie es de 1'141.748 kilómetros cuadrados. La Cordillera de los Andes atraviesa de sur a norte, originando cinco zonas topográficas y climáticas bastante diferenciadas y con características propias :

La región del Caribe, con clima seco y tierras aptas para la agricultura y ganadería. La Región Pacífica, constituída en la mayor parte por tierras tropicales con clima húmedo y lluvioso; la región Andina predominantemente montañosa con algunos valles y mesetas; la región llamada "orinoquía colombiana", con inmensas llanuras; la región de la Amazonía Colombiana, esencialmente selvática.

La mayor parte de los habitantes del país, viven en la región Andina y en la Costa Atlántica (que representa el 20% de la superficie total), con densidades que oscilan entre 36 y 176 habitantes por kilómetro cuadrado. Las selvas marginadas y

llanuras orientales tienen una población muy dispersa, con densidad de menos de un habitante por kilómetro cuadrado.

Bogotá, D. E., la capital, tiene una población de 4.175.000 (1983) <sup>1/</sup> habitantes. En la actualidad existen cuatro ciudades con 1.000.000 ó más habitantes.

En términos de residencia urbano-rural, la proporción es de 60 y 40 por ciento respectivamente <sup>1/</sup> y según el censo de 1973 existían en el país diez ciudades con más de 200.000 habitantes y 16 ciudades con más de 100.000.

## 2. Natalidad :

Según estimaciones hechas por algunos investigadores <sup>2/</sup> utilizando datos censales y encuestas realizadas sobre muestras nacionales la tasa bruta de natalidad permaneció desde 1900 hasta 1964 por encima de 54 por mil habitantes. Elkins detecta el primer descenso de la fecundidad en Colombia y estima

---

<sup>1/</sup> Proyecciones del Depto. Nal. de Planeación.

<sup>1/</sup> Plan Nal. de Salud 1982-1986. Diagnóstico del Sector Salud-Bogotá, octubre 1982.

<sup>2/</sup> Collver; López-Toro; Elkins, Potter, Ordóñez, Measham; Prada-Bayley.

## I. SITUACION DEMOGRAFICA :

### 1. Generalidades :

La República de Colombia está localizada en el extremo noroccidental de América del Sur y tiene el privilegio de poseer costas sobre los Océanos Atlántico y Pacífico (gráfico No. 1). Su superficie es de 1'141.748 kilómetros cuadrados. La Cordillera de los Andes atraviesa de sur a norte, originando cinco zonas topográficas y climáticas bastante diferenciadas y con características propias :

La región del Caribe, con clima seco y tierras aptas para la agricultura y ganadería. La Región Pacífica, constituida en la mayor parte por tierras tropicales con clima húmedo y lluvioso; la región Andina predominantemente montañosa con algunos valles y mesetas; la región llamada "orinoquía colombiana", con inmensas llanuras; la región de la Amazonía Colombiana, esencialmente selvática.

La mayor parte de los habitantes del país, viven en la región Andina y en la Costa Atlántica (que representa el 20% de la superficie total), con densidades que oscilan entre 36 y 176 habitantes por kilómetro cuadrado. Las selvas marginadas y

./...



para el período 1965-1966 una tasa bruta de 44.5 por mil, la que desciende en el período 1967-1968 a 41.3 por mil.

A partir de allí continúa descendiendo hasta 1976, cuando la Encuesta Nacional de Fecundidad determina dicha tasa en 31.1 por mil. La Encuesta Nacional de Hogares determina para 1978 una tasa de natalidad en 29.1 por mil. Para 1982 se tenía una tasa de 27 por mil <sup>2/</sup>.

### 3. Fecundidad :

La Encuesta Nacional de Fecundidad nos confirma el rápido descenso de la fecundidad en Colombia desde mediados de la década del 60; en 1968 se tenía una T. F. T. <sup>1/</sup> (tasa de fecundidad total) de 6.7 <sup>2/</sup> y en 1976 de 4.2 <sup>2/</sup>. La segunda Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticoncepción 1980, presenta una tasa de 3.6; es decir en los últimos doce años la fecundidad en Colombia presenta una reducción del 46 por ciento.

---

<sup>1/</sup> Promedio de hijos nacidos vivos en toda la vida reproductiva de la mujer.

<sup>2/</sup> Plan Nacional de Salud 1982- 1986.

## 4. Mortalidad :

De acuerdo con los investigadores López-Toro, la tasa bruta de mortalidad para el período 1938-1950 era de 22.4 por mil habitantes; para el período 1951-1964 dicha tasa descendió a 17.5 por mil.

Para 1970 se tenía una T.B.M. de 10.1 <sup>1/</sup> y descendió a 7.3 <sup>1/</sup> en 1977; siendo la tasa esperada en 1982 de 5.8 <sup>1/</sup> muertes por cada mil personas.

Las enfermedades infecciosas intestinales constituyeron la primera causa de muerte en 1973, 1975 y 1977.

En 1977 la segunda causa de muerte correspondió al grupo de tumores malignos.

## a) Mortalidad Infantil :

" La estimación para 1982 de la tasa de mortalidad infantil en 57 por mil nacidos vivos, expresa una reducción del 30% desde 1970, y a la vez señala que de una muerte

---

<sup>1/</sup> Bayona y Pabón, 1982 Op. Cit.

de niños menores de cinco años, por cada dos defunciones en 1965, se bajó a una de cada tres en 1977". 1/

Cuadro No. 1

MORTALIDAD INFANTIL  
PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE  
COLOMBIA - 1977

Código	N o m b r e	Orden	Número	Tasas X millón	%
00	Infecciosas intestinales	1o.	9.984	14.470	24.0
31	Enfermedades respiratorias agudas	2o.	6.302	9.133	15.2
44	Otras Perinatales	3o.	5.075	7.355	12.2
43	Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas en otra parte	4o.	3.857	5.590	9.3
32	Afecciones respiratorias crónicas	5o.	2.696	3.907	6.5
16	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	6o.	1.955	2.833	4.7
42	Anomalías congénitas	7o.	1.315	1.906	3.2
04	Otras enfermedades bacterianas	8o.	1.106	1.603	2.7
21	Meningitis	9o.	954	1.383	2.3
02	Tosferina	10o.	534	774	1.3
45	Síntomas y estados morbosos mal definidos		3.369		8.1
TOTAL			41.571		100.0

1/ Bayona Nuñez, Alberto-Pabón Rodríguez Aurelio- La Mortalidad en Colombia, Vol. II-Bogotá, octubre 1982.

FUENTE : Estudio Nacional de Salud 1977-1980. La Mortalidad en Colombia.

./...

Aun cuando la mortalidad infantil continúa en descenso, en 1977, las enfermedades infecciosas intestinales fueron la primera causa de muerte, probablemente la causa más sensible a las influencias del medio social y cultural.

b) Mortalidad Materna :

Cuadro No. 2

MORTALIDAD MATERNA  
COLOMBIA - 1956-1964-1977

Causas	1956		1964		1977	
	No.	Tasa x mil	No.	Tasa x mil	No.	Tasa x mil
Aborto	75	0.14	160	0.24	250	0.36
Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio	1.598	2.97	1.552	2.30	1.076	1.56
T O T A L	1.673	3.11	1.712	2.54	1.326	1.92
Nacidos vivos	538.485*		674.825*		690.000**	

\* Bautizos

\*\* Estimados.

---

FUENTE : Estudio Nacional de Salud 1977-1980. La Mortalidad en Colombia.

./...

En 1956 se producían en Colombia 3.11 muertes maternas por cada mil nacidos vivos; para 1964 la tasa de mortalidad materna era de 2.54 y para 1977 se estima en 1.92; con descenso del 24% desde 1964.

#### 5. Crecimiento Poblacional :

Desde el año 1905 hasta 1973 (último censo) se han realizado en Colombia 8 censos de población, uno de ellos, el de 1938, no fué aprobado oficialmente por fallas técnicas.

La población ha crecido de 4'135.000 habitantes en 1905 a 22.500.000 en 1973. El ritmo de crecimiento desde el primer censo hasta el del año 1951 fue de algo más del 2% anual; en el período intercensal 1951-1964 se aceleró hasta el 3.26% para luego decrecer en el último período intercensal (1964-1973).

Esto ha sido el lógico resultado del peso variable, en cada período, de las tasas de mortalidad y de fecundidad del país: después de la segunda guerra mundial y como consecuencia de los avances de la medicina preventiva y del mejoramiento y ampliación de los servicios materno-infantiles, empezaron a disminuir las tasas de mortalidad infantil y materna, y en general, mientras las tasas brutas de natalidad continuaban en cifras de más

./...

de 40 por mil habitantes. A mediados de la década del 60 se detectan los primeros descensos de las tasas de natalidad y fecundidad del país, tendencia que ha continuado hasta la actualidad. ( al rededor del 2% anual).

6. Estructura de la Población :

En lo que respecta a la composición por edad y sexo, la estructura de la pirámide de la población colombiana fue hasta 1964 similar a la de los países que tuvieron por mucho tiempo tasas de fecundidad bastante altas, es decir, su base era cada vez más ancha.

El descenso de la fecundidad experimentado en los últimos 10 años ha producido una significativa reducción en la base. La cohorte de 0-4 años en 1964 constituía el 18% de la población; en 1973 este grupo de población significó el 14% del total.

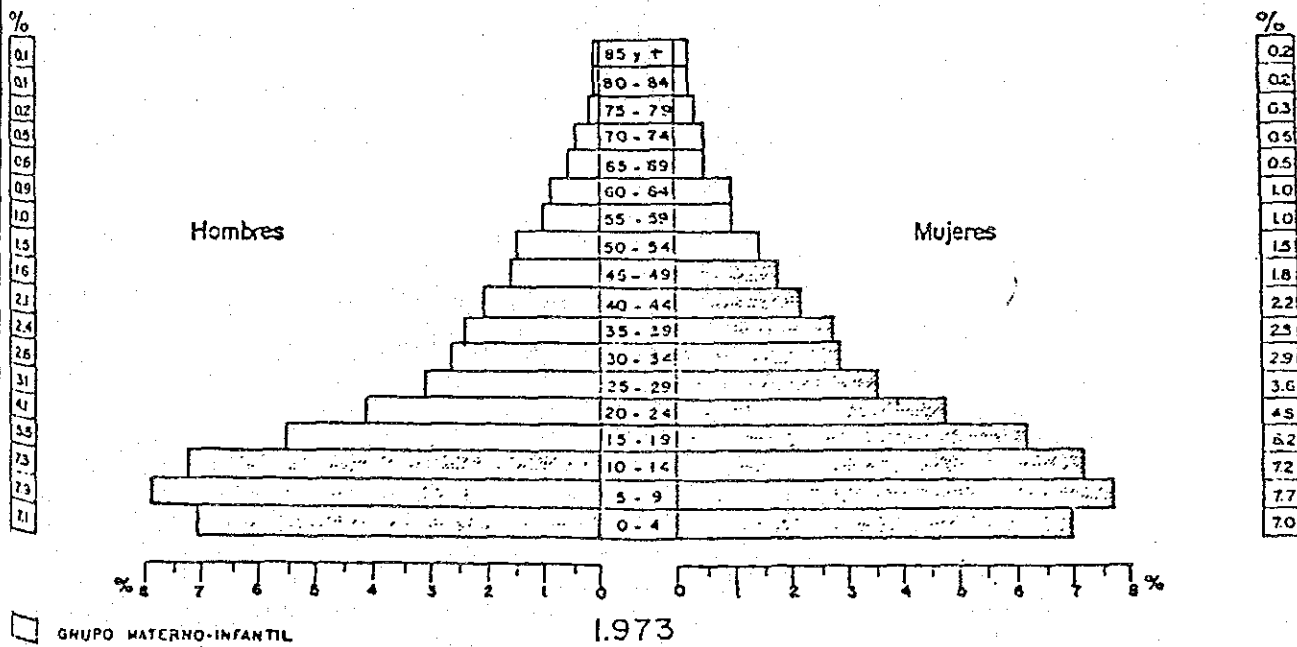
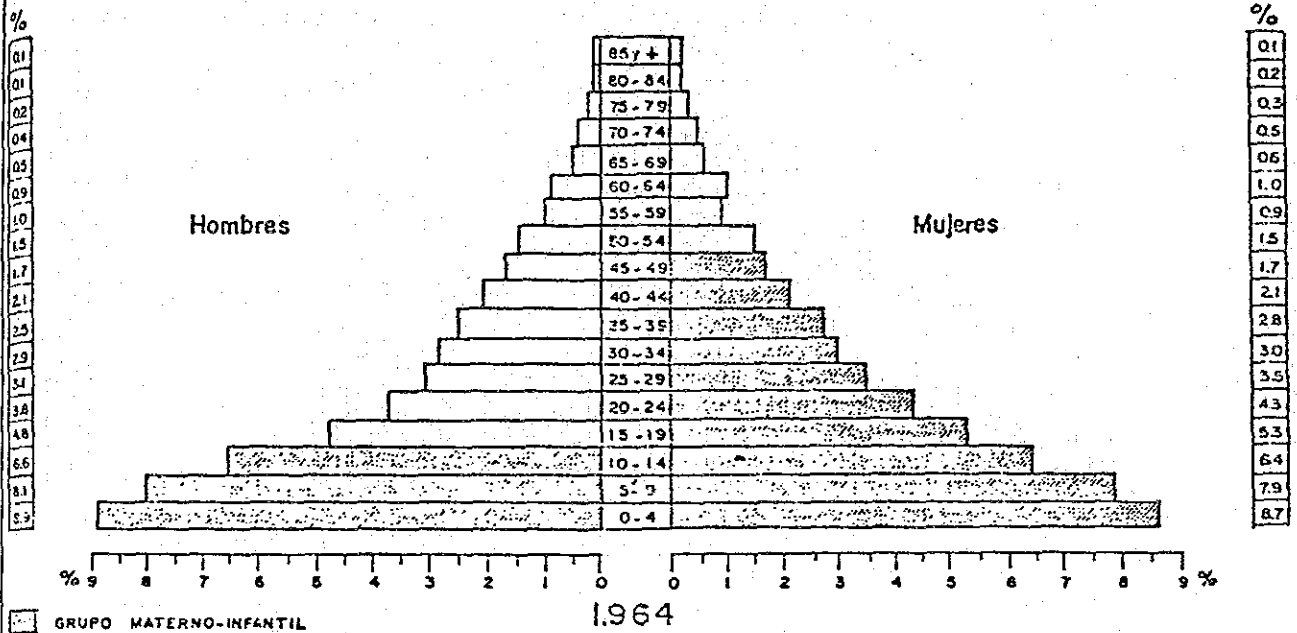
Esta disminución impacta a su vez en el grupo económicamente productivo (15-64 años) y en el grupo dependiente (menores de 15 años)

En 1964 la mitad de la población colombiana dependió de la otra mitad, mientras que en 1973 la población dependiente disminuyó al 47%.

./...

ESTRUCTURA DE LA POBLACION COLOMBIANA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

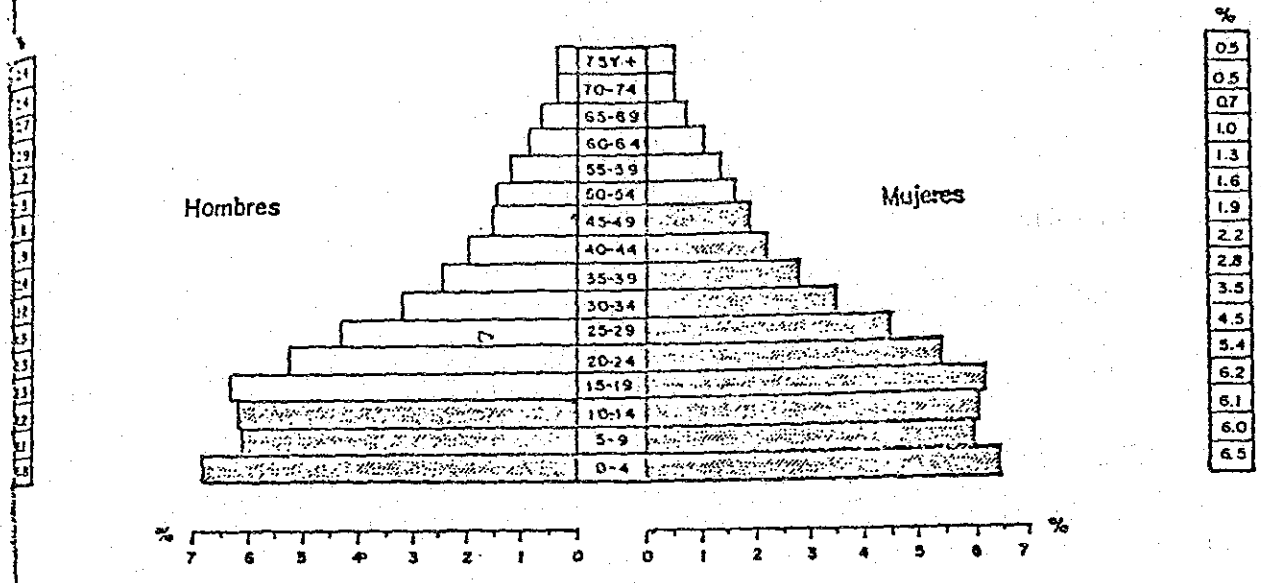
CENSOS DE 1.964 y 1.973



FUENTE: CINE; Censos de población, años 1.964 y 1.973

ESTRUCTURA DE LA POBLACION COLOMBIANA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

PROYECCION PARA 1983 \*



GRUPO MATERNO INFANTIL

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION



## 7. Esperanza de Vida al Nacer :

En Colombia en el lapso de veinte años se ha logrado un aumento de cinco años en este índice, al pasar de 58 años entre 1963 y 1968 a 63 para el período 1978-1983. Para la mujer la ganancia ha sido de cinco años, en tanto que para el hombre se ha incrementado en 4 años.

Cuadro No. 3

ESPERANZA DE VIDA AL NACER  
COLOMBIA - 1963 A 1983

AÑOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1963 - 1968	58	57	60
1968 - 1973	60	58	62
1973 - 1978	62	60	63
1978 - 1983	63	61	65

FUENTE : Estudio Nacional de Salud 1977-1980-  
Partos preliminares.

./...

## II. JUSTIFICACION :

El Programa Materno Infantil en Colombia, desde su comienzo (1969), se ha extendido en forma progresiva a todas las áreas geográficas. En la actualidad (1982), la cobertura alcanzada llega al 100% de los municipios del país; lo cual guarda relación con el número de madres y niños beneficiarios del Programa, que si bien han aumentado estos no alcanzan a la misma proporción de la cobertura geográfica, pero sí han determinado cambios favorables en los indicadores de salud Materno Infantil y Dinámica de Población se considera que el Programa (1982) ha llegado a coberturas significativas en algunas actividades y en otras no alcanza aún cifras aceptables, además la calidad no tiene en la actualidad un nivel satisfactorio; por lo cual se hace necesario modificar el actual sistema de prestación de servicios de salud al grupo Materno Infantil.

Esto implica una modificación substancial en las actividades que está desarrollando el Programa; del enfoque inminentemente ambulatorio hacia la proyección de la atención hospitalaria ; de la concentración de las actividades en los niveles de alta complejidad a asignar o delegar actividades al personal de enfermería, promotoras de salud y parteras empíricas.

./...

Para la ejecución de las actividades bajo este nuevo enfoque se hace indispensable la capacitación del personal de salud para brindar una atención sistematizada a las mujeres en edad fértil, tanto en el período concepcional como interconcepcional y a los menores de 15 años bajo los criterios de "Riesgo Materno, Riesgo Reproductivo y Riesgo Infantil", permitiéndolo optimizar el recurso humano a las necesidades de atención.

Lo anterior muestra la necesidad que tiene el Programa, de contar con la asistencia técnica y financiera, que le permita la reeducación del personal de salud, para el cumplimiento de las tareas y además es fundamental el apoyo en dotación para llegar a la ejecución de las tareas asignadas.

./...

### III. O B J E T I V O S :

#### 1. Generales :

- 1) Ejecutar las actividades del Programa Materno Infantil en forma armónica de acuerdo con las necesidades dadas por el diagnóstico actual del país y la política de salud, con el fin de elevar el nivel de salud y bienestar del Grupo Poblacional Mayoritario y más expuesto al riesgo, con énfasis en zonas rurales, territorios nacionales, zonas fronterizas y urbanas marginadas.
- 2) Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad por causas asociadas con el embarazo, parto, puerperio; por aborto, cáncer cérvico uterino y otra patología ginecológica.
- 3) Contribuir a disminuir los índices de Morbi-mortalidad por enfermedades prevenibles, principalmente como infecciosas y gastrointestinales; inmunoprevenibles, respiratorias y desnutrición por medio de Acciones de Prevención y Control en el menor de 5 años, con el fin de llegar a una tasa de mortalidad infantil del 40% o. en el año de 1986.

./...

- 4) Contribuir a mejorar las condiciones de bienestar de la familia, mediante la educación y otorgamiento de servicios de regulación de la fecundidad, que permitan ejercer concientemente el derecho y deber de la paternidad responsable e influyan en los patrones de fecundidad, con el fin de implementar la política demográfica nacional en lo pertinente al Ministerio de Salud.

2. Específicos :

- 1) Llegar a cubrir 634.103 mujeres en control de embarazo para el año de 1986, con el fin de alcanzar una cobertura del 89.10%.
- 2) Alcanzar a atender 485.206 partos en 1986, para llegar a una cobertura de parto institucional del 68.2%.
- 3) Contribuir a la detección precoz del cáncer cérvico uterino, realizando citología vaginal al 100% de las obstétricas atendidas en consulta prenatal.
- 4) Evaluar el comportamiento de los factores de riesgo, en la población de embarazadas y recién nacido, clasificados en el Modelo de Riesgo.

./...

- 5) Coordinar y evaluar a la partera empírica complementada alcanzando una cobertura nacional de un 80% en relación con el total de parteras empíricas existentes en el país.
- 6) Incrementar las coberturas médicas en la población menor de 1 año en supervisión de Crecimiento y Desarrollo, para alcanzar en 1986 el 90% y en Controles de Enfermería llegar al 60%.
- 7) Incrementar las coberturas médicas y de enfermería en la población de 1 a 4 años en supervisión de Crecimiento y Desarrollo, para alcanzar en 1986 el 60% en Consultas Médicas y el 60% en Controles de Enfermería.
- 8) Incrementar las coberturas médicas en el grupo de 5 a 14 años para alcanzar en 1986 el 40% y en Controles de Enfermería el 30%
- 9) Desarrollar el programa de Prevención de la Deshidratación y Control de Diarrea en menores de 5 años, con producción, distribución, mercadeo y evaluación de sales rehidratantes orales en todo el país.
- 10) Implantar los Programas de Diagnóstico, tratamiento y vigilancia nutricional con énfasis en áreas rurales y margi-

./...

nadas urbanas para disminuir las tasas de desnutrición en población menor de 5 años.

- 11) Sostener e incrementar las actividades de planificación familiar en toda la infraestructura del Sistema de Salud, incluyendo unidades hospitalarias (período post-parto post-aborto) todas las unidades de atención ambulatoria, incluido el nivel de promotoras; según normas y metas establecidas para el período.
- 12) Incrementar coberturas en cantidad y calidad en planificación familiar hasta cubrir el 20% de la población asignada en 1986.
- 13) Garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos en todo el sistema.
- 14) Apoyar las actividades de supervisión y control, a fin de orientar, asesorar las actividades y facilitar la evaluación continua y periódica del programa.
- 15) Mejorar la eficacia y eficiencia operativas complementando a las instituciones con dotación mínima adecuada y oportuna de equipos y suministros.

./...

- 16) Fomentar y ejecutar investigaciones aplicadas y de evaluación para el desarrollo y/o adaptación local de tecnología apropiada y determinación de parámetros evaluativos de impacto en las actividades programadas.
- 17 Fortalecer y extender los niveles de atención primaria, en las actividades de Crecimiento y Desarrollo del menor de 5 años, Atención materna en las etapas de embarazo, parto y post-parto y atención de planificación familiar.

#### IV ANTECEDENTES :

A fines de la década del 60, como resultado de la Encuesta Nacional de Morbilidad y de los primeros estudios demográficos, se comprobó en toda su magnitud el problema de salud de la madre y el niño, las altas tasas de fecundidad y natalidad y la necesidad sentida de la población de espaciar y regular el número de hijos.

Este hecho y la participación de Colombia en la Reunión de Punta del Este, determinaron la calificación de " prioritaria " a la atención Materno-Infantil, con énfasis en las áreas rurales, pues acusaban los mayores déficits.

./...



Es así como en 1969 se inició el Programa Materno Infantil de Colombia, siendo responsable de su ejecución la División Materno Infantil y Dinámica de Población, dependencia del Ministerio de Salud.

En su inicio el Programa respondió a la política de " expansión geográfica " y a fines de 1974 se había alcanzado el 86% de los Municipios del país.

En 1975, se implantó un Programa especial para cinco grandes ciudades, y la orientación actual es la de aumentar las coberturas, (racionalizando los recursos), en las áreas que cuentan con infraestructura básica de salud.

Al comenzar, y hasta fines de 1974 el Programa recibió asistencia financiera de la Agencia Internacional de Desarrollo (A. I. D.).

A partir de 1974 dicha asistencia la asume el Fondo de Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (UNFPA), actuando la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS), como Agencia Internacional Ejecutora.

El monto global de la asistencia de UNFPA hasta junio de 1980 es de aproximadamente US\$ 8'500.000, lo que da un promedio anual alrededor de US\$ 1'300.000.

./...

Las áreas de apoyo han sido en general : adiestramiento, pago de salarios y gastos de operación, anticonceptivos, equipo médico y administrativo.

En 1975 se crea el Sistema Nacional de Salud. Consecuentemente el sub-sector oficial (Ministerio de Salud), en un esfuerzo por lograr el desarrollo de dicho sistema nacional, ha orientado su Política dando prioridad, entre otras, a las siguientes estrategias:

1. La coordinación intra y extra sectorial. Especialmente con:
  - a) Las entidades docente-asistenciales, a fin de promover la adecuación de los estudios y adiestramiento de los profesionales de salud, a las necesidades básicas de la población y sistemas de atención del Ministerio, y la realización de investigaciones aplicadas sobre problemas básicos.
  - b) Con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con los programas de Alimentación y Nutrición, de Desarrollo Rural Integrado, de Integración de Zonas Marginadas, con los Ministerios de Educación, Trabajo, Justicia, para obtener el impacto deseado en las actividades en salud y evitar la duplicación de esfuerzos y dispendio de recursos.

./...

2. La reorganización y reforzamiento de los servicios asistenciales. Estableciendo un sistema regionalizado de servicios capaz de brindar atención integral, continua, accesible y de costo adecuado a la población; que sea aceptado por la comunidad y que promueva su participación activa.
3. Extensión de la cobertura. Especialmente a la población desprotegida de las áreas rurales y urbano-marginadas, con miras al logro de la cobertura universal, incrementando y racionalizando la utilización de promotoras y parteras empíricas adiestradas y el sistema informal de salud de la comunidad.

Estas prioridades no sólo mantienen su vigencia, sino que han sido reafirmadas por el Gobierno actual en su decisión clara de adoptar medidas coyunturales para el mejoramiento de la salud y bienestar de la población.

En coordinación con lo enunciado, la División Materno Infantil, Dependencia de la Dirección de Atención Médica, ha reorientado sus objetivos y estrategias para materializar en el terreno los lineamientos y políticas de salud mediante :

1. La horizontalización, integración y coordinación de las actividades del Programa.

./...

2. La participación en el proceso de reorganización de los servicios paso previo a la extensión de cobertura (hasta hacerla universal), mediante la atención primaria, especialmente en las áreas rurales y urbano-marginadas y.
3. La implementación de la atención materno-infantil en el campo de la hospitalización.

Esto implica un esfuerzo considerable para todos los niveles de la infraestructura, pero especialmente para el nivel central encargado de la programación, normatización, supervisión y evaluación de las actividades que se ejecutan en el ámbito nacional.

Las actividades que sustentan estos objetivos comprenden: La asignación de funciones y tareas, la elaboración de Manuales de Métodos y Procedimientos, la determinación de necesidades y la solicitud de dotación de equipo y suministros, el apoyo a las actividades de educación continuada, de supervisión, evaluación, etc.; todo ello, para cada nivel de atención y tipo de profesional.

El proceso en el que se explicitan estrategias, metas, lugares, responsabilidades, responsables y tiempo de ejecución, está determinado en el Programa Nacional Materno Infantil y se lo detallará a medida que se desarrolle la solicitud del Proyecto de Asistencia-Técnico-Financiera

./...

al Gobierno del Japón.

Queda así establecido el marco de referencia en el cual se formularon los objetivos y metas del Proyecto y consecuentemente el plan de trabajo e insumos necesarios para cumplirlo.

/mdg.

PLAN DE INVERSION SECCION ATENCION INFANTIL

- 1985 -

CAPACITACION		INVESTIGACION		DOTACION	
Descripción	Costo a Financiar	Descripción	Costo a Financiar	Descripción	Costo a Financiar
a. Actualización en crecimiento y desarrollo					
300 Médicos y enfermeras.	12.000.000			a. Elaboración de 1.000.000 de Carné Infantil.	5.000.000
200 Auxiliares de Enfermería.	6.000.000				
200 Promotoras de Salud.	3.000.000				
100 Parteras	1.000.000				
15 Enfermeras Docentes.	600.000				
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 22.600.000</b>				<b>\$ 5.000.000</b>
		<b>Costo a Financiar \$27.600.000</b>		<b>US\$ 345.000</b>	

PLAN DE INVERSION SECCION ATENCION INFANTIL

- 1986 -

CAPACITACION		INVESTIGACION		DOTACION	
Descripción	Costo a Financiar	Descripción	Costo a Financiar	Descripción	Costo a Financiar
a. Actualización en Atención al escolar.					
40 Médicos y enfermeras. Nivel Seccional	1.800.000			a. Elaboración de Normas y fichas de Salud Escolar 2.000.000 de Unidades.	6.554.000
100 Médicos y enfermeras Nivel Regional.	4.500.000				
100 Auxiliares de Enfermería.	3.500.000				
200 Promotoras de Salud.	3.600.000				
	\$13.400.000				\$6.554.000
Costo a Financiar \$19.954.000				US\$249.425	

PLAN DE INVERSION SECCION ATENCION MATERNA

- 1985 -

CAPACITACION		INVESTIGACION		DOTACION	
Descripción	Costo a Financiar	Descripción	Costo a Financiar	Descripción	Costo a Financiar
a. Normas y procedimientos para dar atención Materna.		a. Evaluación del impacto de atención materna.	1.500.000	a. Manuales de técnicas y procedimientos en Ginecoobstetricia. 2.500 Unidades.	1.644.000
300 Promotoras de Salud.	4.500.000			b. Equipos: Reanimación del recién nacido. Monitoria fetal. Mesas Ginecológicas.	2.000.000
300 Auxiliares de Enfermería	8.000.000			c. Audiovisuales 200 sonovisos.	2.000.000
60 Enfermeras	2.400.000			d. Láminas porta objetos 8.000 cajas por 72.	608.000
200 Médicos	8.000.000				
150 Parteras	1.500.000				
	\$25.400.000		\$1.500.000		\$6.252.000
		Costo a Financiar \$33.158.000		US\$414.400	



PLAN DE INVERSION SECCION ATENCION MATERNA

- 1969 -

CAPACITACION		INVESTIGACION		DOTACION	
Descripción	Costo a Financiar	Descripción	Costo a Financiar	Descripción	Costo a Financiar
a. Normas y procedimientos para la atención materna.		a. Situación de Salud prenatal en población de alto riesgo.	1.200.000	a. Equipos para atención prenatal, parto y parto.	3.400.000
50 Médicos Gineco-obstetras.	2.250.000	b. Normas para el manejo de pacientes en embarazo con patología asociada.	800.000	b. Láminas porta objeto 8.800 cajas por 72.	836.000
100 Médicos Generales	4.500.000				
60 Enfermeras	2.700.000				
200 Auxiliares de Enfermería	7.000.000				
200 Promotoras de Salud.	3.600.000				
150 Parteras	1.800.000				
<b>TOTAL</b>	<b>\$21.850.000</b>		<b>\$2.000.000</b>		<b>\$4.236.000</b>

US\$351.075

Costo a Financiar \$28.036.000

PLAN DE INVERSION SECCION DINAMICA DE POBLACION

- 1985 -

CAPACITACION		INVESTIGACION		DOTACION	
Descripción	Costo a Financiar	Descripción	Costo a Financiar	Descripción	Costo a Financiar
a. Inserción de DIU		a. Evaluación de Planeación Familiar y Modelo de Riesgo Reproductivo.		a. Dispositivo Intrauterino Tipo Lippes 50.000 Unidades.	750.000
400 Enfermeras	16.000.000	b. Evaluación y seguimiento de enfermeras capacitadas en inserción de DIU.	1.250.000	b. Insertadores 10.000 Unidades	164.000
60 Auxiliares de Enfermería.	1.200.000		1.404.000	c. Dispositivo Intrauterino Tipo T de cobre 50.000 Unidades.	4.100.000
b. Distribución de anovulatorios.				d. Anticonceptivos Orales 1.000.000 ciclos	25.000.000
430 Promotoras de Salud	6.485.000			e. Láminas porta objetos 5.000 cajas por 72.	380.000
c. Seminario Materno Infantil.					
50 Médicos y Enfermeras.	1.504.960				
<b>TOTAL</b>	<b>25.199.960</b>		<b>2.654.000</b>		<b>31.394.000</b>
		Costo a Financiar \$59.247.960		US\$740.600	

PLAN DE INVERSION SECCION DINAMICA DE POBLACION

- 1986 -

CAPACITACION		INVESTIGACION		DOTACION	
Descripción	Costo a Financiar	Descripción	Costo a Financiar	Descripción	Costo a Financiar
a. Inserción de DIU		a. Evaluación de Planificación Familiar	1.500.000	a. Dispositivo Intrauterino Tipo Lippes 100.000 Unidades.	1.810.000
400 Enfermeras	18.000.000			b. Insertadores 10.000 Unidades.	200.000
60 Auxiliares de Enfermería	1.500.000			c. Dispositivo Intrauterino Tipo T de Cobre 60.000 Unidades.	6.180.000
b. Distribución de anovulatorios.				d. Anticonceptivos Orales 1.200.000 ciclos.	31.200.000
50 Promotoras de Salud.	9.000.000			e. Láminas porta objeto 6.000 cajas por 72.	570.000
c. Seminario Materno Infantil.					
50 Médicos y Enfermeras.	2.000.000				
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 30.500.000</b>		<b>1.500.000</b>		<b>39.960.000</b>

US\$899.500

Costo a Financiar \$71.960.000

PROYECTO DE PRESUPUESTO DE AYUDA EXTERNA PARA COLOMBIA POR EL GOBIERNO DEL JAPON

MINISTERIO DE SALUD-DIVISION MATERNO INFANTIL-1985-1988-

CODIGO	DESCRIPCION	1985 \$ U.S.A.	1986 \$ U.S.A.	Total \$ U.S.A.
20	<u>Componente Sub-Contratos</u>			
21-01	Evaluación de Planificación Familiar y Modelo de Riesgo Reproductivo "Dinámica de Población"	15.625	18.750	34.375
21-02	Evaluación y seguimiento de Enfermeras en Inserción y Control del DIU "Dinámica de Población"	17.550	- 0 -	17.550
21-03	Evaluación del impacto de Atención Materna	18.750	- 0 -	18.750
21-04	Evaluación de normas para el manejo de pacientes en embarazo con patología asociada "Atención Materna".	- 0 -	10.000	10.000
	Total Parcial	<u>61.925</u>	<u>28.750</u>	<u>80.675</u>
32	<u>Cupacitación</u>			
32-01	Capacitar a 400 Enfermeras en Inserción de DIU "Dinámica de Población".	200.000	235.000	425.000
32-02	Capacitar a 60 Auxiliares de Enfermería en Inserción y Control del DIU "Dinámica de Población"	15.000	18.750	33.750

CODIGO	DESCRIPCION	1985 \$U.S.A.	1986 \$U.S.A.	Total \$U.S.A.
32-03	Capacitar a 430 Promotoras en distribución y control de anovulatorios "Dinámica de Población".	81.188	112.500	193.688
32-04	Seminario Materno Infantil	16.812	25.000	43.812
32-05	Capacitar Promotoras en Normas y Procedimientos para dar atención materna(300-1985)-(200-1986)	56.250	45.000	101.250
32-06	Capacitar Auxiliares de Enfermería en Normas y Procedimientos para dar atención materna (300-1985) (200-1986).	112.500	87.500	200.000
32-07	Capacitar Enfermeras con Normas y Procedimientos para dar atención materna(60-1985)-(60-1986).	30.000	33.750	63.750
32-08	Capacitar médicos generales en normas y procedimientos para dar atención materna(200-1985)-(100-1986)	100.000	56.250	156.250
32-09	Capacitar parteras en Normas y Procedimientos para dar atención materna(150-1985)-(150-1986)	18.750	22.500	41.250
32-10	Capacitar Médicos Ginecoobstetras en Normas y Procedimientos para dar atención materna (50-1986)	- 0 -	28.125	28.125
32-11	Actualización en Crecimiento y Desarrollo para Médicos y Enfermeras (300)	150.000	- 0 -	150.000
32-12	Actualización en Crecimiento y Desarrollo para Auxiliares de Enfermería (200)	75.000	- 0 -	75.000
32-13	Actualización en Crecimiento y Desarrollo para Promotoras (200)	37.500	- 0 -	37.500

CODIGO	DESCRIPCION	1985 \$U.S.A.	1986 \$U.S.A.	Total \$ U.S.A.
32-14	Actualización en Crecimiento y Desarrollo para Parteras. (100).	12.500	- 0 -	12.500
32-15	Actualización en Crecimiento y Desarrollo para Enfermeras Docentes (15)	7.500	- 0 -	7.500
32-16	Actualización en Atención al escolar para Médicos y Enfermeras a Nivel Seccional (40).	- 0 -	22.500	22.500
32-17	Actualización en Atención al escolar para Médicos y enfermeras a Nivel Regional (100)	- 0 -	56.250	56.250
32-18	Actualización en Atención al Escolar para Auxiliares de enfermería (100)	- 0 -	43.750	43.750
32-19	Actualización en Atención al Escolar para Promotoras (100).	- 0 -	45.000	45.000
	<u>Total Parcial</u>	<u>915.000</u>	<u>821.875</u>	<u>1.736.875</u>
41	<u>EQUIPO FUNGIBLE</u>			
41-01	Manual Técnicas y Procedimientos Ginecoobstetricia (2.500 Unidades) Atención Materna.	20.550	- 0 -	20.550
41-02	Adquisición de material para toma y procesamiento de las citologías vaginales-láminas porta objeto (8.000x 72-1985) - (8.800 x 72 - 1986)-Atención Materna.	7.600	10.450	18.050
41-03	Adquisición de Material para toma y procesamiento de las citologías vaginales-láminas porta objeto (5.000 x 72-1985) (6.000 x 72 -1986) "Dinámica de Población"	4.750	7.125	11.875

CODIGO	DESCRIPCION	1985 \$ U.S.A.	1986 \$ U.S.A.	Total \$ U.S.A.
41-04	Producción de ayudas audiovisuales "Atención Materna"	25.000	- 0 -	25.000
41-05	Elaboración de 1.000.000 Carné Infantil	62.500	- 0 -	62.500
41-06	Elaboración de Normas y Fichas de Salud Escolar 2.000.000 Unidades - Atención Infantil -	- 0 -	81.925	81.925
	<u>Total Parcial</u>	<u>120.400</u>	<u>99.500</u>	<u>219.900</u>
42	<u>Equipo No Fungible</u>			
42-01	Dotación de equipos para atención prenatal-parto recién nacido y post-parto-Mesas ginecológicas (Atención Materna).	25.000	42.500	67.500
	<u>Total Parcial</u>	<u>25.000</u>	<u>42.500</u>	<u>67.500</u>
44	<u>Anticonceptivos</u>			
44-01	Anticonceptivos Orales	1.000.000	1.200.000	2.200.000
44-03	Dispositivos Intrauterinos			
	- T. de Cobre	50.000 (Unidades)	60.000	110.000
	- Insertadores	10.000 (Unidades)	12.195	22.195
	- Lipres "C y D"	50.000	100.000	150.000
	<u>Total Parcial</u>	<u>387.675</u>	<u>492.375</u>	<u>880.050</u>

5.

CODIGO	DESCRIPCION	1985 \$U.S.A.	1986 \$U.S.A.	Total \$U.S.A.
50	<u>Componentes Diversos</u>			
50-01	Investigación en Situación de Salud Prenatal en Población de Alto Riesgo "Atención Materna".	- 0 -	15.000	15.000
	<u>Total Parcial</u>	<u>- 0 -</u>	<u>15.000</u>	<u>15.000</u>
	<u>Total General</u>	<u>US\$ 1.500.000</u>	<u>US\$ 1.500.000</u>	<u>US\$ 3.000.000</u>



コロンビア共和国

国家企画庁

国際技術協力部

日本大使館一等書記官

小笠原 憲 一 博士 殿

件名： 家族計画に関する日本政府による技術  
協力の件

拝啓：

コロンビアにおける家族計画推進のため我国政府が日本政府に協力を要請するにあたりそれに関する一般的な判断材料を網羅した資料を同封致します。

基礎人口学的研究に関しては、基礎人口学の情報を積極的に取入れ飛躍的に進んだ我国の状況を他の機会に貴大使館及びJICAにお知らせした通りです。しかしながらこの種の調査に関し正確をきす為には正当な権限をもつ国の諸機関による調査研究及び調査団の派遣が必要と思われれます。

敬 具

Nomra Bateman Duran

国際技術協力部

同封物： 上記の通り。

写し宛先

石井和男博士	(JICA)
Camilo Delgado 博士	(保健省)
Cristina Neira de Fonseca 博士	(保健部)
Jose Olinto Rueda 博士	(社会人口学部)

コロンビア共和国

保健省医務局

母子保健及び人口動態調査部

1985 - 1986

コロンビア政府・日本政府合同計画

母子及び人口動態計画に対する技術及び財政援助

ボゴタ 1983年7月

コロンビア政府・日本政府合同計画

国名	コロンビア
表題	母子及び人口動態計画に対する技術及び財政援助
提出月日	1983年7月
請求者	保健省
計画実施運営にあたる政府機関	母子保健人口動態
計画実施期間	2年間
開始日	1985年1月
日本政府援助額	US \$ 3,000,000

## 目 次

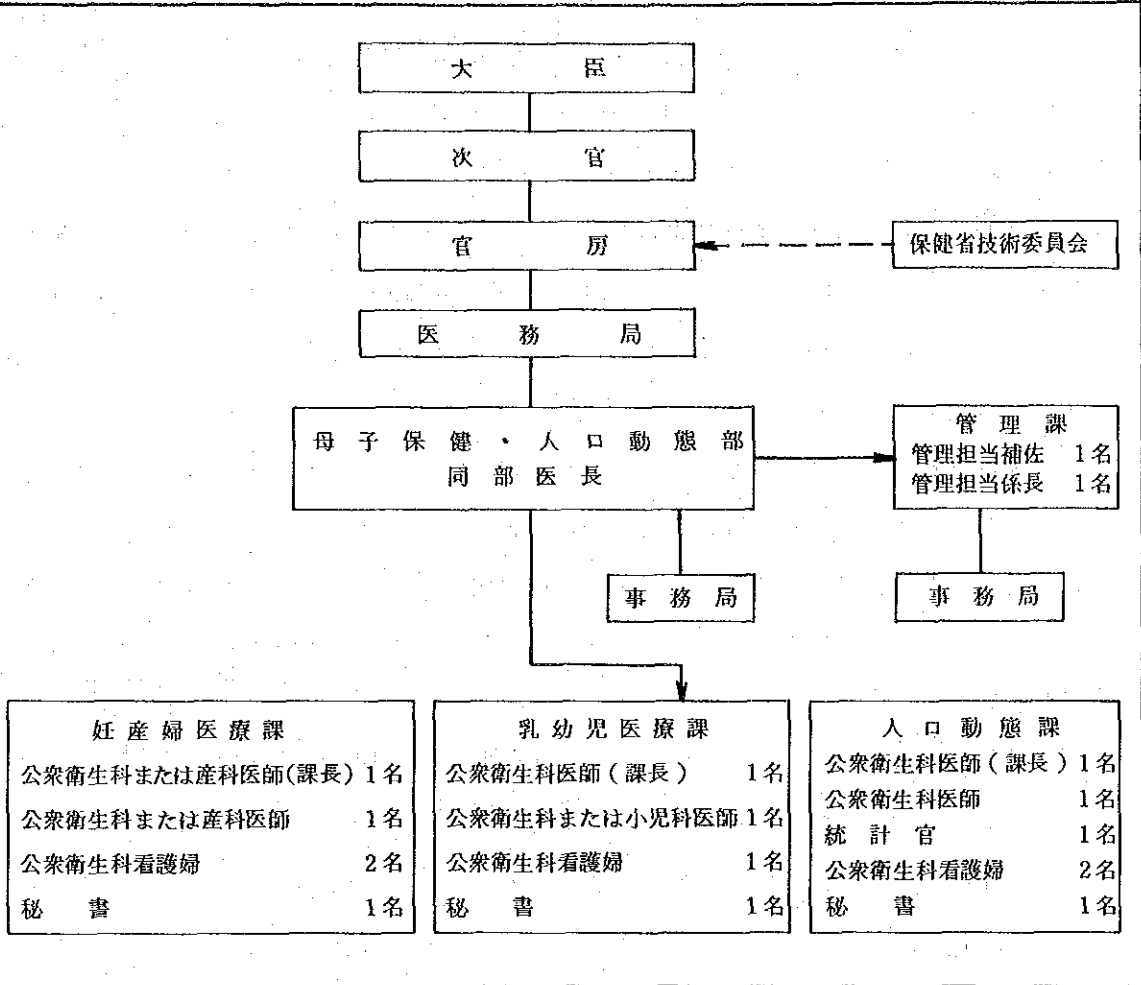
序 文 .....	73
I 母子に関する人口状況 .....	75
— コロンビア 1980—1982 .....	
— 1985—1986 .....	
II 計画推進理由 .....	83
III 目 標 .....	84
— 一段目標 .....	84
— 特別目標 .....	84
IV 当該プログラムの前歴 .....	86
V 投資計画 .....	88
— 予 算 .....	91

## 序 文

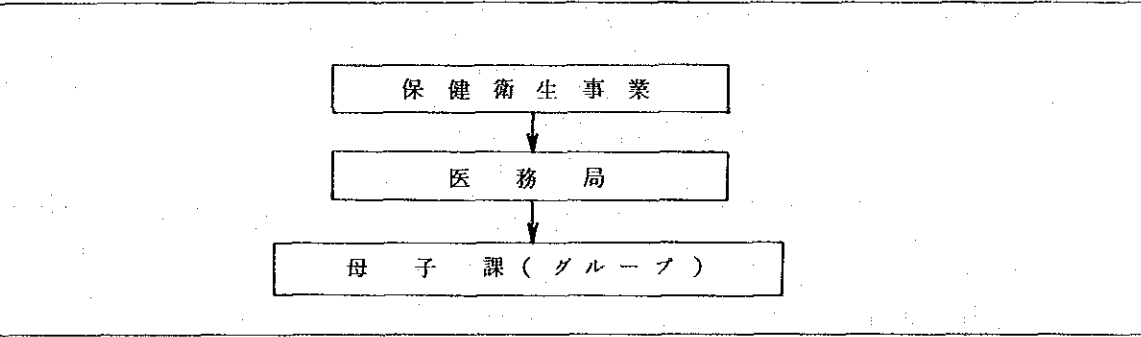
母子保健・人口動態部は、保健省の医療関係 5 部のうちの 1 つであり、保健省の保健衛生部門の総合的政策に基づき当該人口分野での政策を決定し、全国の母子計画の技術指導及び運営管理の基準設定を行なう。

その内部機構は、国民保健衛生システムが定める 3 つの課によって構成されており（機構図参照）、それぞれの課には、計画の基準適用と管理を行なう医師及び看護婦が配置されている。

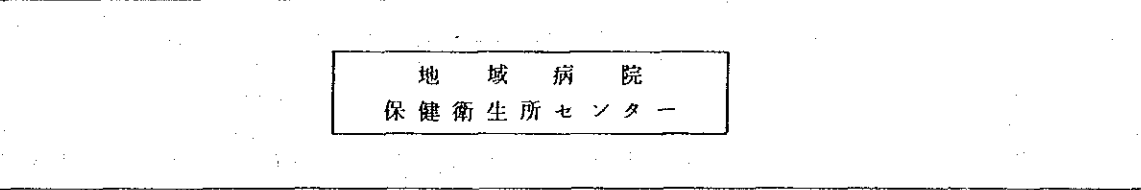
国家レベル



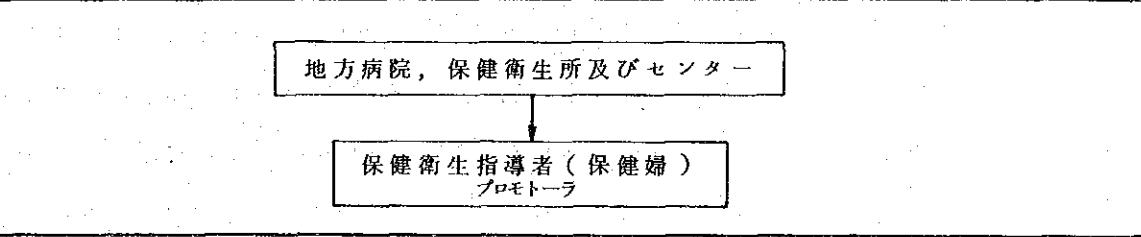
制度上のレベル



地域レベル



地方レベル



## I 人口学的にみた状況

### 1. 概略

コロンビア共和国は南アメリカの北西の端に位置し、大西洋岸及び太平洋岸を所有する思恵に浴している。(図1参照)その面積は1,141,748km<sup>2</sup>である。アンデス山脈が南から北へ横切り、そのため地形及び気候にかなりの違いが認められ独自の特徴を有する5つの地方に分類することができる。

カリブ海沿岸地方は、乾燥した気候の農業及び牧畜に適した地方である。太平洋岸地方は、その大部分が熱帯に属し、湿度が高く雨の多い気候の土地である。アンデス地方は、ほとんどが山岳地帯で峡谷及びメセタ(高原)地帯を擁している。“Orinoquia Colombiana”と呼ばれる地方は広大な高原の広がる地方であり、コロンビアアマゾン地方は森林に覆われた地帯が大部分である。

国民の大部分は、アンデス地方及び大西洋岸地方(国土全体の20%を占める)に居住しており、人口密度は、1平方キロメートルあたり36人から176人の間を上下している。国境沿いの森林地帯と東部平原の人口は極めて少なく、その人口密度は1平方キロメートルあたり1人以下である。

首都Bogota D. E.の人口は4,175,000人である。(1983年現在)1) 現在人口百万人以上の都市は4都市を数える。

都市人口と地方人口の比率は、全人口に対しそれぞれ60%と40%である。1) 1973年の人口調査によれば、国内で人口20万人以上の都市は10,10万人以上の都市は16存在する。

1) 国家計画局プロジェクト

1) 1982 - 1986 保健衛生国家計画 保健衛生実態調査 ホゴタ 1982年10月

### 2. 出生率

我国の実態調査のための実施された人口調査及びアンケート調査によるデータを利用し、何人かの研究者2)が行った推定見積りに従えば、1900年から1964年までの出生率は千人あたり54人以上を維持していた。Elkinsは、コロンビアにおける受胎数の最初の減少をとらえ、1965-1966の出生率を千人あたり44.5人、1967-1968はさらに下がり千人あたり41.3人と見積っている。

2] Collver ; Lopez - Toro ; Elkins , Potler , Ordonz , Measham ; Prada - Bayloy

以後1976年まで減少しつづけ受胎に関する受胎率全国調査により出生率は千人あたり1976年31.1人と判明した。全国家庭調査は、1978年の出生率を千人あたり29.1人とした。1982年については千人あたり27人という数字が出ている。 2]

### 3. 受胎率

全国受胎調査は、1960年代中期からコロンビアにおける受胎数の急激な減少をはっきりと表わしている。1968年には、T. F. T 1] (全受胎率)は、6.7 2]、1976年には4.2 2]であった。避妊法活用の普及状況についての第二回全国調査1980によれば受胎率は3.6を示している。すなわち、最近12年間にコロンビアの受胎率は46%の減少を見たことになる。

1] 女性もった性生活全体の中で生きて生まれた子供の数の平均値

2] 国民保健衛生計画1982 - 1986

### 4. 死亡率

López - Toro の調査研究に従えば、1938年から1950年までの死亡率は千人あたり22.4人であった。1951年から1964年までの死亡率は千人あたり17.5人に低下した。

1970年には死亡率は千人あたり10.1人 1] 1973年には7.3人 1]に減少し、1982年の死亡率は5.8人 1]と推定される。

伝染性の腸疾患が、1973年、75年、77年の死亡原因の第一位となっている。

1977年の死亡原因の第二位には、悪性腫瘍が登場している。

1] Bayoray Pabón , 1982 Op. Cit.

#### a) 乳幼児死亡率

1982年の推定幼児死亡率は、出生千人あたり57人で、1970年と比べ30%減となっている。また死亡者数全体に対する5才未満の乳幼児の死亡者数は、1965年には半分を占めていたが、1977年には3分の1にまで低下している。 1]

1] Bayona Nuney Alberfo - Pabon Rodriyuez Aurelio コロンビアにおける死亡率

第二巻 - ボゴタ, 1982年10月

コロンビアにおける死亡率

乳幼児死亡率は低下し続けているが、1977年における死亡原因の第一位は伝染性腸疾患で、これは社会的文化的環境に非常に関連した死亡原因であるといえよう。

de niños menores de cinco años, por cada dos defunciones en 1965, se bajó a una de cada tres en 1977". 1]

Cuadro No. 1 表 1

MORTALIDAD INFANTIL 乳幼児死亡率  
PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE 主要死因  
COLOMBIA - 1977

Código 符号	Nombre 病名	Orden 順位	Número 死亡者数	Tasas X millón 人口百万人 あたりの 死亡者数	%
00	Infeciosas intestinales 伝染病腸疾患	1	9.984	14.470	24.0
31	Enfermedades respiratorias agudas 急性呼吸器疾患	2	6.302	9.133	15.2
44	Otras Perinatales その他の周生期死亡	3	5.075	7.355	12.2
43	Afecciones anóxicase hipóxicas no clasificadas en otra parte 他項目に分類されない酸素欠乏症又は低酸素症	4	3.857	5.590	9.3
32	Afecciones respiratorias crónicas 慢性呼吸器疾患	5	2.696	3.907	6.5
16	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales ビタミン欠乏症及びその他の栄養失調	6	1.955	2.833	4.7
42	Anomalias congénitas 先天性異常	7	1.315	1.906	3.2
04	Otras enfermedades bacterianas その他の細菌性疾患	8	1.106	1.603	2.7
21	Meningitis 髄膜炎	9	954	1.383	2.3
02	Tosferina 百日咳	10	534	774	1.3
45	Sintomas y estados morbosos mal definidos 不明		3.369		8.1
TOTAL			41.571		100.0

1] Bayona Nunez, Alberto-Pabon Rodriguez Aurelio- La Mortalidad en Colombia, Vol. II-Bogotá, octubre 1982.

FUENTE: Estudio Nacional de Salud 1977-1980. La Mortalidad en Colombia.



Aunque la mortalidad infantil continúa en descenso, en 1977, las enfermedades infecciosas intestinales fueron la primera causa de muerte, probablemente la causa más sensible a las influencias del medio social y cultural.

b) Mortalidad Materna : 母親死亡率

Cuadro No. 2 図 2

MORTALIDAD MATERNA 母親死亡率

COLOMBIA - 1956 - 1964 - 1977

Causas 死亡原因	1956		1964		1977	
	No. 死亡者数	Tasa x mil 人口千人あたりの死亡者数	No. 死亡者数	Tasa x mil 人口千人あたりの死亡者数	No. 死亡者数	Tasa x mil 人口千人あたりの死亡者数
Aborto 流産	75	0.14	160	0.24	250	0.36
Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio 妊娠・出産・産後のその他の合併症	1.598	2.97	1.552	2.30	1.076	1.56
TOTAL 合計	1.673	3.11	1.712	2.54	1.326	1.92
Nacidos vivos 生きて生まれた新生児数	538.485*		674.825*		690.000**	

\* Bautizos 洗礼を受けた人数

\*\* Estimados. 推定見積の数

FUENTE: Estudio Nacional de Salud 1977 - 1980. La Mortalidad en Colombia.

出典：国の保健衛生白書 1977-1980

コロンビアにおける死亡率

コロンビアにおける出生児千人あたりの母親の死亡数は1956年3.11件、1964年2.54件であった。1977年には1.92件と推定され1964年から24%の減少となる。

## 5. 人口の増加

1905年から1973年(の最新の人口調査)までコロンビアにおいて8回の人口調査が実施された。その中の1938年の人口調査は、その技術的な欠陥の理由から正式には採用されていない。

人口は、1905年の4,135,000人から1973年の22,500,000人に増加した。第一回の人口調査から1951年の調査までの増加率は年間2%強であった。1951年から64年までの調査と調査の間には、増加率は3.26%にまで急速に上昇したが、その後、1964年から1973年までの期間には低下を示している。

これはそれぞれの時期における国の死亡率、受胎率の変化を反映した論理的な結果といえる。第二次世界大戦後、予防薬の進歩母子保健サービスの改善・拡大の結果、乳幼児及び母親の死亡率は低下し始めた。と同時に出生率は、人口千人あたり40人という値を示し続けていた。1960年代後半に出生率及び受胎率の低下傾向があらわれはじめ、この傾向は現在に至っている。(年間約2%の減少)

## 6. 人口構成

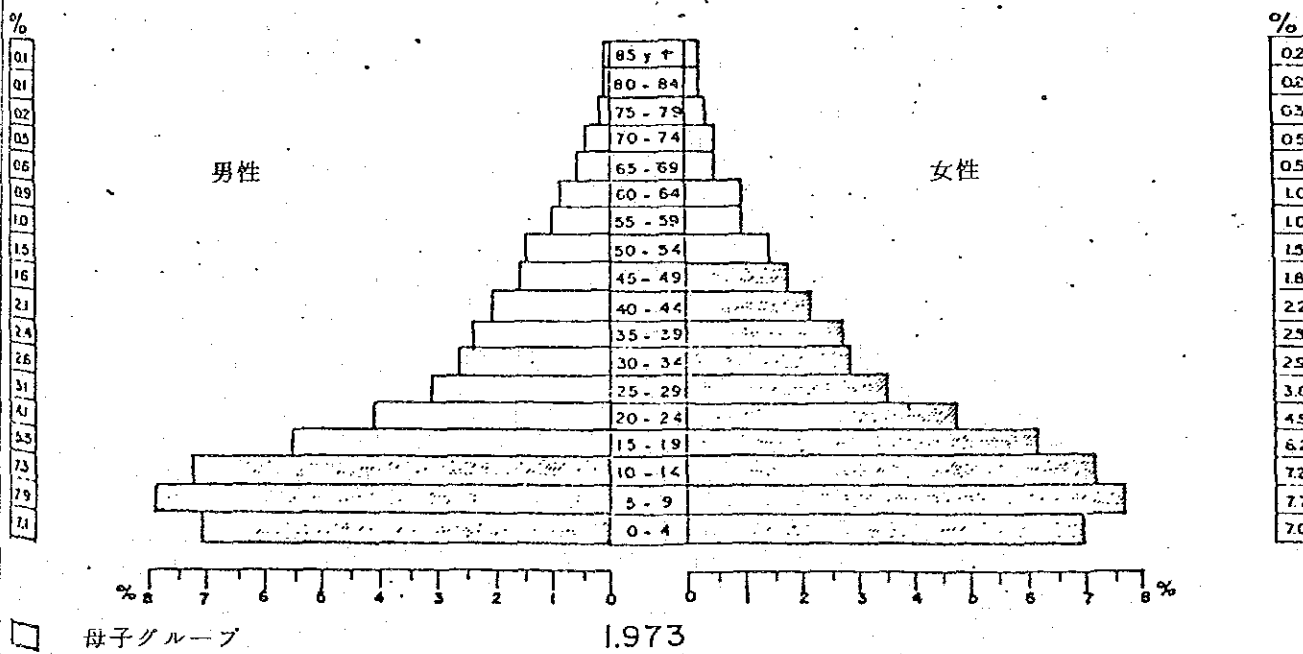
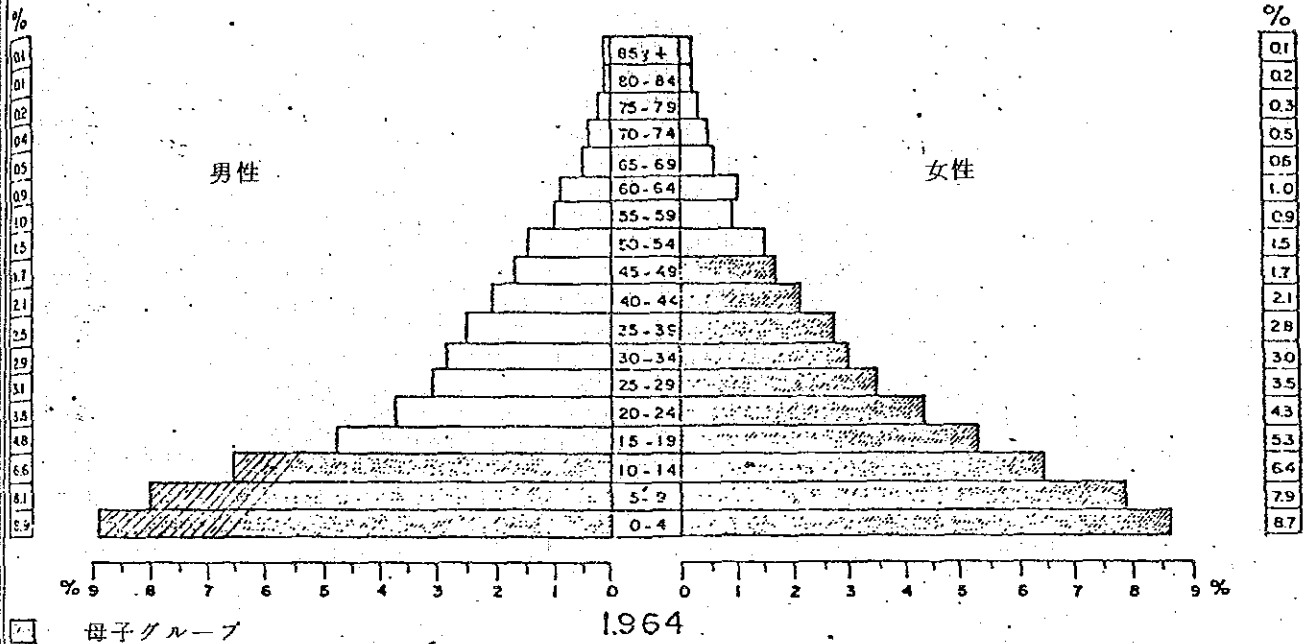
年齢別及び性別構成に関するコロンビアの人口ピラミッドは、長年にわたりかなり高い受胎率を示した国々の構成図と同様の型を1964年まで示していた。すなわち底辺に行く程、広がっていく形である。

最近10年間におこった受胎率の低下は、底辺部に顕著な減少を生じた。0才から4才までの層は1964年にはまだ人口の18%を占めていたが、1973年には全人口の14%にまで減少している。この減少は、経済的活動人口層(15才~64才)と扶養を必要とする年齢層(15才未満)とも影響を与えている。

1964年には、コロンビアの全人口の半数が、他の半数に経済的に依存していたが、1973年にはその割合は47%にまで減っている。

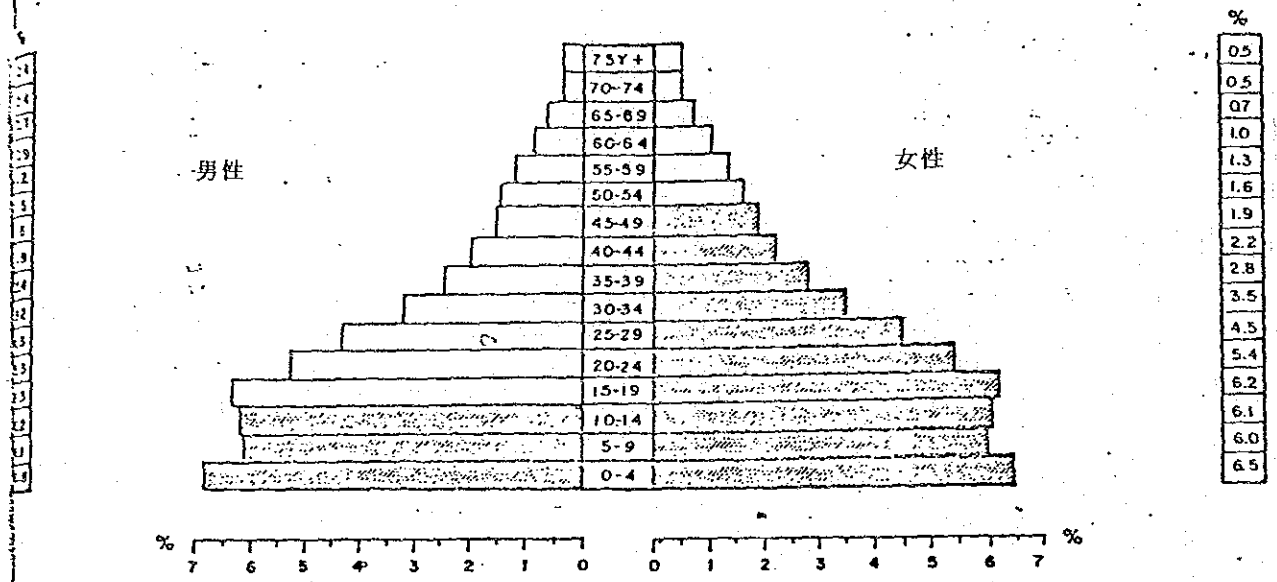
コロンビアの年齢別・性別人口構成

1964年, 1973年人口調査



コロンビアの年齢別・性別人口構成

1983年までの計画目標



母子グループ

国立計画局

7. 平均余命（出生時に期待できる平均寿命）

コロンビアにおいては過去20年間に平均余命は5才の伸びを示した。すなわち1963年から68年までの平均余命58才に対し1978年から83年までの平均余命は63才である。女性の平均余命の伸びは5才男性の伸びは4才であった。

図3 平均余命

コロンビア 1963～1983

年	全 体	男 性	女 性
1963-1968	58	57	60
1968-1973	60	58	62
1973-1978	62	60	63
1978-1983	63	61	65

出典：国の保健衛生白書  
出生準備

## Ⅱ 計画推進理由

コロンビアにおける母子保健プログラムはその開始以来（1969）国内全域に急速に広がってきている。現在（1982），この計画がカバーする地域は，我国の全自治体に100%広がっている。これは，このプログラムの恩恵を受けた母子の人数はたしかに増加しているが，地理的な普及率には及んでいない。しかし，母子の保健衛生及び人口動態の諸指標に関して確かに有意義な変化が認められ，1982年には当該プログラムは，いくつかの活動においてはすぐれた実績をおさめる一方，その他の活動においては量的にも質的にも満足できる結果を現在のところ得ていないと考えられる。以上のことから母子グループに対する保健衛生サービス提供の現在のシステムを変える必要が生じている。

このことは，当該プログラムが進めてきた諸活動に実体的な変化をもたらすものである。すなわち救急外来に焦点をあてた活動から入院治療についての計画までまた病院職員，保健指導員及び経験のある産婆に計画の実施を委託するために複雑で高度なレベルの諸活動の実中の統制が必要となってくる。

この新しい角度の活動の実施に当っては，妊娠の可能性のある女性，妊娠中及び妊娠と妊娠の間にある女性，また15才未満の女子に対して，“母体のもつ危険性” “性生活のもつ危険性，” “乳幼児のもつ危険性”に照準をおいた組織的な医療保健サービスを提供するために保健衛生関係者の十分な数の採用が不可欠となる。そしてこれにより医療保健サービスの必要に応じて人材を最大限活用することが可能となるのである。

以上当該プログラムに関し技術的財政的援助の必要性を示した。技術的財政的援助により事業の達成のための保健衛生関係者の再教育が可能となり，また財政面での援助はこれまでに述べた事業の実施にこぎつけるための基本的な条件である。

### Ⅲ 目 標

#### 1. 一般的目標

- 1) 多人口層〔14才以下〕及び特に危険にさらされているグループの保健衛生及び福祉のレベルアップをはかる目的で特に農村部、4直轄地区、5特別区及び都市周辺部に重点をおき、我国の現在の状況から判断して必要と思われるものと国の保健衛生政策に従って、調和的な形で、“母子保健プログラム”の活動を実施すること。
- 2) 妊娠・出産・産後に関連のある原因による、また流産、子宮頸部のがん、その他の婦人科疾患による羅病・死亡率の減少をはかる。
- 3) 主に伝染病や胃腸疾患のような予防の可能な疾患、呼吸器疾患や栄養失調のような免疫予防の可能な疾患による羅病・死亡率を、5才未満の乳幼児に対する“予防と管理活動”の実施により減少させる。1986年には乳幼児死亡率の40%に達することをその目標とする。
- 4) 受胎調節に関する教育及びサービスの提供を通して責任ある父性の権利と義務の自覚化を行ない、受胎パターンに影響を与え家族の豊かな生活のための条件の改善をめざす。保健省管轄下の国の人口政策の達成をその目的とする。

#### 2. 特別目標

- 1) 1986年までに妊娠コントロールを受けている女性の数を634,103人にまで伸ばしその普及率を89.10%に近づける。
- 2) 1986年において485,206件の出産に対し医療サービスを提供し、授産施設内での出産率を68.2%に近づける。
- 3) 出産前の診察において産科患者の100%に対し腔の細胞検査を実施し、子宮頸部のがんの早期発見につとめる。
- 4) 妊産婦及び新生児の生命の危険の諸要素を“危険モデル”別に分類し危険度を評価する。
- 5) 全国の産婆の80%との協力と評価を行なう。
- 6) 1才未満の人口に対し“成長と発育記録”の査察を1986年には90%達成し、“診療所のコントロール”では60%を達成することで、医療カバーを増加させる。
- 7) 1才から4才までの幼児に対し、その“成長と発育”に関する指導のための医療提供範囲を広げ、1986年には対象年齢の幼児の60%に対し医師の診察を、その60%に対し診

この事実とコロンビアが " Reunion de Punta del Este " ( プンク・デル・エステ ウルグアイ, 汎米経済社会委員会会議 ) に参加したことにより, 特に農村地帯に重点をおいた " 第一の必要性 " と評定された母子保健を重視する必要性が初めて認められた。

こうして1969年にコロンビア母子保健プログラムが開始され, その実施には保健省に属する母子保健・人口動態部があたることとなった。

初期には当該プログラムは " 地理的な広がり " を目ざし, その結果1974年末には全国の自治体の86%に浸透するという効果を得た。

1975年に5大都市を対象とした特別プログラムに加え, 現在は保健衛生のインフラストラクチャーを備えた地域を対象に ( 資金を合理的に運用し ) プログラムの適用範囲を広げていく方向で活動を行っている。

プログラムの開始時及び1974年末まで当該プログラムは, 「 Agencia Internacional de Desarrollo ( 国際開発機関 ) から財政的援助を受けていた。

1974年以後この財政援助は, " 人口問題に関する活動に対する国際連合基金 " ( UNFPA ) に引き継がれ, 国際実施機関として汎米衛生機構 ( OPS/OMS ) がその任を負っている。

1980年6月までにUNFPAから受けた財政援助の総額は約US\$ 8,500,000で, 年間の援助額はUS\$ 1,300,000前後である。

援助の対象範囲は通常の援助と同様である。すなわち, 訓練, 給与の支払い, 運営経費, 避妊のための経費, 医療機器及び運営管理に必要な機器を対象とする。

1975年に全国保健衛生システムがスタートした。そのシステムの担当部署 ( 母子保健部 ) は, このシステムの発展のために次の各点を優先させる政策を打ち出した。

1. 母子保健部内外の連携・協力体制は以下の項目に重点をおいて実施される。
  - a) 国民と保健省の各組織の基本的な必要性に応じるために, 又, 基本的な諸問題の適切な調査研究の実施のために研究活動を適切に進め保健衛生専門家の育成をめざすために医育機関と連携協力体制をとる。
  - b) 保健衛生活動により期待される効果をあげ, 労力の無駄や資金の浪費を避けるために " コロンビア家族福祉研究所 ", 栄養摂取プログラム, 統合的・地方開発プログラム, 国境地帯開発プログラム及び教育省, 労働省, 法務省と協力体制をとって活動をすすめる。
2. 医療サービスの再組織化及び再強化を進める。住民に総合的で, 持続的, 開放的で適切な料金の診療を可能とするその地域に密着したサービス組織を確立し, それが地域住民から認



- 療所による指導を実施することを目ざす。
- 8) 5才から14才までの小児に対する医療提供範囲を1986年にはその40%にまで広げ、診療所による指導をその30%に対し実施することを目ざす。
  - 9) 5才未満の乳幼児に対する“脱水症の予防と下痢の手当”に関するプログラムを進め、経口水分補給器 (sales rehidratantes orales) の製造、配布、販売、評価を全国的に行う。
  - 10) “診断プログラム”を実施し、特に農村地帯や、都市周辺地帯に重点をおいて5才未満の乳幼児の栄養失調の率を減少させるために栄養に関する指導監督を行う。
  - 11) 保健衛生システムの全インフラレベルにおいて家族計画活動を維持し増加させる。病院単位 (産後及び流産後の期間) 及び保健婦レベルを含む移動医療サービスの全単位を含みそれぞれの時期に応じて設定された基準と目的に従い指導を行う。
  - 12) 家族計画の量的及び質的普及をはかり、1986年には全人口の20%に浸透するとを目標とする。
  - 13) [保健衛生] システムの全レベルにおける避妊法の用意を保証する。
  - 14) 活動の方向を決定し改善のための助言を与えまた当該プログラムの継続的・定期的な評価を得るために、指導監督活動を援助する。
  - 15) 施設の機能及び効率の向上を目ざし必要最小限かつ適切な材機及び器具の補給のための援助を行う。
  - 16) 適切な技術及びプログラムに従った活動における影響を測るパラメーターの決定と適切な技術の提供をその地域の実情に従い進め適応させていくための研究調査を奨励、実施する。
  - 17) 5才未満の乳幼児に対する“成長・発育”の指導活動、妊娠中、出産、出産後の母親に対する活動及び家族計画抗進運動におけるプライマリーケアの水準を強化、拡大する。

#### IV 当該プログラムの前歴

死亡に関する国のアンケート調査及び諸人口学的研究の結果、60年代末になって母子保健衛生問題、高い受胎率と出産率の問題及び子供の数の調節と妊娠と妊娠の間の期間をおくことの必要性が大きくクローズアップされた。

められその積極的な参加を促すように進める。

3. プログラム適用範囲の拡大を進める。特に地方や都市周辺部といった政府の保護を受けていない地域において、保健婦及び訓練を受けた産婆の活用と住民の保健衛生に関する情報システムの利用を合理的に進め、プログラムを総合的に適用することを目標とする。

これらの優先的な方針に関しては、現行の活動を維持してだけでなく、住民の健康と福祉の向上のためにその情勢に応じた活動方法を取り入れていくための明確な決定において現在の政府は再確認してきた。

以上の事項を同時に進行していくにあたり医療局に属する母子保健部は保健衛生に関する方針や政策を国内で実現化するための目標をあらたに設定した。その方法は次の通りである。

1. プログラムの活動の方針決定、完全実施およびプログラム間の連携。
2. 特に地方や都市周辺部に重点をおいてプログラムの適用範囲が全国をくまなくカバーするまでの過渡的な期間にプライマリーケアを施すことにより、医療サービスの再編成にかかわっていくこと。
3. 入院加療の分野における母子に対する医療の在り方を改善していくこと。

以上を達成するためには、プログラムの構成要素の全段階における努力を必要とする。しかし特に、国内で実施する諸活動のプログラムや規準の決定、監督及び評価にたずさわる部署において多大な努力を要するものである。

これらの目標達成のために実施すべき活動は次の通りである。すなわち、“方法・手段のマニュアル”の作成、必要事項の決定及び機械、補給品のため援助要請、継続的な教育活動、指導監督、評価に対する援助、その他である。これらはすべてレベルごとに専門的な方法で行われる。

諸活動の方針、目的、適用地、責任者実施時期等を明確化していく過程は国の母子保健プログラムの中で決められており、又、“日本政府に対する技術財政援助プロジェクト”の要請が進むに従い詳細に述べられることになるであろう。

以下に、プロジェクトの目標と目的すなわち事業計画及びその達成に必要な資金額について作成した一覧表をつけ加えることとする。

PLAN DE INVERSION SECCION ATENCION INFANTIL

乳幼児保健関係投資計画

- 1985 -

教 育 CAPACITACION		調 査 研 究 INVESTIGACION		供 与 DOTACION	
項 目 Descripcion	Costo a 費用 Financiar	Descripcion	Costo a Financiar	Descripcion	Costo a Financiar
発育成長に関する検診・指導の実施 a. Actualizacion en crecimiento y desarrollo  医師・看護婦 300人 300 Medicos y enfermeras  準看 200人 200 Auxiliares de Enfermeria  保健婦 200人 200 Promotoras de Salud.  産婆 100人 100 Parteras  教育担当看護婦 15人 15 Enfermeras Docentes.	   12000.000  6.000.000  3.000.000  1.000.000  600.000			乳幼児手帳百万部作成 a. Elaboracion de 1.000.000 de Carne Infantil.	   5.000.000
TOTAL	\$ 22.600.000				\$ 5.000.000
費用計 Costo a Financiar			\$27.600.000	US\$	345.000

- 1986 -

学童対象の援護の実施 a. Actualizacion en Atencion al escolar.  医師及び看護婦(各課毎)40人 40 Medicos y enfermeras. Nivel Seccional  医師及び看護婦(地方レベル)100人 100 Medicos y enfermeras Nivel Regional  準看100人 100 Auxiliares de Enfermeria.  保健婦200人 200 Promotoras de Salud.	   1.800.000  4.500.000  3.500.000  3.600.000			学童健康増進活動用基準作成及び健康カード2百万部作成 a. Elaboracion de Normas y fichas de Salud Escolar 2.000.000 de Unidades.	   6.554.000
	\$ 13.400.000				\$ 6.554.000
費用計 Costo a Financiar			\$19.954.000	US\$	24.942.5

PLAN DE INVERSION SECCION ATENCION MATERNA

妊産婦保健関係投資計画

- 1985 -

教 育 CAPACITACION		調 査 研 究 INVESTIGACION		供 与 DOTACION	
項 目 Descripcion	Costo a 費用 Financiar	Descripcion	Costo a Financiar	Descripcion	Costo a Financiar
母性援護活動に従事する者 a. Normas y procedimientos para dar atención Materna.  保健婦 300人 300 Promotoras de Salud.  準看 300人 300 Auxiliares de Enfermeria  看護婦 60人 60 Enfermeras  医師 200人 200 Medicos  産婆 150人 150 Parteras	4.500.000  9.000.000  2.400.000  8.000.000  1.500.000	母性援護活動実績の評価 a. Evaluacion del impacto de atención materna.	1.500.000	産婦人科の技術及び処置に関するマニュアル 2500部 (医師・看護婦用) a. Manuales de técnicas y procedimientos en Ginecoobstetricia. 2.500 Unidades.  機械: 新生児用人工蘇生器 胎児観察モニター, 婦人科診察台 b. Equipos: Reanimacion del recién nacido. Monitoria fetal. Mesas Ginecologicas.  視聴覚機材 200組(スライドプロジェクター) c. Audiovisuales 200 sonovisos.  顕微鏡スライド (72枚入) 8,000ケース d. Laminas porta objetos 8.000 cajas por 72.	1.644.000  2.000.000  2.000.000  608.000
	\$25.400.000		\$150.000		\$62.520.000
費用計 Costo a Financiar		\$33.158.000		US\$414.400	

- 1986 -

母性援護活動に従事する者 a. Normas y procedimientos para la atención materna.  産婦人科医師 50人 50 Medicos Ginecoobstetras.  内科医師 100人 100 Medicos Generales  看護婦 60人 60 Enfermeras  準看 200人 200 Auxiliares de Enfermeria  保健婦 200人 200 Promotoras de Salud.  産婆 150 150 Parteras	2.250.000  4.500.000  2.700.000  7.000.000  3.600.000  1.800.000	高い危険率を示す国民各層の産婦の出産前健康状態の調査 a. Situacion de Salud prenatal  妊娠中の患者に対する治療基準に関する病理学的評価	1.200.000  800.000	出産前, 出産, 出産後診療用機器 (外来, 入院患者用) a. Equipos para atención prenatal, parto y postparto.  顕微鏡スライド (72枚入) 8,800ケース b. Laminas porta objeto 8.800 cajas por 72.	3.400.000  836.000
TOTAL	\$21.850.000				\$4.236.000
費用計 Costo a Financiar		\$28.036.000		US\$351.075	

PLAN DE INVERSION SECCION DINAMICA DE POBLACION

人口動態関係投資計画

- 1985 -

教 育 CAPACITACION		調 査 研 究 INVESTIGACION		供 与 DOTACION	
項 目 Descripcion	Costo a 費用 Financiar	Descripcion	Cost a Financiar	Descripcion	Costo a Financiar
DIUのそ入訓練 a. Insercion de DIU		家族計画事業の評価及び性生活に伴う危険のモデルケースの調査		リップス型子宮内避妊器具 5万組	
看護婦 400人 400 Enfermeras	16.000.000	a. Evaluacion de Planificacion Familiar y Modelo de Riesgo Reproductivo.	1.250.000	a. Dispositivo Intrauterino Tipo Lippes 50.000 Unidades.	750.000
準看 60人 60 Auxiliares de Enfermeria.	1.200.000		1.404.000	そ入具 1万組 b. Insertadores 10.000 Unidades	164.000
排卵抑制剤の配布 b. Distribucion de anovulatorios.		b. Evaluacion y seguimiento de enfermeras capacitadas en insercion de DIU.		カッパーT型子宮内避妊器具 5万組 c. Dispositivo Intrauterino Tipo T de cobre 50.000 Unidades.	4100.000
保健婦 430人 430 Promotoras de Salud	6.495.000	DIU そ入による看護能力向上についての評価及び追跡調査		経口避妊薬百万サイクル d. Anticonceptivos Orales 1.000.000 ciclos	26.000.000
母子保健セミナー c. Seminario Materno Infantil.				顕微鏡スライド(72枚入) 5000ケース e. Laminas porta objetos 5.000 cajas por 72.	380.000
医師及び看護婦 50人 50 Medicos y Enfermeras.	1.504.960				
TOTAL	25.199.960		\$2.654.000		31.394.000
費用計 Costo a Financiar		\$59.247.960		US\$740.600	

- 1986 -

DIUのそ入訓練 a. Insercion de DIU		家族計画事業の評価		リップス型子宮内避妊器具十萬組	1.
看護婦 400人 400 Enfermeras	18.000.000	a. Evaluacion de Planificacion Familiar	1.500.000	a. Dispositivo Intrauterino Tipo Lippes 100.000 Unidades.	1.810.000
準看 60人 60 Auxiliares de Enfermeria	1.500.000			そ入具 1万組 b. Insertadores 10.000 Unidades.	200.000
排卵抑制剤の配布 b. Distribucion de anovulatorios.				カッパーT型子宮内避妊器具 6万組 c. Dispositivo Intrauterino Tipo T de Cobre 60.000 Unidades.	6.180.000
保健婦 500人 500 Promotoras de Salud.	9.000.000			経口避妊薬 120万サイクル d. Anticonceptivos Orales 1.200.000 ciclos	31.200.000
母子保健セミナー c. Seminario Materno Infantil.				顕微鏡スライド(72枚入) 6000ケース e. Laminas porta objeto 6.000 cajas por 72.	570.000
医師及び看護婦 50人 50 Medicos y Enfermeras.	2.000.000				
TOTAL	\$30.500.000		1.500.000		39.960.000
費用計 Costo a Financiar		\$71.960.000		US\$899.500	

PROYECTO DE PRESUPUESTO DE AYUDA EXTERNA PARA COLOMBIA POR EL GOBIERNO

コロンビアに対する日本政府援助予算プロジェクト

NO DEL JAPON MINISTERIO DE SALUD-DIVISION MATERNO INFANTIL-1985-1986-

保健省-母子保健部-1985~1986

分類ナンバー CODIGO	項 DESCRIPCION	1985 \$U.S.A.	1986 \$U.S.A.	Total \$U.S.A.
20	Componente Sub-Contratos			
21-01	Evaluación de Planificación Familiar y Modelo de Riesgo Reproductivo "Dinámica de Población" 家族計画事業の評価及び性生活に伴う危険性に関する調査研究「人口動態関係」	15.625	18.750	34.375
21-02	Evaluación y seguimiento de Enfermeras en Inserción y Control del DIU "Dinámica de Población" DIUのそう入及び管理における看護能力の評価及び追跡調査「人口動態関係」	17.550	- 0 -	17.550
21-03	Evaluación del impacto de Atención Materna 母性援護活動実績の評価	18.750	- 0 -	18.750
21-04	Evaluación de normas para el manejo de pacientes en embarazo con patología asociada "Atención Materna" 妊娠中の患者に対する治療基準の病理学的評価「母性保護関係」	- 0 -	10.000	10.000
	Total parcial 小計	51.925	28.750	80.675
32	Capacitación 教育			
32-01	Capacitar a 400 Enfermeras en Inserción de DIU "Dinámica de Población" DIUのそう入のために400人の看護婦の教育	200.000	225.000	425.000
32-02	Capacitar a 60 Auxiliares de Enfermería en Inserción y Control del DIU "Dinámica de Población" DIUのそう入及び管理のために60人の準看護婦の教育「人口動態関係」	15.000	18.750	33.750
32-03	Capacitar a 430 Promotoras en distribución y control de anovulatorios "Dinámica de Población" 排卵抑制剤の配布及び管理を任務とする430名の保健婦の教育「人口動態関係」	81.188	112.500	193.688
32-04	Seminario Materno Infantil 母子保健セミナー	18.812	25.000	43.812
32-05	Capacitar Promotoras en Normas y Procedimientos para dar atención materna (300-1985)-(200-1986) 母性援護活動に従事する保健婦の教育(1985年-300名)(1986年-200名)	56.250	45.000	101.250
32-06	Capacitar Auxiliares de Enfermería en Normas y Procedimientos para dar atención materna (300-1985)(200-1986) 母性援護活動に従事する準看護婦の教育(1985年300名)(1986年-200名)	112.500	87.500	200.000

CODIGO	DESCRIPCION	1985 \$U.S.A.	1986 \$U.S.A.	Total \$U.S.A.
41	EQUIPO FUNGIBLE 機材 (代替可能)			
41-01	Manual Tecnicas y Procedimientos Ginecoobstetricia (2500 Unidades) Atención Materna. 産婦人科の技術と処置に関するマニュアル(2500部) 「母性援護関係」	20.550	- 0 -	20.550
41-02	Adquisición de material para toma y procesamiento de las citologias vaginales-láminas porta objeto (8.000x72-1985)-(8.800x72-1986)- Atención Materna. 膣内の細胞検査の実施・処置用材料の購入-顕微鏡スライド(1985年-8000ケース×72枚)(1986年-8800 ケース×72枚)-母性援護関係	7.600	10.450	18.050
41-03	Adquisición de Material para toma y procesamiento de las citologias vaginales-láminas porta objeto (5.000x72-1985)(6.000x72-1986) "Dinamica de Poblacion" 膣内の細胞検査の実施・処置用材料の購入-顕微鏡スライド(1985年-5000ケース×72枚)(1986年-6000 ケース×72枚)-人口動態関係	4.750	7.125	11.875
41-04	Producción de ayudas audiovisuales "Atención Ma terna" 視聴覚教材の製作-母性援護関係	25.000	- 0 -	25.000
41-05	Elaboracion de 1.000.000 Carne Infantil 乳幼児手帳百万部作成	62.500	- 0 -	62.500
41-06	Elaboracion de Normas y Fichas de Salud Escolar 2.000.000 Unidades-Atencion Infantil - 学童の健康増進活動用規範の作成及び健康カード2百 万部作成-児童援護関係	- 0 -	81.925	81.925
	Total Parcial 小計	120.400	99.500	219.900
42	Equipo No Fungible 機材 (代替不能)			
42-01	Dotacion de equipos para atencion prenatal-parto recien nacido y post-parto-Mesas ginecologicas (Atencion Materna). 出産前, 出産時, 出産後診療用機器の供与-婦人科用 診療台(母性援護関係)	25.000	42.500	67.500
	Total Parcial 小計	25.000	42.500	67.500
44	Anticonceptivos 避妊具			
44-01	Anticonceptivos Orales 1.000.000 1.200.000 経口避妊薬	32.500	390.000	715.000
44-03	Dispositivos Intrauterinos 子宮内避妊用具			
	- T.de Cobre カッパーT型 50.000 60.000 (Unidades)	51.250	77.250	128.500
	- Insertadores そう入型 1.000 12.195 (Unidades)	2.050	2.500	4.550
	- Lippes "C y D". リップスC&D 型 50.000 100.000	9.375	22.625	32.000
	Total Parcial 小計	38.7675	492.375	880.050

CODIGO	DESCRIPCION	1985 \$U.S.A.	1986 \$U.S.A.	Total \$U.S.A.
32-07	Capacitar Enfermeras con Normas y Procedimientos para dar atencion materna(60-1985)-(60-1986) 母性援護活動に従事する看護婦の教育(1985年-60名)(1986年-60名)	30.000	33.750	63.750
32-08	Capacitar médicos generales en normas y procedimientos para dar atencion materna(200-1985)-(100-1986) 母性援護活動に従事する内科医の教育(1985年-200名)(1986年-100名)	100.000	56.250	156.250
32-09	Capacitar parteras en Normas y Procedimientos para dar atencion materna(150-1985)-(150-1986) 母性援護活動に従事する産婆の教育(1985年-150名)(1986年-150名)	18.750	22.500	41.250
32-10	Capacitar Médicos Ginecoobstetras en Normas y Procedimientos para dar atencion materna(50-1986) 母性援護活動に従事する産婦人科医の教育(1986年-50名)	- 0 -	28.125	28.125
32-11	Actualización en Crecimiento y Desarrollo para Médicos y Enfermeras(300) 小児の発育と成長に関する業務に従事する医師及び看護婦の教育(300名)	150.000	- 0 -	150.000
32-12	Actualización en Crecimiento y Desarrollo para Auxiliares de Enfermería(200) 小児の発育と成長に関する業務に従事する準看の教育(200名)	75.000	- 0 -	75.000
32-13	Actualización en Crecimiento y Desarrollo para Promotoras(200) 小児の発育と成長に関する業務に従事する保健婦の教育(200名)	37.500	- 0 -	37.500
32-14	Actualización en Crecimiento y Desarrollo para Parteras.(100) 小児の発育と成長に関する業務に従事する産婆の教育(100名)	12.500	- 0 -	12.500
32-15	Actualización en Crecimiento y Desarrollo para Enfermeras Docentes(15) 小児の発育と成長に関する業務に従事する教育にあたる看護婦の教育(15名)	7.500	- 0 -	7.500
32-16	Actualización en Atención al escolar para Médicos y Enfermeras a Nivel Seccional(40) 学童に対する医療活動に従事する医師及び看護婦の保健省各課毎の教育(40名)	- 0 -	22.500	22.500
32-17	Actualización en Atención al escolar para Médicos y enfermeras a Nivel Regional(100) 学童に対する医療活動に従事する医師及び看護婦の地方レベルの教育(100名)	- 0 -	56.250	56.250
32-18	Actualización en Atención al Escolar para Auxiliares de enfermería(100) 学童に対する医療活動に従事する準看の教育(100名)	- 0 -	43.750	43.750
32-19	Actualización en Atención al Escolar para Promotoras(100) 学童に対する医療活動に従事する保健婦の教育(100名)	- 0 -	45.000	45.000
	<u>Total Parcial</u>	<u>915.000</u>	<u>821.875</u>	<u>1736.875</u>



CODIGO	DESCRIPCION	1985 \$U.S.A.	1986 \$U.S.A.	Total \$U.S.A.
50	Componentes Diversos その他の構成要素			
50-01	Investigacion en Situacion de Salud Prenatal en Poblacion de Alto Riesgo "Atencion Materna". 高い危険率を示す国民各層の妊産婦の出産前健康状態の調査(母性援護関係)	-- 0 --		
	Total Parcial 小計	- 0 -		
	Total General 合計	US\$1,500,000	US\$1,500,000	US\$3,000,000





コロンビア国保健省 (Ministerio de Salud) 組織図

