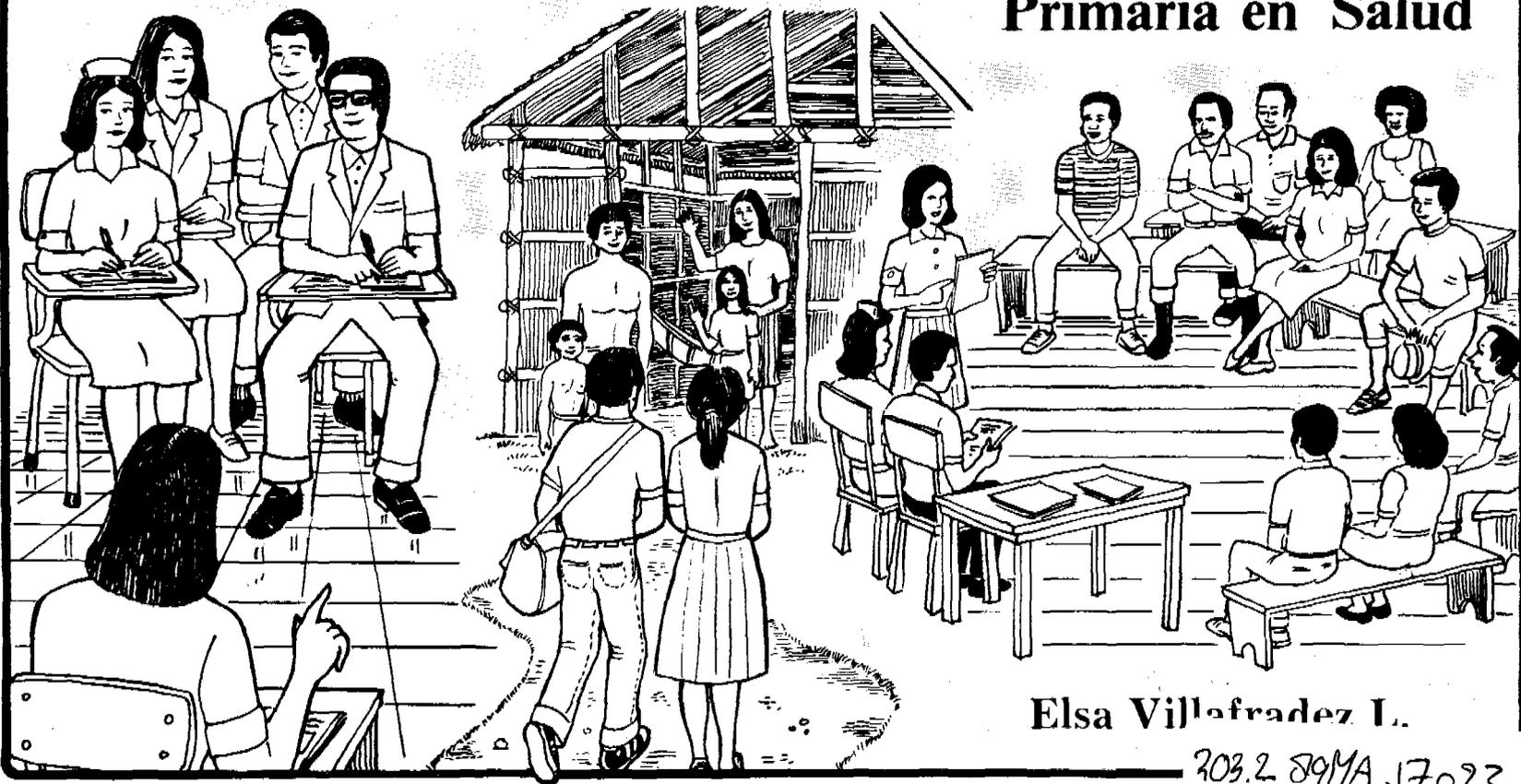


Manual de Capacitación, Supervisión y Educación Continua para el Trabajador de Atención Primaria en Salud



Elsa Villafradez L.

303.2 89MA .17023

PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD CONVENIO COLOMBO HOLANDES

AL LECTOR

En noviembre de 1979 los gobiernos de Holanda y Colombia, firmaron un Convenio para desarrollar conjuntamente Programas de Atención Primaria en Salud, teniendo como objeto la población rural, marginada y dispersa del departamento del Chocó, las comisarías de Vaupés y Guaviare y la Zona de Urabá en el departamento de Antioquia.

Desde marzo de 1980 cuando se iniciaron las actividades, hasta diciembre de 1988, cuando se dieron por terminadas, el personal de los Servicios Seccionales de Salud y los asesores del Convenio, obtuvieron amplias experiencias de trabajo con población de colonos, población negra y población indígena, en los diferentes componentes de la Atención Primaria.

Este esfuerzo conjunto rindió importantes frutos expresados en una mejor capacidad institucional y comunitaria para organizar programas de Atención Primaria en Salud.

Estas experiencias obtenidas no deben quedar únicamente en las áreas de trabajo del Convenio Colombo-

ISMAEL LARA JIMENEZ
Director Nacional
Convenio Colombo-Holandés
Programa de Atención
Primaria en Salud

Holandés, sino que deben divulgarse al resto del país; por esta razón queremos entregarlas a los trabajadores de Atención Primaria y a las Instituciones que desarrollan estos Programas, en forma de Manuales Operativos que les sirvan de guía en su quehacer diario.

Los manuales contienen cuatro (4) componentes que hemos considerado fundamentales y además poco desarrollados por el Sistema Nacional de Salud; estos son: Capacitación, Supervisión y Educación Continua de Personal; Saneamiento Básico Rural; Educación en Salud; y Participación Comunitaria. No sobra recalcar que los contenidos de estos manuales, no son recetas para aplicar automáticamente, sino que deben adaptarse a las circunstancias específicas con un sentido de reflexión crítica.

Esperamos que estos trabajos elaborados por el personal del Convenio Colombo-Holandés, sean un aporte al mejoramiento en la práctica de la Atención Primaria y una modesta contribución para elevar el nivel de salud y bienestar del Pueblo Colombiano.

PETER GONDRIE
Co-Director Holandés
Convenio Colombo-Holandés
Programa de Atención
Primaria en Salud

RECONOCIMIENTOS

Library
IRC International Water
and Sanitation Centre
Tel: +31 70 30 619 80
Fax: +31 70 30 619 77

Son tantas las personas que de alguna u otra forma han hecho aportes sustanciales tanto para la Capacitación, Supervisión-Educación Continua del Recurso Humano como para la emisión de este Manual, que resulta muy difícil mencionarlos a todos, sin embargo no puedo dejar de agradecer a las Promotoras de Salud y Auxiliares de Enfermería, quienes con su trabajo abnegado han contribuido a desarrollar la Atención Primaria de Salud en el país.

Es mi interés destacar también la valiosa colaboración de los funcionarios de los Servicios de Salud de Antioquia (especialmente de la regional de Urabá), Chocó, Guaviare, Vaupés, quienes han sido los ejecutores directos de los programas de preparación del Recurso Humano.

A Instituciones como el SENA y CIMDER, que aportaron parte de sus experiencias en los primeros cursos de formación de Promotores de Salud. Quiero resaltar además la labor del SENA en la formación de Auxiliares de Enfermería y el apoyo de la Educación Continua de Auxiliares (área Hospitalaria). También es grata la labor de capacitación de Auxiliares de Enfermería de la Escuela de Fusagasugá (Cundinamarca) y de funcionarios de Instituciones como: UNICEF, SEM, I.C.B.F., CORPOURABA, CORPORACION ARARACUARA, SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL CAQUETA, ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DE CALDAS. ESCUELA DE AUXILIARES DE APARTADO.

A Inés Durana Samper, un afectuoso reconocimiento por haberme permitido obtener esta experiencia y toda la enseñanza de ella recibida, así como a Luis Eduardo Rincón.

A Jos Steenhuis, Ismael Lara, Frist Müller, mi especial agradecimiento por su meritoria contribución a mi labor como asesora para la Capacitación-Supervisión

y Educación Continua en Atención Primaria de Salud, así como por el apoyo brindado durante estos años de trabajo en el Convenio Colombo Holandés, así como a Peter Gondrie, por la revisión del Manual para su edición.

También se hace necesario subrayar el aporte benéfico por parte de Carlos Castro, Marco Alirio Riaño, Luis Fernando Rivera; Alfredo Fera, Rocío Rendón, María Eugenia Jaramillo, Carmen Sánchez, Farid Mosquera, Hita Patricia López, Edilberto Rodríguez, Luz Marina Giraldo, Juan Guevara y Jaime Pereira, entre otros.

Quizá, por haber tenido un contacto más cercano en la solución de problemas que a diario se presentan en la formación del Recurso Humano en servicio y por el trabajo cumplido en este mismo campo, es imprescindible agradecer muy especialmente a Nohora Arce, Patricia Dueñas y a la Hermana Gabriela Montoya.

A Hernando Jiménez, Comunicador Social del Convenio, por su preocupación y contribución en sus comentarios y sugerencias para el enriquecimiento y preparación del presente Manual.

Finalmente, mi gratitud para todos mis compañeros del Convenio Colombo Holandés: Roberto Montaña, Federico Gómez, Francisco Burbano, Stella Aristizábal, Amparo Trujillo, Lucelly Patiño, Gloria Angulo, Marisol Alfonso, Elly Engelkes, Roel Melchers Hernán Snel y Neeltje Mosterd, por su solidaridad y ayuda en los momentos críticos, por su colaboración a la edición del Manual.

LIBRARY IRC
PO Box 93190, 2509 AD THE HAGUE
Tel.: +31 70 30 689 80
Fax: +31 70 35 899 64

BARCODE: 17023

ELSA VILLAFRADEZ L.

INDICE

INTRODUCCION	5
--------------------	---

CAPITULO I

PREPARACION Y MEJORAMIENTO DEL RECURSO HUMANO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

7	
— Elementos básicos para la preparación del Recurso Humano	12
— Criterios para mejorar el Recurso Humano	13

CAPITULO II

CAPACITACION DE PROMOTORES DE SALUD

15	
1. Introducción	17
2. Programación de la capacitación	18
3. Recursos	19
— Humanos	19
— Materiales	19
— Financieros	21
4. Metodología	22
— Promoción	23
— Selección del Promotor	27
— Contenidos del adiestramiento	28
— El Equipo Docente	37
— Técnicas educativas	40

— Métodos o técnicas más utilizadas en la capacitación	41
— Prácticas desconcentradas	51
— Evaluación de los alumnos	54
5. Duración de la capacitación	56
6. Seguimiento de los Egresados	58
7. Recomendaciones para la evaluación de la capacitación	60
— Recomendaciones para el diseño de programas de capacitación de Promotores de Salud	61

CAPITULO III

SUPERVISION Y ATENCION PRIMARIA EN SALUD

63	
1. Introducción	65
2. La Supervisión en la Atención Primaria en Salud	67
— Unidad Local	69
— Unidad Primaria de Atención: U.P.A.	69
— Unidad de Cobertura	70
3. El Recurso Humano en la Supervisión	71
— Promotora de Salud	71
— Auxiliar de Enfermería	72

– Promotor de Saneamiento	72
– Personal del Area Social	72
– Otros profesionales	73
4. Equipos Supervisores	74
5. Participación de la Comunidad en la Supervisión	76
6. La programación de la Supervisión	77
– Demanda	78
– Oferta	78
7. Aspectos Metodológicos de la Supervisión	80
– Conformación de los Grupos Supervisores ..	80
– Acciones de los Grupos Supervisores Regionales o Seccionales	80
– Actividades a supervisar	82
– Medios	83
– Periodicidad	84
– Instrumentos	84
– Guía Metodológica en Supervisión y Asesoría	86
8. Cualidades del Supervisor	90
9. Orientaciones para realizar una Supervisión ...	91
10. Experiencias prácticas	93
– Servicio Seccional de Salud del Guaviare ...	94
– Experiencias prácticas en Vaupés	98
– Experiencias prácticas en Urabá	104
– Experiencias prácticas en el Chocó	107

CAPITULO IV

EDUCACION CONTINUADA PARA EL RECURSO HUMANO

EN LA ATENCION PRIMARIA

1. Introducción	111
-----------------------	-----

2. El Recurso Humano y su Educación Continua de Atención Primaria de Salud	113
3. Educación Continua en Salud	114
4. Características de la Educación Continua	115
5. Educación Continua, Supervisión, Capacitación de Personal	115
6. Definición de Contenidos para la Educación Continua	116
– Revisión del Programa de Capacitación o Formación	117
– Necesidades detectadas a través de la Supervisión	118
– Actualización	118
– Necesidades individuales	119
7. Estrategias, Métodos y Técnicas para la Educación Continua	119
– Estrategias	119
– Métodos y Técnicas	119
– Educación Continua a Grupos	120
8. Recursos y Organización de la Educación Continua	128
– Premisas Básicas	131
– Recursos	132
– Ejecución	132
9. Evaluación y Seguimiento de la Educación Continua	132
– Seguimiento	132
– Evaluación	135
10. Recomendaciones	137

BIBLIOGRAFIA	139
---------------------------	------------

INTRODUCCION

El presente Documento tiene como objetivo orientar a los funcionarios integrantes del Equipo de Salud de los organismos de Salud que estén interesados en el mejoramiento y preparación del recurso humano, a través de la realización de Cursos de Capacitación para Promotores de Salud, del diseño de planes y procesos de Supervisión, así como también de la Educación Continua.

Está basado en las experiencias obtenidas a lo largo de seis (6) años de actividades cumplidas en el campo de la Atención Primaria en Salud con el Convenio Colombo-Holandés, en los Servicios Seccionales de Salud de Chocó, Guaviare, Vaupés y en la Regional de Salud de Urabá (Antioquia).

Pretendemos con este Manual, destacar la importancia de la preparación óptima del Recurso Humano en la Atención Primaria de Salud, como condición necesaria para la prestación de servicios básicos de Salud de buena calidad, suficientes y oportunos.

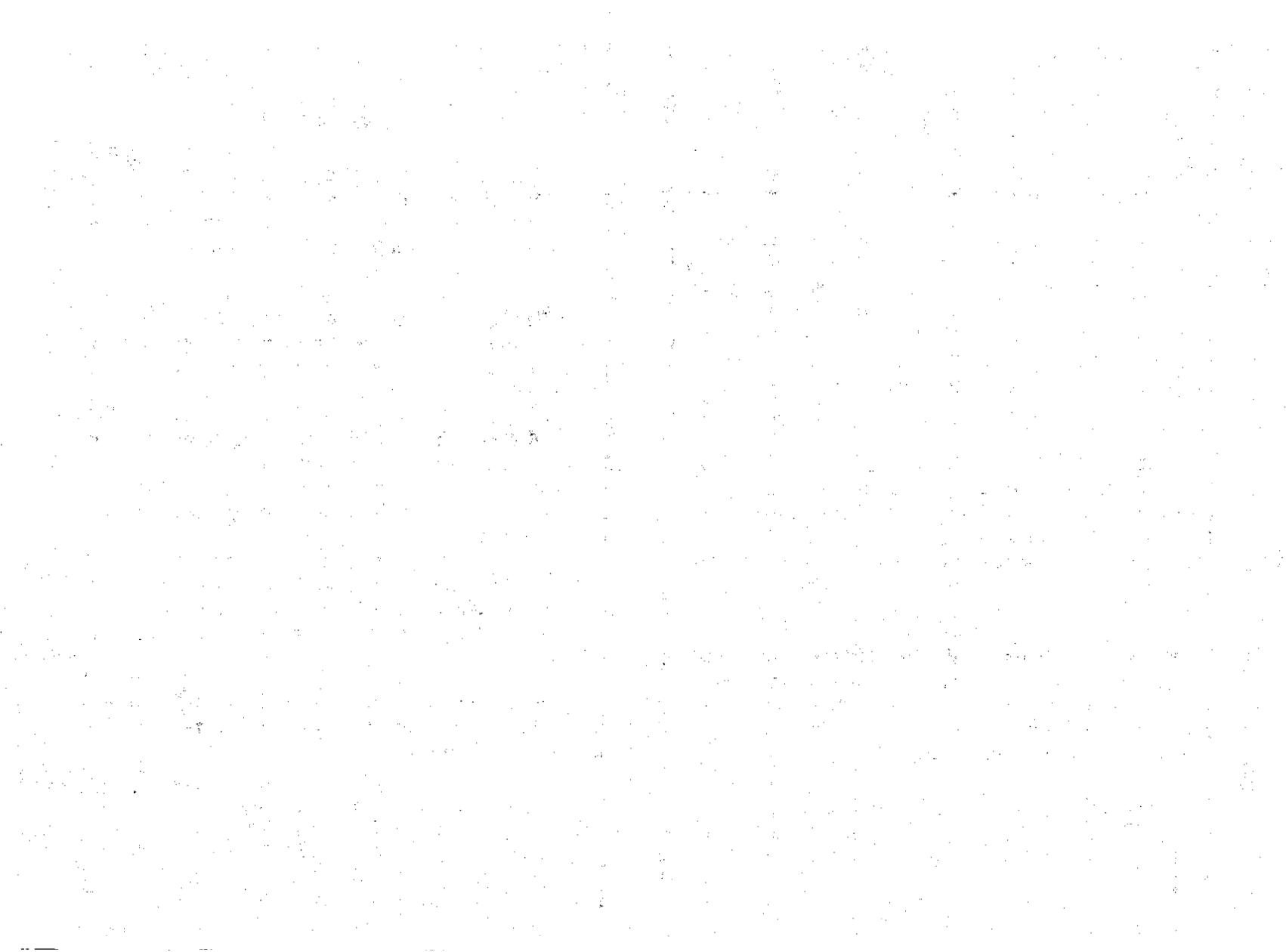
El Manual consta de cuatro Capítulos, en los cuales se explican los contenidos relacionados con la Capacitación, la Supervisión y la Educación Continua del Trabajador de Atención Primaria.

El Capítulo I Corresponde al Marco Teórico y contiene consideraciones conceptuales de la preparación y mejoramiento del Recurso Humano y su relación con la Atención Primaria en Salud.

En el Capítulo II, "Capacitación de Promotores de Salud", se describen los recursos necesarios, la programación del adiestramiento y la metodología de enseñanza. Determinando además, su duración y el seguimiento de los egresados.

En el Capítulo III, se desarrolla la Supervisión de personal en Atención Primaria en Salud, entendida como apoyo y asesoría, así como los mecanismos para realizarla.

En el Capítulo IV, son considerados y analizados los contenidos, Seguimiento y Metodología para la Educación Continua de Recurso Humano.



CAPITULO I

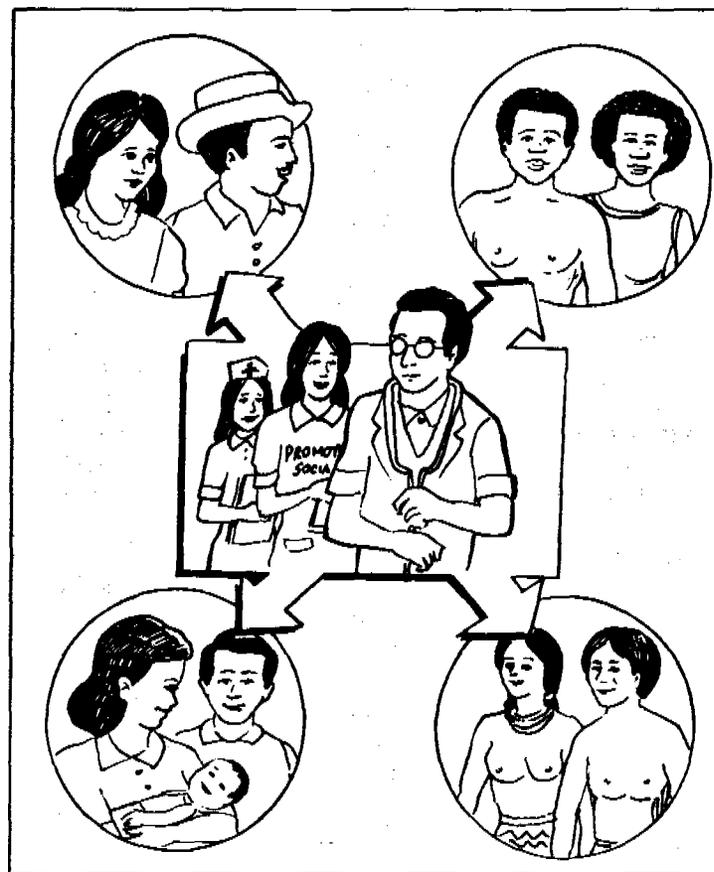
PREPARACION Y MEJORAMIENTO DEL RECURSO HUMANO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD



El recurso humano óptimamente capacitado, constituye un elemento fundamental en la Atención Primaria en Salud, para la prestación de Servicios Básicos de Salud oportunos y de buena calidad.

La preparación y mejoramiento del recurso humano en la Atención Primaria en Salud, se enmarca dentro de la concepción establecida por la Organización Mundial de la Salud, en su reunión de Alma Ata, realizada en 1978, y que afirma lo siguiente: "La Atención Primaria en Salud es fundamentalmente Asistencia Sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el País puedan soportar. La Atención Primaria, a la vez, constituye el Núcleo del Sistema Nacional de Salud, y forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la Comunidad."

El Convenio Colombo-Holandés, haciéndose partícipe de esta Declaración y considerando además que, dado el carácter Universal de la Atención Primaria, ésta debe prestarse tanto a poblaciones ricas como a poblaciones pobres; pero debido a que hay comunidades que por estar marginadas no reciben estos servicios Primarios de Salud, el Convenio apoya económicamente a cuatro Ser-



vicios de Salud que requieren ayuda: Chocó, Guaviare, Vaupés y la Unidad Regional de Salud de Urabá.

Como su objetivo ha sido asesorar a los Servicios Seccionales de Salud en la implantación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, orientó sus esfuerzos al desarrollo de algunos Componentes que no aparecían o que se encontraban muy débiles.

Esta práctica conduce a identificar unos Componentes básicos y otros Complementarios en el Contenido de la Atención Primaria.

Componentes Básicos:

La Atención a las Personas y la Atención al Ambiente conllevan a acciones concretas y dirigidas a la Comunidad.

Componentes Complementarios:

La Capacitación, la Supervisión y la Educación Continuada. Están orientadas a mejorar la calidad del Recurso Humano; la construcción de Infraestructura Física y la Dotación, con apoyo a la facilidad y oportunidad en el Servicio; siendo la Educación en Salud la compañera de todas las Acciones concretas.

La Participación de la Comunidad no se puede considerar como un Componente, pues siendo la Comunidad objeto y sujeto de la Atención Primaria, su participación en el proceso es la garantía de la efectividad de todas las acciones que se emprendan; es una condición necesaria para la implantación de la Estrategia.

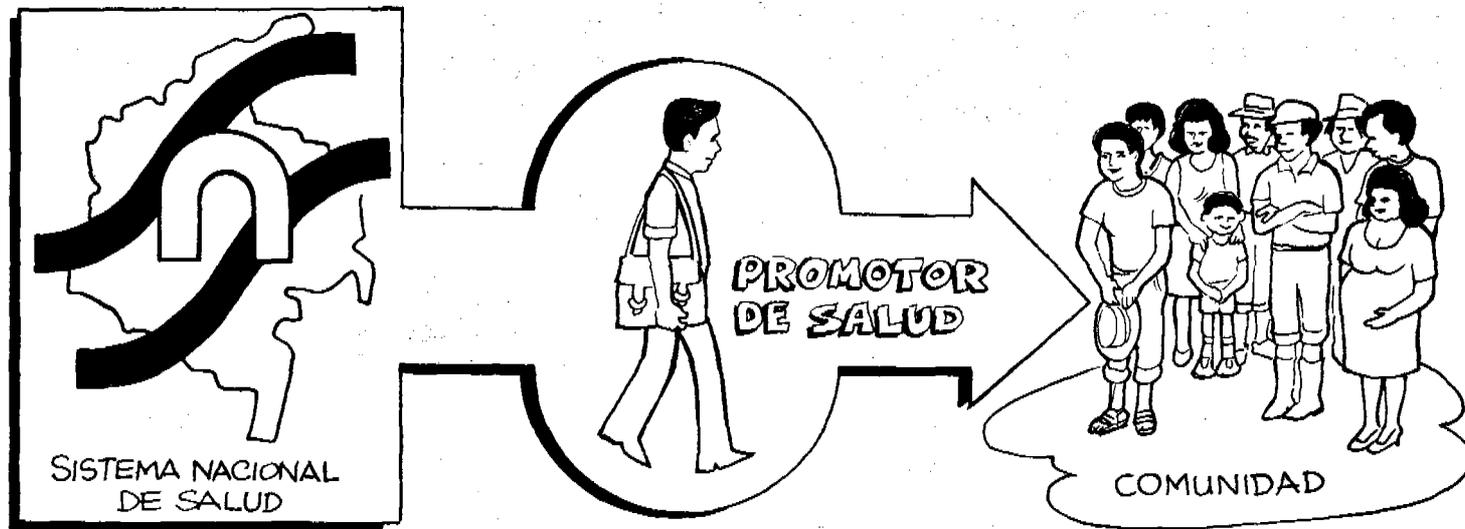
La forma más autóctona de la Participación de la Comunidad en Atención Primaria, es la Medicina Tradicional, respecto a la cual hay muchas expectativas, pero aún permanece vedada al Sistema Formal de Salud.

En esta Area de Trabajo, el Convenio busca articular La Medicina Tradicional y el Sistema Formal de Salud, de manera que se complementen. Disponemos de muy poca información para poder proveer los términos en que se dará ese *sincretismo*, pero se espera que algunas prácticas benéficas puedan aceptarse.

Cuando la integración de los Componentes de la Atención Primaria, se traduzcan en acciones concretas que mejoren el nivel de la Salud de la comunidad, será el momento de hablar de una cobertura real de servicios. Pero si hay una comunidad consciente y activa que recibe las acciones y se apropia del conocimiento transferido, estaremos en la vía de lograr el auto-cuidado en Salud, que será la meta última de la Atención Primaria.

El análisis traído aquí, se limita al ámbito del Sector Salud, pero es claro que la Salud está influida por los otros sectores del desarrollo, que condicionan y determinan, y sobre los cuales no se tiene ingerencia. Si hay consciencia de que para elevar el Nivel de Salud, se requiere del concurso de otras instituciones, que es posible esperar un desarrollo armónico sin hipertrofia del Sector Salud, la conclusión será que sólo mediante el Trabajo Intersectorial Coordinado, es posible alcanzar los objetivos de la Atención Primaria.

La Estrategia de la Atención Primaria en Salud, tiene en nuestro país, como objetivo especial, la Ampliación



de Coberturas de Servicios. Por esta razón se han orientado los esfuerzos hacia la formación de Promotores Rurales de Salud, quienes deben actuar en sus veredas como funcionarios del Sistema Nacional de Salud. Sobre estos funcionarios se ha venido descargando toda la responsabilidad en la ejecución de múltiples Programas de Salud, tanto en Atención a las Personas, como de Atención al Ambiente, además de la responsabilidad de Promover la Participación de su comunidad.

Para desarrollar todas estas acciones, el Promotor posee una capacitación mínima de tres (3) meses y un equipo más o menos sencillo que guarda en su maletín. Recibe una Supervisión esporádica y muy poco apoyo de otros Niveles del Sistema; se encuentra prácticamente aislado del Sistema Formal y enfrentado a resolver la

problemática de salud de su comunidad, la cual tiene muchas expectativas con respecto al desempeño de su trabajo.

Dentro de este modelo de Atención Primaria, el Promotor de Salud es un puente entre la comunidad y el Sistema Formal de Salud, a través del cual se establece el contacto entre ambos; razón por la cual no puede pensarse que es un representante de la comunidad, pues si bien ha salido de ella, vive en ella y posee lazos estrechos con sus miembros, representa al Sistema Nacional de Salud en su calidad de Funcionario. Esta característica debe ser tenida muy en cuenta, pues establece diferencias con otros modelos de Atención Primaria, donde los responsables de la Salud son verdaderos representantes de la comunidad.

El que tradicionalmente se haya asimilado la Atención Primaria al Promotor de Salud, no quiere decir que a ella no debe integrarse todo el equipo multidisciplinario de salud, Médico, Enfermera, Trabajador del área Social, Promotor de Saneamiento, Odontólogo y Auxiliar de Enfermería. Cada profesional tiene así, una función que cumplir en la Atención Primaria. Por lo tanto, si se quiere mejorar la calidad de atención de nivel primario que se brinda a la población, surge como exigencia la preparación, actualización y formación de todos los funcionarios que se desempeñan en este nivel, a través de la Capacitación-Supervisión y la Educación Continua.

ELEMENTOS BASICOS PARA LA PREPARACION DEL RECURSO HUMANO:

En la preparación y mejoramiento del Recurso Humano en la Atención Primaria en Salud, se consideran como elementos fundamentales la Capacitación, la Supervisión y la Educación Continua.

La Capacitación, entendida como la formación del Promotor de Salud, constituye el primer paso en la preparación del recurso humano para la Atención Primaria en Salud.

La Supervisión, como apoyo y trabajo conjunto entre el Supervisor y el Supervisado, representa el segundo paso para el mejoramiento del recurso humano capacitado (se relaciona con todo el Equipo de Salud).

La Educación Continua, determinada por la Supervisión, la motivación propia del funcionario y las necesidades propias de las actividades de Atención a las Personas Atención al Medio, se establece como el tercer elemento de afianzamiento.

El Convenio ha hecho especial énfasis en estas tres actividades que se orientan fundamentalmente al mejoramiento de la calidad del Recurso Humano que presta servicios directos a la población.

Su preocupación se basa en que estos tres elementos no se den en forma aislada o inconexa, sino que constituyan una trilogía donde la Capacitación Básica se complemente con la Supervisión en cuanto ésta signifique Asesoría y Capacitación en Servicio; a su vez los resultados de la Supervisión orientarán los temas de la Educación Continua, y el análisis crítico de este proceso, permitirá retroalimentar el contenido de la Capacitación Básica, para ajustarlo a las necesidades reales de las comunidades de cada región.

Este Proceso se puede adelantar completamente en el caso de los Promotores Rurales de Salud, en vista de que son los mismos Servicios Seccionales de Salud quienes Capacitan, Supervisan y hacen Educación Continua.

Con respecto al personal de Auxiliares y Promotores de Saneamiento, es posible cumplir con las actividades de Supervisión y Educación Continua sin una articulación clara con las de Capacitación Básica, ya que ésta se

imparte en Instituciones Docentes Especializadas donde no es fácil influir sobre los Contenidos.

En el caso del Personal Profesional, sólo podemos hacer Educación Continua con el fin de inducirlo, motivarlo e informarlo en aspectos de Atención Primaria.

En cuanto a la Supervisión, se busca que se haga por Grupos Multidisciplinarios que asesoren al Supervisado en todos los aspectos que forman su contenido funcional. Estos Grupos Multidisciplinarios podrán ser amplios cuando se supervisen los Niveles Regionales y se irán reduciendo, en la medida que se descienda por los niveles; de manera que a nivel de la Unidad de Cobertura, el Grupo lo conforman la Auxiliar de Enfermería y el Promotor de Saneamiento.

Es necesario insistir en la Supervisión por Niveles, como un mecanismo que se ajuste al Sistema de Regionalización que permite racionalizar los costos y responsabilizar a las Unidades Regionales, Locales y UPAS del personal a su cargo.

La experiencia ha mostrado que resulta menos costoso y más productivo, cuando la Supervisión es realizada por el Equipo de Supervisión, conformado por representantes del Area Social, de Atención a las Personas y de Saneamiento, que cuando estas se realizan separadamente.

CRITERIOS PARA MEJORAR EL RECURSO HUMANO:

A partir de la experiencia vivida hasta ahora, se pueden determinar algunos criterios para desarrollar la Capacitación, la Supervisión y la Educación Continua en la Atención Primaria en Salud:

1. Capacitación de Promotores Rurales de Salud

- Con ella se busca: hacer énfasis en el proceso de Promoción a nivel comunitario para la preselección de aspirantes. Selección de éstos a nivel de los Organismos de Salud.
- Ajustar los contenidos para hacerlos más acordes con las necesidades de cada región. Dar Capacitación Básica, que sea complementada con la Capacitación en Servicio y la Educación Continua; hay que eliminar la tendencia a alargar los cursos.
- Utilizar la Metodología que incluye fases de trabajo en campo, para que el alumno pueda percibir desde su formación los problemas que tendrá que resolver en su comunidad (Fases Concentradas y Desconcentradas).
- Dar prioridad al reemplazo de aquellos Promotores que se han retirado, para no dejar sin servicios a aquellas comunidades que ya los tuvieron.

2. En Supervisión:

Con ella, se busca: El cambio de actitud del Supervisor, de manera que la actividad se oriente a:

- Conocer el trabajo del supervisado.
- Asesorarle en aquellos aspectos que requiera.
- Orientarlo en la planeación de su trabajo.
- Hacer un trabajo conjunto.
- Que el control no desaparezca, pero debe tener un menor peso.
- Adaptar y aplicar instrumentos que sirvan de guía a los Supervisores.
- Impulsar la Supervisión Multidisciplinaria, incorporándole todos los componentes de la Atención Primaria en Salud.

- Utilizar los resultados en el ajuste permanente de la capacitación y Educación Continua

3. En Educación Continua:

- Con ella se busca: Diseñar con base en los resultados de la Supervisión y las necesidades de las comunidades, en el caso de los Promotores de Salud y de los Auxiliares de Enfermería.
- Complementar los conocimientos del Personal Profesional o Técnico.
- Utilizar diferentes Metodologías, como:
 - Cursos.
 - Boletines de información impresa.
 - Intercambio de experiencias.
 - Educación a Distancia.
 - Talleres Zonales.

CAPITULO II

**CAPACITACION
DE PROMOTORES DE SALUD**

1. Introducción

El trabajador de Atención Primaria en Salud, surge en los años 60 más como una persona voluntaria de la comunidad, que tiene características de líder y presta primeros auxilios a las personas de la comunidad de la cual forma parte.

Más tarde, en la década del 70, se mejora la capacitación de este trabajador de Atención Primaria; se le prepara además, para promover la Salud, tanto a nivel de Atención a las personas, como a nivel del Medio Ambiente, así también para prevenir enfermedades y prestar primeros auxilios. Se les incorpora a los organismos de Salud, a través de su nombramiento como funcionario y con el apoyo de un salario mensual.

A partir de la declaración de Alma Ata en 1978, el Promotor de Salud constituye parte de la Estrategia para extender la cobertura de prestación de servicios de salud a toda la población que carece de ellos. Debido a lo cual la Capacitación de este recurso humano adquiere una mayor significación llevando a una revisión de los contenidos educativos y de la metodología de enseñanza.

Los Contenidos Educativos se establecen tomando como referencia la Guía Programática para la Capacitación de este personal, elaborada por la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.



Esta Guía fija las directrices para la formación del Promotor de Salud, determinando las unidades de enseñanza; constituye además, un patrón general para el país, el cual debe ser adaptado a cada región geográfica, de acuerdo con las políticas Seccionales de Salud, las patologías predominantes y las necesidades manifestadas por la comunidad.

La capacitación se considera entonces, como la formación y preparación del Recurso Humano en conocimientos, técnicas y procedimientos que lo habiliten para prestar servicios Primarios de Salud a la población.

Con la Capacitación, se busca que el alumno adquiera los conocimientos, las destrezas y habilidades que le permitan desempeñarse en su trabajo. El logro de este objetivo se consigue mediante la enseñanza de las diferencias patologías y en general de contenidos teóricos. El aprendizaje se desarrolla con la ejecución práctica de cada actividad en laboratorios destinados para ello y finalmente con las prácticas realizadas directamente en la comunidad, durante las etapas desconcentradas.

La comunidad, dentro del proceso de formación de Promotor de Salud, adquiere importancia y se busca que tome parte activa en la selección del alumno y en su aprendizaje, a través de su participación en la educación en salud y la práctica desconcentrada. Se espera que el promotor mediante al contacto directo con la comunidad aprenda a analizar situaciones y problemas reales y a tomar decisiones conjuntamente con ella.

El adiestramiento que reciba el alumno, además de prepararlo para prestar servicios en los campos de Atención a las Personas y Atención al Ambiente, debe permitirle despertar su creatividad, motivación y responsabilidad por su trabajo.

La formación del Promotor de Salud exige del docente, experiencia, conocimiento y habilidad en planeación y ejecución de Programas de Capacitación de Personal. Además, el equipo docente debe preparar el adiestramiento realizando cursos de formación.

2. Programación de la capacitación

La Programación es el instrumento más eficaz de la Administración, que permite prever, controlar y canalizar los múltiples factores que intervienen perturbando o permitiendo el logro de los objetivos propuestos.

La Programación previa de los Cursos de Formación de Personal, nos permitirán actuar más racionalmente de acuerdo con los recursos existentes. Para hacer una buena Programación de Capacitación, se deben tener en cuenta diferentes aspectos como son: los propósitos y los objetivos, los recursos, las actividades, la operativización y la evaluación.

Los Servicios Seccionales de Salud de Chocó, Guaviare, Vaupés y la Regional de Urabá, llevan más de cinco años ejecutando estos Programas de Formación de Personal, y han adquirido así una basta experiencia.

La información suministrada a continuación, se basa en el conocimiento y en las experiencias obtenidas a través del apoyo y asesoría brindadas para la realización de Programas de Capacitación y para la ejecución directa de algunos de ellos. Es también el resultado de las experiencias obtenidas por los Equipos Docentes de los Servicios Seccionales de Salud ya mencionados. Dentro de este Equipo queremos resaltar la gran labor cumplida por el personal de Enfermería.

3. Recursos

Son todos aquellos bienes o servicios necesarios para desarrollar un programa. Se clasifican en:

Humanos.
Materiales.
Financieros.

HUMANOS:

Están constituídos por todas aquellas personas que se requieren para planear, asesorar o ejecutar un Programa.

Para la Capacitación de Promotores de Salud, los recursos requeridos son:

- Personas de la comunidad seleccionadas para ser capacitadas, aproximadamente 20 alumnos por curso.

- Personal docente conformado por Equipo Básico, compuesto por Médico, Enfermera, Personal de Area Social, Personal de Saneamiento; cuando es posible se puede contar además con Nutricionista y Bacterióloga.
- Personal de apoyo representado por funcionarios de Mantenimiento, de Servicios Generales, de otras instituciones, Secretarías y por miembros de la comunidad.

MATERIALES:

Son todos aquellos elementos indispensables o que apoyan una actividad.

Los recursos materiales requeridos para la Capacitación, pueden clasificarse en:

Infraestructura:

Centro de Capacitación: lugar donde se lleva a cabo la capacitación, lugar donde van a vivir los Promotores, Centros de Salud donde se llevan a cabo las prácticas, Hospitales de referencia, otros.

La Capacitación puede hacerse en la Escuela de Enfermería (por ejemplo en Apartadó Antioquia), en el Centro de Capacitación, como en el Vaupés, en Centros de Salud o en aulas alquiladas o prestadas para este fin (es el caso del Chocó y del Guaviare).

Elementos de Dotación:

Se consideran en este grupo los equipos requeridos para las prácticas de aprendizaje de los alumnos dentro del Curso, como son: Termómetros, Tensiómetros, Fonendoscopios, Cubetas, Pinzas, Estetoscopios, Equipo de Pequeñas Cirugías, de Atención de Partos y otros.

Además, se considera que los elementos deben ser entregados a los alumnos durante su capacitación para

que puedan aprender con equipos propios, tanto en los laboratorios como en las prácticas desconcentradas. El alumno los recibirá por inventario y será los que utilizará durante su trabajo.

A manera de ejemplo, citaremos los elementos de dotación que le son entregados al Promotor de Salud, después de recibir su capacitación en el Servicio Seccional de Salud del Guaviare.

Nombre y Especificación de los Elementos	Cantidad en Unidades	Nombre y Especificación de los Elementos	Cantidad en Unidades
ELEMENTOS DEVOLUTIVOS		20 x 1.1/2	6
Maletines en Lona	1	Cubeta de 15 x 31	1
Porta objetos	1	Rifonera de acero inoxidable	1
Pinza Kelly Recta	1	Tensiómetro	1
Pinza Kelly Curva	1	Fonendoscopio	1
Pinza Rochester Recta	1	Estetoscopio	1
Pinza Rochester Curva	1	Agujas de Sutura: GE: 211/13	12
Pinza Mosquito Curva	1	GE: 211/16	12
Tijera Roma	1	GE: 221/19	12
Jeringa de 20 c.c.	1	Torniquete	1
Jeringa de 10 c.c.	1	Sonda de Nolaton	1
Jeringa de 5 c.c.	1	Metros de Sastrería	1
Agujas hipodérmicas No. 27 x 1.1/2; 25 x 1.1/2; 23 x 1.1/2; 22 x 1.1/2;		Laminillas	1 Caja

Suministros:

Son todos aquellos elementos que se requieren para apoyar la labor educativa y que se consumen rápidamente. Son ellos: La papelería, las hojas de registros; los elementos de curación, como gasa, esparadrado, algodón, antisépticos y en general los elementos que debe manejar el promotor; además, tizas, borradores, marcadores, cartulinas, hojas de papel periódico y otros.

FINANCIEROS:

A este recurso debe incorporarse el Presupuesto necesario para desarrollar un Programa, es decir, deberá tenerse en cuenta el costo que acarrea la ejecución de las diferentes actividades.

Así, para la Capacitación de Promotores de Salud, deberán tenerse en cuenta todos aquellos recursos que requieren del apoyo financiero.

En términos generales, los costos que se relacionan principalmente con:

— Etapa de Promoción y Selección:

Esta etapa deberá contemplar gastos de viáticos, sueldos, transportes (incluye pago por desplazamientos y gastos de combustible), material de apoyo (marcadores, cartulinas, afiches y otros).

— Adiestramiento:

Incluye sueldo del docente, compra de materiales, pago de transporte para desplazamiento de las personas seleccionadas y que inician el adiestramiento.

— Etapa Concentrada:

Además de los elementos considerados en el Adiestramiento, incluye, sueldos del Asistente de Disciplina, Secretaria, personal de Servicios Generales; alojamiento (alquiler de vivienda, dotación de camas, colchones, sábanas y otros elementos); alimentación del personal en Capacitación y otros.

— Etapa Desconcentrada:

Incluye sueldos y viáticos de los funcionarios que acompañan a los alumnos; pago de transportes al lugar definido para las Prácticas; alimentación de los alumnos, compra de materiales requeridos para apoyar el aprendizaje (cartulinas, marcadores, papelería, medicamentos y elementos de curación).

NOTA:

En general en este campo de los Recursos financieros, siempre es importante calcular el valor en pesos para imprevistos, o sea, dinero para algunos elementos o actividades no contempladas con anterioridad.

4. Metodología

Se consideran aquí las técnicas, procedimientos y métodos requeridos para la Capacitación de las personas promocionadas por la comunidad y seleccionadas como Promotores de Salud.

A continuación se describe cómo se logra este objetivo:

— Etapa Concentrada:

Esta etapa se relaciona básicamente con la enseñanza de aspectos teóricos o teórico-prácticos que son dictados dentro del aula de clases, en el que está presente el Grupo total de alumnos.

En la Etapa Concentrada, el objetivo principal es el de enseñar los conocimientos, técnicas y procedimientos considerados en las Unidades Didácticas.



— Etapa Desconcentrada:

En esta Etapa se realizan prácticas de campo, prácticas extramurales y prácticas con la comunidad.

Se caracteriza porque el aprendizaje del alumno se hace directamente en las comunidades en la Unidad Primaria (U.P.A.) se basa en el lema "Aprender Haciendo". Su objetivo principal consiste en que el Promotor o Promotora establezca relaciones de acercamiento con la comunidad donde van a trabajar y ponga en práctica los conocimientos adquiridos durante la Etapa Concentrada, tanto en el campo de Atención a las Personas, como en el de Atención al Ambiente.



Esta Etapa requiere de la Supervisión permanente del Docente, entendida ésta como apoyo, asesoría y trabajo conjunto.

Al finalizar la Práctica Extramural, se regresará a una etapa final concentrada que tendrá como objetivo enseñar temas no tratados, reforzando conocimientos débiles en la Práctica Desconcentrada, evaluar Capacitación y hacer los ajustes correspondientes.

– Adiestramiento:

Adiestrar significa hacer diestro, enseñar, instruir, guiar, encaminar al alumno o alumna hacia el cumplimiento del objetivo de la enseñanza, en este caso, capacitar al Promotor o Promotora de Salud.

El logro de este objetivo, requiere de la enseñanza-aprendizaje del alumno en las tareas, actividades y funciones que son propias del Promotor de Salud. Por esta razón debe establecerse un Programa de Capacitación que se enmarque dentro del Sistema Nacional de Salud del país, sin embargo, la definición de los contenidos del adiestramiento deben ser el resultado de la revisión de diagnósticos locales e incorporar las necesidades sentidas por la comunidad.

Por lo tanto, este adiestramiento no debe verse como la enseñanza de Contenidos Educativos de Unidades independientes una de otra, que sólo llevan al estudiante hacia una concentración de conocimientos independientes de la realidad en que se vive. La Educación debe ser integral llevar al educando la reflexión de la multicausalidad de la Salud y de la enfermedad.

La promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad, se deben fortalecer, ampliando acciones en el campo de la Educación en Salud, el Saneamiento Básico y la Atención a las personas, contando siempre con la Participación de la Comunidad y su preparación para que puedan colaborar en el cuidado de su propia salud.

Las experiencias obtenidas a través de los diferentes Cursos de Formación (realizados en el Chocó, Guaviare, Urabá y Vaupés), utilizando la Metodología de Etapas Concentradas y Desconcentradas, han permitido al alumno aprender y poner los conocimientos en práctica al acercarse a la comunidad. En reuniones comunitarias el Promotor de Salud ha interiorizado el hecho de que la Salud es un componente del desarrollo de un país y que se puede lograr si se mejora la educación, el medio ambiente y la accesibilidad geográfica y cultural de la población.

PROMOCION

Junto con la selección, constituye la etapa previa al adiestramiento. **De la efectividad alcanzada en esta etapa depende de gran medida la calidad de recurso humano capacitado.**

La promoción está representada por las actividades que realizan los miembros de Equipo de Salud, especialmente los del Area Social, **para transmitir la información necesaria a la comunidad sobre qué es capacitación del Trabajador de Atención Primaria y discutir con ellos los deberes y derechos del Promotor Rural de Salud, con el fin de conseguir su motivación y participación en la pre-selección de los aspirantes al adiestramiento.**

La promoción incluye, labores como la de fortalecer las organizaciones comunitarias y la elaboración del Diagnóstico Participativo, buscando siempre la contribución del mayor número de personas y no solamente de los líderes comunitarios. Esta etapa está condicionada por la

motivación de la población y por las facilidades que se le dan para su participación.

— **Cómo se hace la Promoción:**

La Promoción debe hacerse principalmente a través de Reuniones Comunitarias en las cuales se pueda participar conscientemente.

Para la promoción se conforma un Equipo Básico integrado por un representante del Area Social y la Enfermera Coordinadora de la Capacitación. Este equipo debe ser apoyado por personal de Saneamiento, Auxiliares de Enfermería, Promotores de Salud que estén laborando, Médicos y algunos otros funcionarios.

Las personas que conforman el Grupo visitan las veredas en donde se requiere tener un Promotor de Salud, reúnen a la comunidad, le informan sobre los objetivos de su visita, discuten con ella las funciones del Promotor, sus deberes y derechos como Funcionario de Salud y representante de la comunidad. Además, explican a la población la necesidad de escoger una persona responsable, con características de líder, que tenga permanencia y arraigo en la localidad y que reúna los demás requisitos que debe tener un aspirante. También, se informa a la población que deben presentar al Servicio de Salud más de un aspirante, ya que serán sometidos a prueba y entrevista de selección.

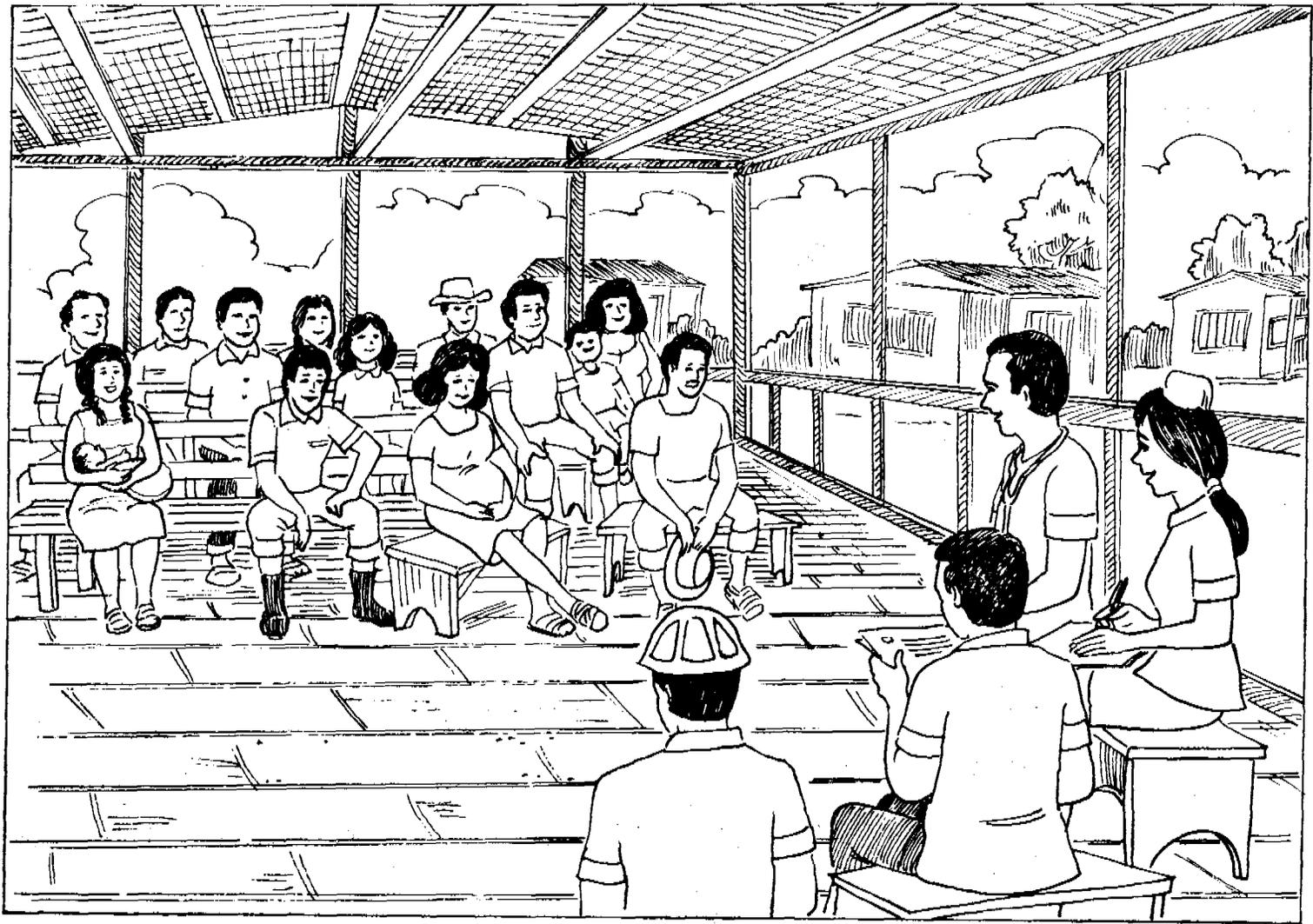
La Promoción se apoya además, en el envío de cartas informativas a la comunidad, afiches, avisos radiales y mensajes transmitidos por los Auxiliares de Enfermería de Puestos y Centros de Salud y demás personal que se desplace a la vereda.

Debemos recordar que la Etapa de Promoción es fundamental, si se quiere tener un Promotor de Salud que cuente con el apoyo de la comunidad. La comunidad que participa en el Selección de su Promotor, se siente responsable y colabora mucho más con esta persona escogida para prestar Servicios Básicos de Salud.

— **Lugar y tiempo de la Promoción:**

La Promoción debe realizarse en aquellas veredas seleccionadas por el Organismo de Salud. Debe comenzar 2 ó 3 meses antes de iniciarse el Adiestramiento, de tal manera que haya tiempo suficiente para visitar las diferentes comunidades y permitir que la comunidad participe.

El tiempo destinado a la Promoción puede variar de acuerdo con el número de veredas seleccionadas y el número de personas a capacitar. Influye también el nivel de organización de la comunidad, ya que una comunidad organizada agiliza la Etapa de Promoción.



- Recomendaciones para la Promoción:

Se ha visto que en los primeros años, cuando se hacía la Promoción en la comunidad, ésta no sabía qué era un Promotor de Salud y por lo tanto no daba candidatos. Se recibieron entonces personas que respondían a los mensajes radiales o a una convocatoria hecha por un parlante o en el púlpito de la iglesia. Algunos de estos aspirantes cumplieron eficientemente con el Programa y otros abandonaron el cargo durante su período de formación. Se presentó también un alto grado de deserción entre los egresados que se encontraban ya laborando. Al hacer una revisión de las causas de esa deserción, se encontraron las siguientes:

- Una vez terminada la Capacitación, los Promotores de Salud eran enviados a una comunidad, muchas veces desconocida. Esto produjo una falta de apoyo por parte de la población de la vereda lo que hacía que el Promotor se sintiera sin arraigo en la comunidad y renunciara a su trabajo.
- Hubo deserción por cambio de residencia del Promotor y su familia.
- El retiro del trabajo de la mayor parte de las mujeres por su cambio de estado de soltera a casada, fue otro factor determinante.

Estas experiencias sirvieron para reflexionar sobre la importancia de que la comunidad que necesitara un Promotor, participara en la preselección de sus candidatos.

Sin embargo, esta comunidad no podría participar si no conocía para qué necesitaba un Promotor y las funciones que debería cumplir posteriormente en su lugar de trabajo. Todos estos aspectos hicieron que se le dedicara más tiempo a la promoción y llevó a los Profesionales, especialmente a los del Área Social y de Enfermería, a desplazarse a las comunidades. Allí les informaban y se discutía sobre el papel del Promotor, sus deberes y derechos como funcionario y la importancia del apoyo que debía brindar a la comunidad una vez se encontrara capacitado. Así mismo, se vió la necesidad de escoger personas con arraigo en la comunidad, características de líder, un mínimo de escolaridad y con pocas probabilidades de renuncias a su cargo.

Estas reformas indudablemente mejoraron la calidad de los aspirantes a la Capacitación y disminuyó el número de deserciones.

Con el transcurrir de los años, se ve como la comunidad ya conoce la importancia de un Promotor de Salud y empieza a presentar candidatos apoyados en memoriales firmados por sus integrantes; hasta se llega a creer que en algunos lugares ya no es necesaria la Promoción, pues el número de aspirantes presentados por la comunidad y aún por propia iniciativa, en algunos casos, es superior a lo esperado.

Muchas veces se ha pensado, que si hay alguien que desea ser Promotor, cumple con los requisitos y tiene grandes cualidades para ser preparado, por qué ha de negársele la oportunidad, aunque su comunidad no lo haya escogido?

Estas inquietudes pueden ser válidas, sin embargo, no hay que olvidar que la participación de la comunidad constituye la base de la Atención Primaria en Salud.

La experiencia ha mostrado en la mayoría de los casos, cómo el Promotor escogido por su comunidad, muestra más interés y compromiso con ella.

SELECCION DEL PROMOTOR:

La Selección de aspirantes presentados por la comunidad, corresponde al Servicio Seccional de Salud y está a cargo del Equipo o Comité de Educación, siendo este comité el encargado de la Promoción y en general de todo el Adiestramiento.

Lo primero que debe hacerse en la Selección, es constatar si los aspirantes cumplen los requisitos exigidos por el Servicio Seccional de Salud, de acuerdo con lo normado por el Ministerio de Salud.

Los requisitos establecidos son:

- Escolaridad mínima: quinto de primaria.
- Edad mínima: 18 años.
- Residencia mínima en la comunidad: dos años.
- Ser elegido por la comunidad.
- Tener aptitudes de líder.

En el Vaupés, además de estos requisitos, se establece que el aspirante sea bilingüe, es decir, que hable su len-

gua y/o dialecto indígena y el Español; debemos tener en cuenta que en el Vaupés el 97^o/o de la población es indígena.

Los aspirantes que cumplan estos requisitos, son sometidos a una prueba escrita que mide conocimientos generales, escritura y las cuatro operaciones fundamentales; lo que importa aquí, son los conocimientos básicos: sumar, restar, multiplicar, dividir y saber leer y escribir.

Los aspirantes que hayan pasado la prueba escrita de conocimientos, tendrán una entrevista en la que se evaluarán sus cualidades, aptitudes y conocimientos sobre el cargo que va a desempeñar.

En el Chocó, Guaviare y Urabá se aplican con una mayor frecuencia estas pruebas de conocimientos.

En el Vaupés se considera que es más importante el ser escogido por su comunidad y se es más flexible con los requisitos. Sin embargo, últimamente ha surgido la inquietud sobre si la selección debería ser más rígida, debido a que hay promotores capacitados que no cumplen debidamente con su trabajo y no se destacan como líderes.

CONTENIDOS DEL ADIESTRAMIENTO:

El contenido de los Cursos se diseña o establece de acuerdo con los siguientes criterios:

- Debe basarse en la Morbi-mortalidad prevalente en la región.
- Debe darse en forma integral, teniendo en cuenta la relación que hay entre Atención a las Personas, Atención al Ambiente y Educación en Salud.
- Es necesario que se oriente hacia la prevención de la enfermedad.
- Contemplará las cuatro Areas Básicas:
 - Social-educativa.
 - Médico-Técnica.

- Saneamiento.
- Administración.

- Será el resultado de la adaptación de las Normas establecidas por el Ministerio de Salud.

Básicamente tratará sobre Atención Primaria en Salud.

Estará acorde con las tareas, actividades y funciones que le son propias al Promotor de Salud.

- El contenido de los Cursos se debe ir ajustando de acuerdo con las necesidades establecidas a través de la Supervisión y el seguimiento del Personal egresado.

A manera de ejemplo, mostraremos la distribución de los Contenidos de la Capacitación a Promotores de Salud que se han agrupado en las mismas Areas de Enseñanza, y su distribución porcentual en horas, con relación al total de horas teóricas (Etapa Concentrada).

AREA DE ENSEÑANZA	CHOCO	GUAVIARE	URABA	VAUPES
Social-Educativo	9.3	10	21	20.4
Médico-Técnico	52.1	73.5	42	60.9
Saneamiento	29.3	3.5	9	13.3
Administración	9.3	13	28	5.4
TOTAL	100	100	100	100

Como referencia se tomaron los últimos cursos realizados (1984-1985).

Así también, los Contenidos de la Capacitación, se reparten en Unidades de Enseñanza. Como ejemplo citaremos las Unidades contempladas en los últimos Cursos

- a. Guaviare.
- b. Urabá.

- c. Chocó.
- d. Vaupés.

Queremos recordar que las regiones tienen condiciones diferentes y particulares. Las poblaciones están conformadas básicamente por: Colonos-costeños en Urabá; colonos de diferentes partes del país en Guaviare; indígenas en el Vaupés y negros e indígenas en el Chocó.

a) SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL GUAVIARE – ETAPA CONCENTRADA*

UNIDAD	TEMA	No. HORAS TEORICAS	No. HORAS PRACTICAS	TOTAL
I.	Introducción al Sistema Nacional de Salud.	5	3	8
II.	Promotor de Salud	4	1	5
III.	Niveles de Introducción en Salud	35	16	51
IV.	Area Social	12	6	18
V.	Comunicación	15	28	43
VI.	Registros Estadísticos	2	3	5
VII.	Mantenimiento	6	6	12
VIII.	Saneamiento	17	34	51
IX.	Introducción a Microbiología.	2	4	6
X.	Procedimientos que realiza el Promotor	17	15	32
XI.	Nutrición	16	18	34
XII.	Administración Medicamentos	10	9	19
XIII.	Salud Oral	5	2	7
XIV.	Prevención Enfermedades	24	22	46
XV.	Enfermedades prevalentes del Guaviare	7	—	7
XVI.	Primeros Auxilios	10	14	24
XVII.	Atención Materno Infantil	16	19	35
TOTALES		203	200	403

* Tomado del Informe de Evaluación del V Curso de Promotores de Salud, elaborado por Alfredo Feria. Luz Helena Restrepo y Rosa E. Flórez. S.S.S. del Guaviare, 1985.

b) UNIDAD REGIONAL DE SALUD DE URABA – ETAPA CONCENTRADA*

UNIDAD	T E M A	HORAS DICTADAS
I.	Ubicación del Promotor de Salud como estudiante.	19
II.	Ubicación del Promotor dentro del Sistema Nacional de Salud.	17
III.	La familia y la comunidad	24
IV.	La Comunicación	62
V.	Atención al Medio Ambiente	172
VI.	Atención a las Personas:	
	– Observación del individuo	29
	– Aplicación de tratamientos y Provisión de medicamentos.	
	– Primeros Auxilios	37
	– Algunas enfermedades comunes	6
	– Atención Materno – Infantil	80
	– Vigilancia Epidemiológica	46
VII.	Información y Supervisión	21
VII.	Salud Mental	13
IX.	Elaboración de ayudas didácticas	40

* Tomado de la Evaluación Interna, elaborada por el Convenio Colombo-Holandés y la unidad Regional de Salud, 1985.

**c) PROGRAMA RURAL DE SALUD, SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL CHOCO*
ETAPA CONCENTRADA.**

UNIDAD	TEMAS (ADIESTRAMIENTO)
I.	Repaso de las cuatro operaciones matemáticas y de las tablas de multiplicar.
II.	Situación de salud en el País, ubicación de la Promotora Rural de Salud en el Programa Rural de Salud del Chocó.
III.	Micro-puesto de Salud.
IV.	Procedimientos de enfermería que realiza la Promotora Rural de Salud.
V.	Cuidado Primario en Salud
VI.	Manejo de la Caja Maestra.
VII.	Control del Embarazo por parte de la Promotora Rural de Salud.
VIII.	La comunidad y su desarrollo a través de la Promotora Rural de Salud.
IX.	Principios generales para entender el Mapa.
X.	Plan de trabajo de la Promotora Rural de Salud.
XI.	Saneamiento Ambiental.
XII.	Atención del Parto y Puerperio.
XIII.	Métodos de Planificación Familiar.
XIV.	La Bandera de la Salud.

* Tomado de la Evaluación Interna del Chocó, Programa Rural de Salud 1985.

d) SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VAUPES, CONTENIDOS: ETAPA CONCENTRADA*

UNIDAD	TEMA	HORAS TEORICAS	HORAS PRACTICAS	HORAS EVALUADAS	TOTAL
I.	Información sobre el sector salud.	8	8		16
II.	Atención Primaria	5			5
III.	Promotoría Social	26	16	3	45
IV.	La Comunicación	13	18		31
V.	Admisión de Pacientes al Servicio de Salud.	14	15	3	32
VI.	Actividades de Enfermería tendientes a promover la comodidad y seguridad del paciente.	30	26		56
VII.	Enfermedades de la piel	7	2	2	11
VIII.	Administración de medicamentos y tratamiento	9	8	1	18
IX.	Atención de la alimentación y eliminación	8	8	2	18
X.	Con afecciones en el Sistema músculo-esquelético.	10	7	2	19
XI.	Con problemas del aparato respiratorio.	7	5	1	13
XII.	Con enfermedades del Aparato Cardio-vascular	6	4	1	11
XIII.	Con problemas de órganos de los sentidos.	7	5	1	13
XIV.	Con enfermedades del Sistema Nervioso.	6	3	1	10

**Continuación. . . (SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VAUPES, CONTENIDOS:
ETAPA CONCENTRADA)**

UNIDAD	TEMA	HORAS TEORICAS	HORAS PRACTICAS	HORAS EVALUADAS	TOTAL
XV.	Con problemas Gastrointestinales	21	12	2	35
XVI.	Con enfermedades del Aparato Urinario.	6	2	1	9
XVII.	Programas Médicos especiales.	20	10	2	32
XVIII.	Materno-Infantil.	11	3	2	16
XIX.	Saneamiento Ambiental.	19	6	2	27
XX.	Estadística.	12	6	1	19
XXI.	Administración.	5	1	1	7
XXII.	Pagaduría.	3	2	1	6
XXIII.	Almacén.	4	2	1	7
XXIV.	Mantenimiento.	4	22	3	29
TOTAL		261	191	33	485

* Tomado de la Evaluación Interna realizada por el Servicio Seccional de Salud del Vaupés y el Convenio Colombo-Holandés, 1985.

Como se puede observar, los Contenidos de las Fases Concentradas a Aspectos Técnico-prácticos tratados en cada uno de los Programas Regionales, son diferentes, aunque tienen Unidades Básicas comunes a las cuatro regiones.

Las diferencias se manifiestan debido a que cada Programa de Capacitación cobija diversos grupos de población (colonos, costeños, indígenas y negros), con diferentes costumbres y aspectos socio-culturales.

Ya antes mencionábamos que cada aspecto de la formación del alumno obedece a políticas Seccionales y Regionales acordes con las necesidades de la Institución, a su concepción sobre la Atención Primaria en Salud a la accesibilidad física, económica y social de los lugares donde se ubica el Promotor de Salud capacitado. Además, son el resultado de la Experiencia obtenida por el Equipo Docente de cada Programa Regional (Chocó, Guaviare, Urabá y Vaupés), alcanzada a través de la ejecución de diferentes Cursos de Formación de Personal.

Aunque no se menciona en los Programas Educativos, es necesario que tengamos presente que cada Unidad o Tema Concentrado plantea instrucciones definidas, de acuerdo con las funciones, actividades y tareas que el alumno o el Promotor ya capacitado, tenga que cumplir.

La participación de la Comunidad y la Educación, dos unidades básicas en la formación del Promotor de Salud, no son consideradas de manera independiente, por el contrario, se relacionan entre sí y se circunscriben en la comunicación de la familia con la comunidad y la comunidad y su desarrollo a través del Promotor de Salud.

Observando esta distribución, se podría pensar que el Area Social Educativa es un área prioritaria dentro del proceso Enseñanza-aprendizaje; sin embargo, al hacer una revisión del porcentaje de tiempo (durante la Fase Concentrada) dedicado a ella, se observa que solamente tiene entre el 10 y el 20^o/o, mientras que el área Médico-tiene entre el 42 y 70^o/o del total del tiempo dedicado a los aspectos teóricos.

Aunque se piense que todos los Contenidos Educativos, tanto los de Atención a las Personas como los de Atención al Ambiente, enseñan la parte correspondiente a la Participación de la Comunidad y la Educación en Salud, como una forma de fortalecer la promoción de la Salud, la percepción de la enfermedad y lograr el autocuidado en salud, no es lo que ocurre en la realidad. Esto sucede porque no todos los docentes conocen, ni están conscientes de la importancia que dichos aspectos tienen dentro de la formación del alumno, especialmente los profesionales del área Médico-Técnico que no tienen la visión del trabajo comunitario, que en cambio si poseen los del Area Social.

— Etapa Desconcentrada:

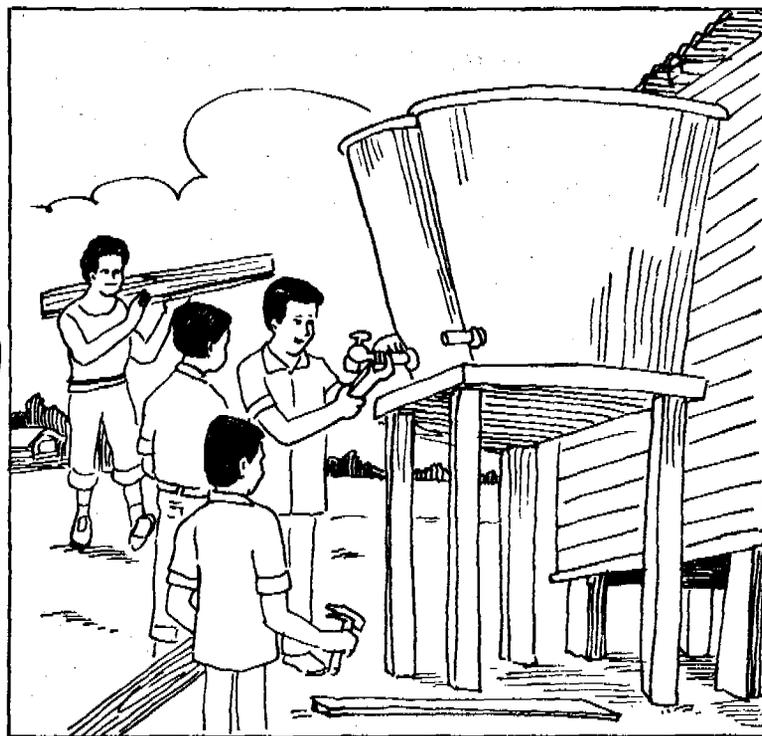
Una vez que el alumno ha recibido entre el 70 y el 80^o/o de sus conocimientos Teórico-Prácticos (no debemos olvidar que en muchas Unidades Didácticas, se consideran las prácticas a través de laboratorios, participación en procedimientos y realización de actividades en la comunidad) se desplaza a su vereda, comienza a poner en práctica los conocimientos adquiridos. Es allí donde el educando tiene la oportunidad de tomar el adiestramiento como una integración de las diferentes Unidades

Didácticas, que en la Fase Concentrada había visto en forma independiente. Es también durante esta Etapa cuando más oportunidad tiene de trabajar con la comunidad, afianzando así sus conocimientos sobre Participación de la Comunidad y Educación en Salud.

Esta Práctica de Campo, Extramural o de Trabajo en la Comunidad, tiene una duración mínima de 8 días y máxima de 20. Para el caso del Chocó, las Prácticas

Concentradas y Desconcentradas se reparten durante todo el adiestramiento (3 fases Concentradas y 3 Fases Desconcentradas).

Terminada la Fase Desconcentrada, el alumno regresa a la Fase Concentrada, y allí recibe el 20^o/o de los conocimientos restantes; hace una evaluación de su experiencia y de acuerdo con ella, se afianzan conocimientos y se ajustan los contenidos de la capacitación.



— Recomendaciones en cuanto a Contenidos:

El Contenido de la Capacitación ha sido siempre un tema álgido, y se han presentado diferencias de criterio en cuanto a qué debe aprender y qué debe hacer una vez capacitado el Promotor de Salud.

Hay Organismos que hacen especial énfasis en la preparación del Promotor de Salud, para que cumpla una basta labor de Promoción de Salud, Prevención de Enfermedades, Educación en Salud, Atención al Ambiente y Primeros Auxilios. En estos casos, el Promotor no suministra medicamentos a los pacientes y si lo hace, sólo utiliza droga de uso corriente, como analgésicos. Su tarea primordial es la remisión de los pacientes al Centro de Salud o al Hospital local más cercano.

Esta forma de considerar la Formación de Promotores ha permitido darle mayor importancia a la Educación en Salud y a la labor preventiva de la enfermedad o del daño. Sin embargo, en ocasiones ha colocado al Promotor de Salud en situaciones difíciles en las que se presenta el rechazo y la presión de la comunidad para que cumpla una labor más eficiente. Esto sucede en las áreas rurales y en general en las áreas marginadas donde casi siempre el único recurso de salud es el Promotor y en donde a la población, debido a la distancia y a la falta de medios de transporte, le es muy difícil desplazarse a un Centro de Salud u Hospital.

Como consecuencia, la comunidad solicita al Promotor que le dé medicamentos y atiende casos tales como

Inyectología, Sutures y otros. Si el Promotor no está preparado para ésto, no puede responder y si dadas las condiciones no tiene alternativas, termina haciéndolo con mucho riesgo.

Hay otras Instituciones, que coinciden con una etapa de formación más larga), en donde el Promotor se le capacita para que pueda cumplir además, con funciones médicas delegadas y pueda hacer un examen clínico al paciente para diagnosticar una enfermedad y determinar si puede o no atenderlo o si debe ser remitido. También se le permite administrar algunos medicamentos mínimos. Lo fundamental es que el Promotor sea supervisado frecuentemente y que se le brinde Educación Continua.

En general, los Contenidos de Capacitación del Promotor sólo pueden ser determinados por cada Servicio Seccional de Salud tomando como base las Normas emitidas por el ministerio de Salud y ajustándolas a las Patologías Regionales, a las Políticas Institucionales, a las condiciones de marginalidad de las poblaciones y a las necesidades propias de la Institución, así como a las de la comunidad.

Todo ésto ha de estar enmarcado dentro de los patrones socio-económicos y culturales de la población.

En cuanto a la formación propia del educando, se debe tener en cuenta que no solamente hay que capacitarlo en los conocimientos teórico-prácticos, sino que es necesario crear en él, el sentido de la responsabilidad, disciplina y compromiso con la comunidad, exigencia

muy grande en esta profesión u oficio. Se lo prepara en relaciones humanas y tratando de despertar en él las características de líder que se requieren para desempeñar su trabajo.

Esta Area de formación no ha recibido el suficiente énfasis en la Capacitación, trayendo como consecuencia la poca disciplina y responsabilidad en el cumplimiento de sus funciones por parte de algunos egresados.

Con el ánimo de reforzar el Area Social - educativa, sería conveniente que en los Contenidos de Adiestramiento se incluyeran Unidades de Enseñanza sobre Participación de la Comunidad y educación en Salud; éstas deberán ser dictadas en las primeras semanas de adiestramiento, de ser posible antes de empezar los Contenidos Médico-Técnicos. Para afianzar estos conocimientos, se harían Socio-dramas, visitas domiciliarias en lugares cercanos al Centro de Formación, en las cuales el alumno pueda discutir con las familias sobre la forma de ver

la Salud y conocer las principales enfermedades que les aquejen.

A través de estas Unidades de adiestramiento, se haría sentir al alumno la necesidad de involucrar a la comunidad en todas las acciones, bien sea para promocionar la salud, prevenir la enfermedad o lograr el autocuidado.

Posteriormente y en las demás Unidades de Enseñanza (Médico-Técnica y Saneamiento Básico), se incorporarán estas Unidades del Area Social para que el Estudiante aprenda la relación que hay entre la Atención a las Personas, al Medio, la Educación en Salud y la Participación de la Comunidad.

Hay que tener en cuenta, que antes de iniciar la Etapa de Adiestramiento, el Equipo Docente debe ser capacitado también a través de Cursos de Inducción en estas Unidades del Area Social.

EL EQUIPO DOCENTE:

La elaboración de los Contenidos Educativos ha estado a cargo del Comité de Capacitación de cada Servicio Seccional de Salud y la Coordinación ha sido responsabilidad de los Profesionales de Enfermería.

En las Instituciones de Salud donde no se cuenta con Escuelas de Formación, el Equipo Docente para los Cursos de Formación de Promotores de Salud, es integrado por personal Médico, de Enfermería, Area Social, Saneamiento y Administración. El número de integra-

tes varía de acuerdo con la disposición del personal y la motivación que tengan los integrantes del Organismo de Salud por la formación del Recurso Humano. A pesar de estas variaciones, el número de personas del Equipo Docente siempre debe contar con un Equipo mínimo conformado por un representante del Area Social, de Saneamiento y de Enfermería.

Sin embargo, la experiencia muestra que casi siempre se cuenta con más de un representante de cada una de estas áreas, del Personal Médico, de Administración, de

Odontología y de personal de otras Instituciones, prestando su colaboración y apoyo dictando algunos temas, aunque no constituyan el Equipo Básico Docente. Además ha sido conformado por un estadístico encargado de la enseñanza del sistema de información.

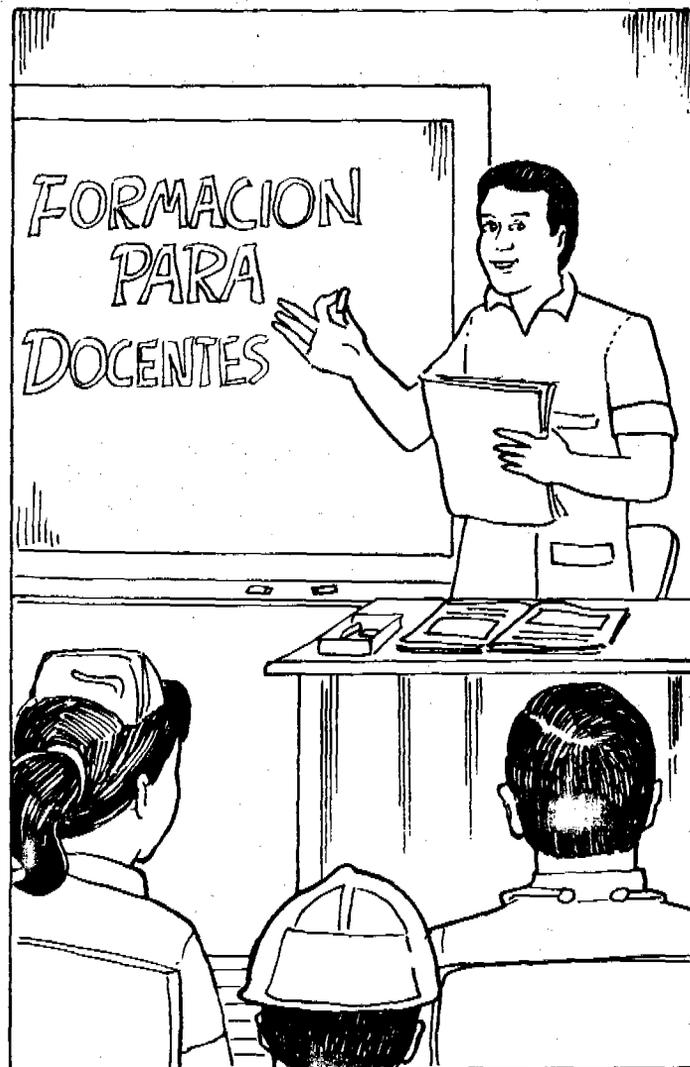
Cuando existe un Centro de Formación especializado como por ejemplo, la Escuela de Auxiliares de Enfermería de Apartadó (Urabá-Antioquia), que es la encargada de la formación de Promotores Rurales de Salud en la Unidad Regional de Urabá, entonces se cuenta con un Equipo Docente Básico integrado por cuatro (4) enfermeras dedicadas de tiempo completo a esta labor; a diferencia de los Equipos Multidisciplinarios mencionados para los Servicios Seccionales de Salud que además de las funciones propias de su cargo, deben cumplir también las labores de docente.

El personal docente de la Escuela de Auxiliares de Enfermería, tiene también el apoyo del personal médico, de Saneamiento, del Area Social y de Administración, quienes dictan algunos temas relacionados con su cargo profesional.

Preparación del personal Docente:

Inicialmente se escoge el personal de enfermería que tenga mayor conocimiento en este campo. Se seleccionan los docentes de mayor motivación y mejores aptitudes y se le prepara a través de un curso de formación para docente.

Durante este Curso se enseña técnicas educativas, elaboración de materiales educativos a través del trabajo



de grupo y se analiza la labor del Promotor y los Contenidos Educativos dirigidos a su habilitación.

En los cursos de "Metodología de Enseñanza" se utilizan Módulos de autoinstrucción, se elaboran guías de trabajo y ejercicios de aplicación, discusión de grupos y prácticas extramurales.

Al término de este Seminario, el personal está en capacidad de formular objetivos, escoger métodos y técnicas de aprendizaje y seleccionar los recursos instruccionales para el desarrollo de capacitación con base en las

— **Recomendaciones para el Equipo de Capacitación:**

La experiencia ha demostrado que es mucho más efectiva la Capacitación de Promotores Rurales de Salud, cuando se cuenta con un Centro Educativo destinado exclusivamente para ello, con un Equipo Docente permanente, motivado y eficiente, consciente de la importancia del promotor en la Prestación del Servicio Primario a la comunidad.

Esta experiencia se puede constatar en la Unidad Regional de Urabá, donde en un comienzo, se formaron Promotoras de Salud por parte del Equipo Multidisciplinario de Salud, que a pesar de su dedicación no pudo cumplir totalmente con los estudiantes, especialmente en lo que se refiere al apoyo directo en la Práctica Desconcentrada o Extramural, debido a que el personal Docente del Equipo Multidisciplinario tiene que cumplir, además de la labor docente, con su trabajo como profesional dentro de la Institución.

Unidades Programáticas que se describen en la parte de contenidos; además, durante el Curso se realiza la parcelación de actividades.

Para la Preparación de Docentes en Apartadó, por ejemplo, se han realizado Cursos por parte del Nivel Seccional del Servicio Seccional de Salud de Antioquia; además, se ha tenido el apoyo del Ministerio de Salud, el Convenio Colombo Holandés ha apoyado el equipo Docente, especialmente en la ejecución de los Primeros Cursos de Promotores Rurales de Salud.

Este mismo inconveniente se ha presentado en el Vaupés y en el Guaviare, donde la Capacitación es responsabilidad del Equipo Multidisciplinario de Salud, que también, cumple otras funciones. Allí los docentes tienen un nivel de exigencia mayor, si dedican su tiempo exclusivamente a los alumnos descuidando otras actividades, como por ejemplo, los Programas de Supervisión y Educación Continua.

Es indudable que no se pueda contar con un Centro de Formación de Personal para cada Servicio Seccional de Salud, debido a que la demanda de personal no es suficiente; pero existe la idea de crear un Centro para varios Servicios de Salud que viven situaciones geográficas, culturales y necesidades institucionales similares.

Otra alternativa, sería la ocurrida en el Chocó, donde se contó con un Grupo de Profesionales dedicados exclusivamente a la formación de Promotores, los cuales, una vez terminada dicha formación, regresaban a sus labores de trabajo acostumbradas.

Otro aspecto que no favorece suficientemente la realización de Capacitaciones hechas por los Profesionales del Equipo Multidisciplinario, es la carencia de preparación de los profesionales como docentes, con excepción del personal de Enfermería, y es en general, un personal que está cumpliendo con el año rural, razón por la cual cambia cada año, afectando la Capacitación, por cuanto la experiencia lograda se va perdiendo frecuentemente y

TECNICAS EDUCATIVAS:

Como hemos visto, el docente es un recurso vital dentro de la Capacitación. Ser docente no es solamente transmitir conocimientos, es motivar a los alumnos hacia el aprendizaje para que transformen la realidad una vez conocida, es el que logra despertar en el estudiante sus dotes creativas de análisis y el que permite al alumno apropiarse poco a poco del conocimiento para su propio beneficio y el beneficio de su comunidad.

Docente es, además, quien sirve de guía al educando para que logre realizarse como estudiante en primer instancia, como trabajador en segunda y como persona útil para sí misma y para la comunidad, durante el desarrollo de su vida.

Dentro del Proceso Educativo se deben utilizar diferentes técnicas y recursos para apoyar la capacitación del personal, de tal manera que este proceso sea agradable, variado, que despierte el interés del alumno por el aprendizaje y suministre las herramientas necesarias para el desempeño, más adelante, como persona y como funcionario de Salud.

cada nuevo profesional tiene sus propios intereses y maneras de abordar la Capacitación.

Se ha planteado como alternativa, tener un personal permanente que coordine, oriente y responsabilice de este programa, creando el cargo para una Enfermera educadora.

En la Educación deben contemplarse aspectos tanto cualitativos como cuantitativos, razón por la cual el Docente debe utilizar el método y el recurso más adecuado en relación con el objetivo que desea lograr.

José J. Grullón U., en su libro: "Educación para la Salud (*), formula las siguientes preguntas que permiten al Docente hacer un análisis del mejor método y recurso necesarios a utilizar, de acuerdo con el tema que va a enseñarse:

1. ¿Para lograr el objetivo que me propongo, es éste el mejor medio del que dispongo?.
2. ¿Despertará en los alumnos el interés necesario sobre el punto que vamos a tratar?.
3. ¿Promoverá inquietudes positivas respecto al tema tratado?.

* Introducción a la Tecnología Educativa, Tomo II, impreso en la República Dominicana en 1981, página 7.

4. ¿Promoverá la discusión de grupos y el pensamiento conceptual?
5. ¿He de usar ese medio sólo o acompañado con otro del que dispongo?. En caso afirmativo, he de usarlos juntos?. ¿Cuál primero y cuál después?.
6. ¿Lograré hacer llegar a los alumnos el mensaje más claro?. En caso afirmativo, además de claro, será permanente?.
7. ¿Se adapta este material al nivel de la clase?.
8. ¿Podrán ser adecuadamente esclarecidos los significados de las palabras que vayan apareciendo durante su Curso, contribuyendo así al aumento del vocabulario de la clase?.
9. ¿Es bueno el material en su aspecto físico?.
10. Es adecuado el número de personas al que va dirigido?.

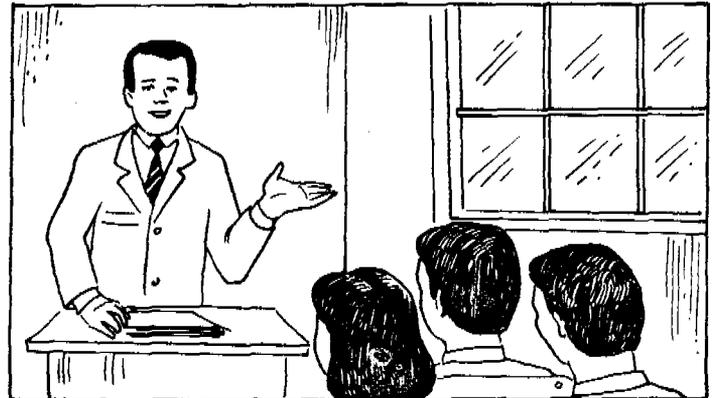
Tomando en consideración los anteriores puntos, se mostrarán algunas técnicas o métodos utilizados durante los diferentes Cursos de Promoción de Promotores, con el fin de que sirva de referencia para el Docente en su escogencia del método adecuado.

MÉTODOS O TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS EN LA CAPACITACION:

- a. Exposiciones, conferencias.
- b. Trabajos de grupo.
- c. Dramatizaciones (socio-dramas).
- d. Mesas redondas.
- e. Estudios de caso.
- f. Laboratorios.
- g. Experiencias directas.
- h. Demostraciones.
- i. Estudio dirigido.
- j. Investigación-acción.

a. Exposiciones, conferencias:

Consisten en la narración o exposición oral de un tema en forma ordenada. El conferencista asume una posición activa y los participantes, de manera pasiva se limitan a escuchar.



Ventajas:

Permite la asistencia de gran número de participantes.

Desventajas:

Como no favorece la participación activa, es difícil medir el grado de comprensión y aprendizaje de los estudiantes.

b. Trabajos en grupo:

Se utiliza para desarrollar un tema o actividad por parte de diversas personas que se agrupan con este fin, exige un moderador, quien debe favorecer la participación de todos los asistentes en forma organizada.



Ventajas:

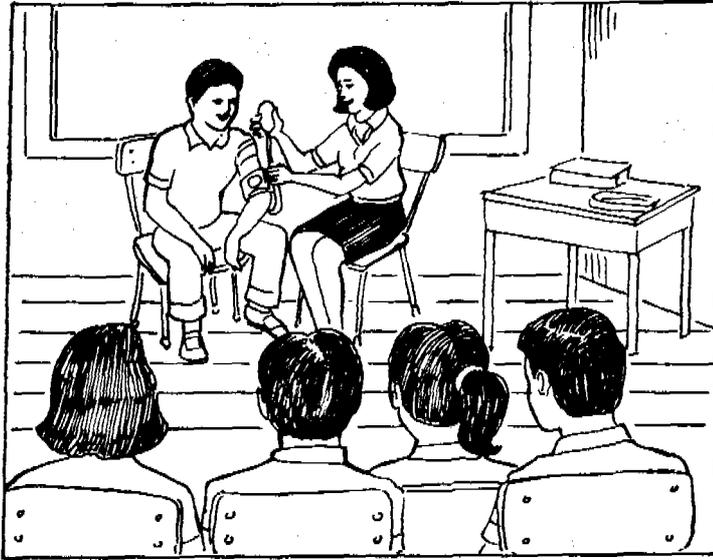
- Permite la participación activa de los integrantes.
- Favorece el intercambio de experiencias y conocimientos.
- Facilita el conocimiento interpersonal y aumenta la confianza entre los integrantes.
- Favorece el aprendizaje.

Desventajas:

- No permite entrar en detalles en la discusión de un tema.
- El tiempo destinado al trabajo de grupo resulta poco.
- No permite la participación de un gran número de personas.
- Si no se cuenta con un instructor para asesorar al grupo, se pueden presentar confusiones o desviaciones del tema.

c. Dramatizaciones (socio-dramas):

Es la presentación viva de hechos y acciones de la realidad, a los cuales se deberá enfrentar el alumno una vez esté capacitado, en su lugar de trabajo. Se basa principalmente en el diálogo y en la simulación (en ocasiones un poco exagerada), de situaciones de la vida real.



Ventajas:

- Favorece el aprendizaje.
- Permite hacer demostraciones de los procedimientos o actividades que ha de aprender el alumno.
- Ayuda a que los observadores realicen un análisis crítico de la actividad.
- Motiva a los observadores hacia la acción.

Desventajas:

- Exige mucho tiempo de preparación.

d. Mesas redondas:

Es un forma de reunión en la que 4 ó 6 participantes se agrupan para discutir un tema propuesto. Los participantes deben tener información sobre el tema a tratar y en la discusión aportarán sus opiniones; requiere de un moderador.

Ventajas:

- Permite el intercambio de ideas y el conocimiento de diferentes opiniones sobre el mismo tema.
- Es excelente para grupos pequeños.
- Puede emplearse en muchos temas y asignaturas.

Desventajas:

- No permite la participación activa de un gran número de participantes.
- Requiere de un grupo más o menos homogéneo, si se quiere alcanzar más éxito.

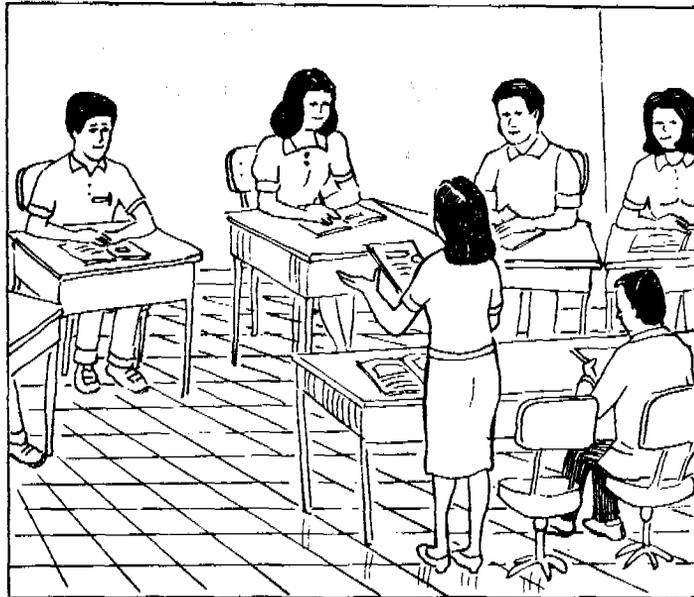


e. Estudio de caso:

Es una técnica de discusión y consiste en la descripción de una situación real investigada con anterioridad. La exposición se hace sobre un Tema de Estudio y se presenta por personas versadas en él.

El expositor o expositores presentan detalladamente una situación o problema y luego dan la solución más acertada. La labor del instructor se limita al seguimiento y guía de los integrantes.

El ejemplo más claro de Estudio de caso, lo constituye la situación clínica de un paciente.



f. Laboratorios:

Consiste en una experimentación de situaciones que se pueden generar dentro de un campo específico de estudio, bajo el control del Instructor; con el fin de desarrollar procesos prácticos de trabajo en la materia correspondiente.

Esta técnica es la más utilizada durante la capacitación del Promotor de Salud en la Fase Concentrada. Los Laboratorios permiten, con base en una demostración previa, el aprendizaje de una técnica o procedimiento.

En los laboratorios se ha venido enseñando la toma de signos vitales, la administración de medicamentos (aplicación de inyecciones), suturas, Primeros Auxilios, curaciones y otros.

g. Experiencias directas:

Se denomina Experiencia Directa, la que nos proporciona el contacto directo con la realidad. Estas experiencias las obtiene el estudiante con la atención directa al paciente (enfermo), la atención de la embarazada, el parto, el recién nacido, el escolar y en general el adulto.

Otros ejemplos de esta Experiencia son la visita domiciliaria, la Educación en Salud, (ejecución de Programas), el Control Epidemiológico y la Vacunación.

h. Demostraciones:

Son explicaciones visualizadas de un proceso o de un hecho; cuando el profesor enseña cómo tomar la temperatura, controlar el pulso o aplicar una inyección y muestra la forma de realizar la actividad, está enseñando un procedimiento que debe ser aprendido en la misma forma por el alumno. Esta técnica también ha sido utilizada en los diferentes Cursos dictados a Promotores Rurales de Salud en Chocó, Urabá, Guaviare y Vaupés.

i. Estudio dirigido:

Puede hacerse a través de lecturas asignadas en las que el Profesor señala determinados temas, proporcionando en algunos casos, guías con el objeto de complementar la instrucción recibida durante la clase o preparar un nuevo tema de enseñanza, de esta manera se estimula el estudio crítico-reflexivo.

Esta técnica ha sido empleada frecuentemente por los docentes para grabar los conocimientos adquiridos

en las Fases Teóricas (concentradas), por ejemplo, en San José del Guaviare, se cuenta con una responsable de disciplina, generalmente una Auxiliar de Enfermería, quien se encarga de acompañar y orientar a los alumnos en las horas dedicadas al Estudio.

j. Investigación - Acción:

Esta técnica permite al alumno percibir la realidad de manera crítica, para transformarla. Se parte de situaciones vividas por personas de la comunidad y por el propio alumno, quien a partir de la observación y de la ejecución directa de acciones o tareas, llega, con ayuda del docente, al análisis y al conocimiento del manejo de situaciones con las que habrá de enfrentarse una vez se desempeñe como Promotor de Salud. Un Ejemplo más claro de la aplicación de este método lo constituyen las Prácticas Desconcentradas, Extramulares o de Campo, en las cuales el alumno tiene la oportunidad de aplicar lo aprendido y de vivir su propia experiencia.

Durante las Etapas Desconcentradas, el alumno tiene la oportunidad de realizar el Diagnóstico Participativo y así conocer las necesidades, tanto en el campo de la salud, como las de otros componentes del desarrollo. Esta técnica le permite además, investigar las patologías predominantes en la vereda y valorar la percepción de la enfermedad por parte de la comunidad para poder establecer los Contenidos de la Educación en Salud.

Durante esta Etapa de Práctica Comunitaria, el alumno se enfrenta a situaciones para las cuales está preparado, como prestar Primeros Auxilios; pero también se halla con situaciones nuevas, lo que le obliga a desa-

rollar su creatividad y a realizar acciones conjuntamente con la comunidad, por ejemplo, cuando se encuentra con un brote de Sarampión o se tiene que atender una Patología que no se conoce.

El proceso de aprendizaje a partir de la experiencia "Aprender Haciendo", permite al alumno, primero vivir su experiencia, luego, reflexionar sobre ella, para llegar a la conceptualización, y finalmente, interiorizar los comportamientos, actitudes o conocimientos que lo llevan a la acción.

— La Reflexión:

El objetivo de la reflexión es lograr identificar sentimientos y comportamientos adoptados frente a una situación dada.

Debe llevarnos a crear actitudes positivas o nuevas en relación con lo que se desea enseñar.

Una vez logradas estas actitudes, se llega a la conceptualización, en donde el alumno con ayuda del Grupo, produce generalizaciones que fundamentan el comportamiento nuevo, se refuerzan también las conductas o actividades positivas. Finalmente se llega a la interiorización, donde se fijan las actitudes y conocimientos que dan paso a la acción.

RECURSOS DIDACTICOS:

Son todos aquellos elementos que sirven de apoyo o ayuda al docente para transmitir la enseñanza y que per-

miten al alumno lograr un mejor aprendizaje, en forma más clara y amena. (Ver J. Grullon. Educación para la Salud).

Las ayudas más utilizadas durante los diferentes Cursos de Formación de Promotores Rurales de Salud, han sido:

- a. Tiza y tablero.
- b. Modelos.
- c. Rotafolios.
- d. Proyecciones fijas.
- e. Mimeógrafo y conferencias escritas.
- f. Cartulinas.
- g. Marcadores.
- h. Material impreso.
- i. Retro-proyector.
- j. Fanelógrafo
- k. En prácticas desconcentradas, se han utilizado los títeres.

a. Tiza y tablero:

Un tablero o pizarrón es una superficie generalmente rectangular sobre la cual podemos escribir con tiza; podemos fabricarlo pintando de un color adecuado una tabla de triplex o de cartón-piedra. Los mejores tableros son los que están pintados de verde-gris, porque además de proporcionar un buen contraste con las diferentes tizas, descansan la vista.

Cuidados con el tablero:

El pizarrón o tablero, como todo instrumento de trabajo, requiere, para su efectivo uso y conservación,



algunos cuidados. El tablero debe ser mate (sin brillo), con ciertas asperezas para que la tiza pegue; debemos evitar escribir con tizas de mala calidad, ya que tienen un elevado porcentaje de arcilla que va rayando la superficie.

Para su limpieza no se deben utilizar líquidos como el aceite o ácidos, no debe borrarse con almohadillas de tela o de goma, porque ensucian más de lo que limpian.

b. Modelos:

Son réplicas o representaciones de figuras en yeso, pasta o mármol. Entre las usadas para la capacitación, están los modelos anatómicos del cuerpo humano y de cada una de sus partes por separado.

c. Rotafolios:

Es un libro de hojas grandes que va mostrando una secuencia de dibujos, diagramas, apuntes, cifras, cuadros, datos, hechos de tal manera que sigan una secuencia y permitan la presentación ordenada de un tema propuesto.

Esta técnica facilita mucho la enseñanza de un tema por parte del profesor y ayuda al alumno en la ejecución de prácticas educativas.

d. Proyecciones fijas:

Las imágenes fijas incluyen elementos variados, como ilustraciones, diapositivas, fotos, proyecciones de opacos, proyecciones de películas o de "slides". Las

imágenes fijas proyectadas pueden ser de dos tipos: Episcópicas (opacos) o Diáscópicas (transparentes).

e. Mimeógrafo y conferencias escritas:

Estos dos elementos son de gran ayuda para el docente y el alumno, pues permiten, a través de los stencils, elaborar conferencias que luego serán entregadas a los alumnos. Cuando el estudiante cuenta con este material de trabajo, concentra su atención en el tema ya que no tiene que tomar apuntes.

f.g. Cartulinas y Marcadores:

Cartulina es un cartón suave, liso y delgado que se utiliza junto con los marcadores para hacer carteleras educativas. Estas carteleras deben escribirse con letra legible, grande, no amontonada y se deben utilizar dibujos que representen situaciones de la vida real y personas de la región.

h. Material impreso:

Hace referencia a todos aquellos materiales como cartulinas, folletos, manuales y libros, que ayudan al docente y al estudiantado a la preparación de las clases y sirven como consulta de temas de investigación.

i. El Retro-proyector:

Sirve para proyectar material transparente; produce imágenes nítidas y claras en condiciones normales de luz, es decir, no hay necesidad de oscurecer la sala.



El Retro-proyector puede utilizarse con ventajas sobre cualquier otro medio proyectable; se puede usar para conferencias o demostraciones detalladas, discusiones de grupo y mucho más.

Este tipo de aparato permite el uso de gran variedad de materiales en la preparación de la demostración educativa:

- Hojas de celofán para hacer dibujos, gráficos, se pueden utilizar plumones especiales de felpa.
- Películas fotográficas positivas.
- Hojas de acetato para dibujar y marcar.
- Papel pergamino muy transparente.
- Trancig - paper (papel especial de marcar).
- Hojas de papel opaco o cartón para cubrir parte de lo que se está mostrando.
- Señalar con lápiz o puntero, detalles que son importantes de destacar sin moverse del sitio.
- Usar amplificados modelos de plástico transparente con pinzas en movimiento.
- Colocar en hojas transparentes un gráfico básico o arreglar letreros sin dañar el dibujo original, superponiendo varias hojas transparentes.
- Dar énfasis a la demostración por medio del movimiento con los dedos o punteros indicando direcciones.

- Reproducir mapas, gráficos, bosquejos, proporciones. Para hacer los dibujos se utilizan materiales transparentes, tintas, lápices, cintas de pegar, marcadores de fieltro, lápices de cera para sombrear, objetos pequeños de plástico transparente, fotos impresas en papel con base de coalín.

j. Fanelógrafo:

Es un excelente medio educativo, es sencillo, claro y permite adaptaciones. Tiene forma de un rectángulo, cuyo tamaño varía según el propósito y la cantidad de público que presenciara la demostración.

Construcción:

- Se corta un rectángulo del tamaño conveniente en un material liso y fuerte como cartón-piedra reforzado, triplex, corcho.
- Se corta una pieza de lana, felpa, gamuza o dulce-abrigo.
- Se adhiere esta tela sobre el material fijo escogido, de manera que quede sin arrugas, y se pegan sus bordes con chinchas u otro elemento.
- Las imágenes que se van a colocar sobre el fanelógrafo se pueden fijar con chinchas o alfileres; además, puede colocarse al respaldo de cada figura papel de lija, lo que posibilita su fijación en el fanelógrafo.

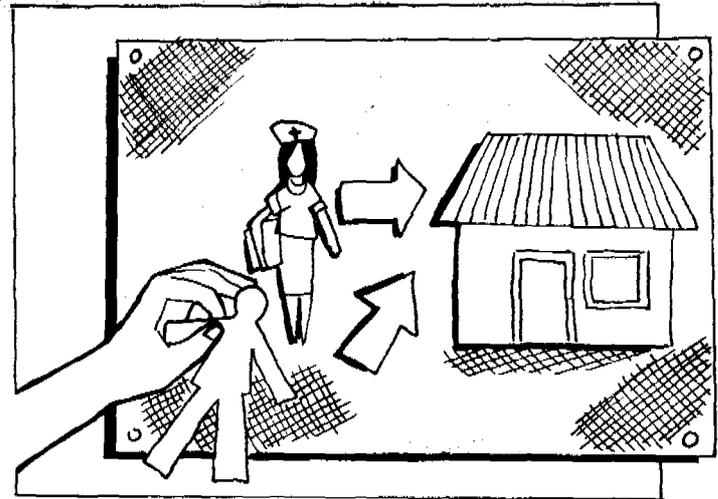
Construcción:

- Se corta un rectángulo del tamaño conveniente en un material liso y fuerte como cartón-piedra reforzado, triplex, corcho.
- Se corta una pieza de lana, felpa, gamuza o dulce abrigo.
- Se adhiere esta tela sobre el material fijo escogido, de manera que quede sin arrugas, y se pegan sus bordes con chinchas u otro elemento.
- Las imágenes que se van a colocar sobre el franelógrafo se pueden fijar con chinchas o alfileres; además, puede colocarse al respaldo de cada figura papel de lija, lo que posibilita su fijación en el franelógrafo.

ILUSTRACIONES.

Es todo aquel dibujo, grabado, figura, fotografía que se usa para acompañar un tema o su explicación, a la de un libro o cartilla de manera que ésta resulte más comprensible al auditorio o al alumno.

Las carteleras son un buen ejemplo de ello. El estudiante debe elaborarlas de acuerdo con el tema a exponer; Para enriquecer la comprensión del mensaje el estudiante la probará con sus compañeros de grupo y con personas de la comunidad. Una vez elaboradas y sin mensajes escritos, se pedirán explicaciones sobre lo que se entiende de ella; las interpretaciones que den las personas consultadas permitirán hacer ajustes y mejorar la calidad de su elaboración.



PRACTICAS DESCONCENTRADAS:

La práctica Desconcentrada, práctica extramural o de campo, se lleva a cabo en todos los programas de Capacitación de Promotores de Salud; el tiempo destinado para ello ha variado de acuerdo con el tiempo total del curso, pero en promedio ha tenido una duración de veinte días.

El objetivo básico de esta Fase Desconcentrada ha sido el de permitir al alumno el contacto con su propia realidad y con las actividades que deberá cumplir cuando sea Promotor de Salud. La práctica de campo hace que el alumno ponga en práctica todos los conocimientos adquiridos durante la Fase Concentrada.

Otro de los objetivos es permitir al futuro Promotor el contacto con la comunidad con la que va a trabajar, además, permite a la comunidad conocer un poco mejor el proceso de formación del Promotor y las actividades que ha de cumplir en un futuro.

Para el logro de estos objetivos, se hace en primer lugar una revisión teórica de conceptos sobre la participación de la comunidad y sobre la metodología del Diagnóstico Participativo. Una vez se tiene esta información, se inicia la Fase de Acercamiento en la comunidad de la cual se involucran a sus miembros para que con un mayor número de personas se pueda llevar a cabo el Diagnóstico Participativo.

Se hace un mapa de la vereda, el censo de población, se llega al conocimiento de aspectos socio-económicos y

culturales de la población, de la vereda; finalmente se llega, a través de discusiones con la gente, a conocer los principales problemas que afectan a la comunidad y a determinar los que tienen que ver con el sector Salud.

Cómo hacer la Práctica Desconcentrada?

El grupo de alumnos que llega a cumplir su fase teórica, se desplaza a algunas de las veredas que los han seleccionado, acompañados por profesionales del área social y el coordinador de la capacitación, en la medida de lo posible debe asistirlos también el Promotor de Saneamiento.

Una vez llegan al lugar escogido, se reúne a la comunidad, discutiendo con ella el objetivo de la práctica, las funciones asignadas al Promotor de Salud y las tareas que él debe ejecutar en la vereda. Se entrega además al futuro Promotor los elementos de dotación y suministros (según listado) que le han sido asignados, dándole total autonomía para la realización de las actividades enseñadas.

Durante el período los docentes que los acompañan apoyan y asesoran a los estudiantes, según sus requerimientos.

— Actividades de la Fase Desconcentrada:

- Se presenta a la Promotora Rural de Salud a la comunidad, por parte del Equipo Capacitador (Enfermera, Trabajadora Social, Médica Asesora y otros), quienes, además expusieron a la comunidad todos

los aspectos relacionados con el trabajo de la Promotora.

- Se explica a la comunidad el Sistema Nacional de Salud, Niveles de Atención, haciendo énfasis en la Atención Primaria en Salud, ubicación de las Sedes de UPAS y Unidades de Cobertura, según el Area visitada.
- Se da a conocer los Componentes de Atención Primaria en Salud y los Programas que se desarrollan en cada componente por parte del Servicio Seccional de Salud.
- Se explicaron las actividades que deberían desarrollar los estudiantes en su Fase Desconcentrada.

Así mismo, las actividades cumplidas por el Promotor, son:

- Investigación de enfermedades más frecuentes percibidas por la comunidad.
- Intercambio de experiencias con la comunidad.
- Elaboración de un perfil comunitario.
- Cumplimiento del Plan de Trabajo, que incluye:
 - Prestación de Primeros Auxilios.
 - Aplicación de tratamientos.
 - Atención del Parto.
 - Inmunizaciones.
 - Visitas domiciliarias.

- Remisión de pacientes, según complejidad de su patología.
- Identificación de grupos de riesgo.
- Censo familiar.
- Elaboración del mapa veredal.
- Elaboración de la ficha veredal.

- Trabajos con grupos específicos:

- Líderes y Juntas de Acción Comunal.
- Padres de familia y maestros.
- Grupos de madres.

- Educación en Salud

- Salud y Nutrición.

Para la Escuela de Auxiliares de Enfermería de Apartadó, Urabá, Antioquia, encargada de la Formación de Promotores de Salud, las actividades que deben cumplir los alumnos en la Fase Desconcentrada, son:

- Reunión con líderes de la comunidad.
- Reunión con miembros de la comunidad.
- Elaboración de croquis del Area asignada.
- Integración de la comunidad en el desarrollo de actividades que ellos realizan.
- Elaboración del Censo de población asignada: Un total de veinte casas, con base en la ficha domiciliaria.

- Elaboración de Censo de Parteras.
- Hacer clasificación de riesgos.
- Hacer el Censo de mujeres en edad fértil (planificación familiar).
- Hacer Censo de Vacunación.
- Hacer censo de embarazadas en Control Prenatal.
- Hacer un plan diario de actividades.
- Realizar actividades que le son propias.
- Presentar resumen de actividades diarias.
- Elaborar un informe general de las actividades realizadas y presentación del Plan.

Para el Vaupés las principales actividades contempladas en la Fase Desconcentrada, han sido:

- Evaluación en Salud a la Comunidad.
- Interpretación de la Metodología Participativa:
 - Motivación.
 - Conocimiento de Capitanes y Líderes.
 - Reconocimiento de la zona.
- Sensibilización:
 - Información a la comunidad sobre la visita domiciliaria.

- Auto-evaluación.
- Replanteamiento comunitario de nuevas acciones.

- Capacitación a la comunidad mediante talleres, siguiendo la Metodología Participativa.
- Actividades médico-técnicas en el Puesto de Salud.
- Charlas Educativas Formales.

Actividades realizadas:

- Consulta médica delegada y administración de medicamentos.
- Educación en Salud, mediante charlas, entrevista, visitas, reuniones comunitarias.
- Censo de población.
- Mapas de la región.
- Actividades técnico administrativas.
- Visita domiciliaria.

Saneamiento Ambiental:

- Instalación de tazas sanitarias.
- Relleno Sanitario.
- Educación Comunitaria.

En cuanto a las actividades cumplidas por los Promotores de Salud en sus Etapas Desconcentradas en el Chocó, fueron las siguientes:

- Ubicación de la Promotora de Salud en su comunidad.
- Manejo del Micro-puesto de Salud.
- Prestación de servicios primarios a la comunidad.
- Atención al niño, a la embarazada y al adulto.
- Manejo de la Caja Maestra (sistema de información).
- Control del embarazo.
- Atención del Parto y Puerperio.
- Control de Planificación familiar.
- Manejo de la bandera de la Salud, participación de la comunidad.
- Control nutricional, aplicación de la cinta de tres colores.
- Elaboración del mapa de la vereda, plan de trabajo y censo de la vereda.
- Atención al Medio Ambiente.
- Educación en Salud a la comunidad.
- Prestación de Primeros Auxilios.

- Visita domiciliaria.

Como puede observarse, en general las actividades cumplidas en las cuatro regiones durante las Fases Desconcentradas, son similares y permiten al alumno poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la Fase Concentrada. Este tipo de práctica permite al estudiante conocer la realidad del trabajo que irá a realizar, afianzar sus conocimientos y determinar dudas y lagunas durante su aprendizaje.

Una vez terminada la práctica podrá regresar a una nueva Etapa Concentrada, la que le permitirá intercambiar experiencias con los compañeros, reforzar conocimientos, adquirir otros nuevos y aclarar dudas dentro de su capacitación.

Las Etapas Desconcentradas han sido valiosas para el Promotor Rural de Salud estudiante y para la comunidad, la cual a través de la práctica aprende a conocer más al Promotor de Salud y su papel en la comunidad.

EVALUACION DE LOS ALUMNOS:

- La evaluación académica se impulsa en las cuatro Areas, teniendo en cuenta:
 - Utilización de Pre-test y Post-test.
 - Evaluaciones periódicas verbales y escritas.
 - Reuniones del Equipo Docente, para analizar el desarrollo del Curso.
 - Auto-evaluación de los alumnos.

La evaluación de la Capacitación de los Promotores de Salud, debe verificarse a través de dos grandes bloques o áreas:

— La primera, el rendimiento escolar. En él se miden los conocimientos adquiridos durante el Curso.

— La segunda, la evaluación de su desempeño como trabajador. Permitiría medir la calidad de enseñanza y preparación del personal; sin embargo, aún no se han llevado a cabo estas Evaluaciones, razón por la cual no se hacen mayores comentarios sobre esto.

La Evaluación de la Etapa de Aprendizaje se ha cumplido en las cuatro (4) Areas (Guaviare, Urabá, Vaupés y Chocó), en la siguiente forma:

DESCRIPCION	CHOCO	GUAVIARE	URABA	VAUPES
1. ASPECTOS EVALUADOS	<ul style="list-style-type: none"> — Conocimientos adquiridos. — Habilidades para realizar procedimientos. — Comportamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> — Conocimientos — Habilidades para realizar procedimientos. — Iniciativa, responsabilidad, disciplina y relaciones inter-personales. 	<ul style="list-style-type: none"> — Rendimiento académico. — Aplicación de conocimientos adquiridos. — Relaciones inter-personales — Comportamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> — Manejo y Archivo de Historias Clínicas. — Charlas educativas — Diligenciamiento de Registros.
2. FORMAS DE EVALUACION	<ul style="list-style-type: none"> — Evaluación del Docente. — Auto-evaluación del alumno. 	<ul style="list-style-type: none"> — Evaluación del Docente. — Auto-evaluación del alumno. 	<ul style="list-style-type: none"> — Evaluación del Docente. 	<ul style="list-style-type: none"> — Evaluación del Docente. — Auto-evaluación del alumno.
3. CALIFICACION	<ul style="list-style-type: none"> — Teoría 50^o/o — Práctica 50^o/o — Calificación de 0 a 5 — Aprobación 3.5. 	<ul style="list-style-type: none"> — Teoría 40^o/o — Práctica 60^o/o — Grados de calificación de 0 a 10 — Aprobación 6 ó más. 	<ul style="list-style-type: none"> — Fase teórica, grado de calificación de 0 a 10. — Aprobación 6 ó más. — Fase Práctica de 0 a 10. — Aprobación 7 ó más. 	<ul style="list-style-type: none"> — Grado de calificación Fase Teórica de 0 a 5. — Aprobación 3.0 — Fase Práctica, por porcentaje máximo 150 puntos, mínimo 40.

Como puede observarse en las cuatro (4) Regiones, la Educación del alumno es fundamental; se evalúan tanto los aspectos teóricos, como prácticos; sin embargo, podría decirse que la Fase Práctica marca la aprobación o no del Curso de Capacitación del Alumno.

Recomendaciones para la Evaluación del Estudiante:

Se ha visto a través de la experiencia, que es fundamental realizar evaluaciones calificadas para valorar el grado de aprendizaje y habilidades del alumno, que lo capaciten para desempeñar eficientemente su trabajo.

Al respecto de este tema, se puede comentar la experiencia obtenida en el Vaupés, en donde durante los Cursos, se consideró que no era necesaria la valorización del alumno, y el hecho de que todos podrían trabajar como Promotores, buscando apoyar al alumno con más actividades una vez continuara trabajando. El desempeño de su trabajo posterior, permitió ver a la comunidad y a la Institución el hecho de que no todos los alumnos estaban preparados para desempeñar el cargo; presentándose problemas con los funcionarios menos capacitados.

5. Duración de la capacitación

El tiempo dedicado al Adiestramiento o Formación de Promotores de Salud, no ha tenido un número de horas, días o meses establecidos de manera uniforme. En las cuatro (4) Areas en donde se ha desarrollado la experiencia (Guaviare, Urabá, Vaupés y Chocó), se han pre-

sentado variaciones con relación a cada Area Geográfica y con relación a la propia Area Regional.

Estas variaciones se deben a políticas de cada Servicio Seccional de Salud, a necesidades propias de cada región y han sido condicionadas por la Experiencia obtenida por cada Equipo Docente de Cada Servicio Seccional de Salud, conforme se va aumentando en número de Cursos de Formación.

Es de anotar, que el tiempo mínimo para la Capacitación, normado por el Ministerio de Salud es de tres (3) meses, razón por la cual este es el tiempo mínimo utilizado por algunos Servicios Seccionales de Salud.

A continuación citaremos la duración de la Capacitación en cada Area Regional.

Como puede observarse en el cuadro anterior, el proceso de Capacitación tiene diferente tiempo de duración en cuanto a cada Servicio de Salud. El tiempo de Promoción y Selección, es más estable, no así el de Adiestramiento que varía de acuerdo con las unidades educativas de cada Programa.

Si se compara el tiempo dedicado a la Capacitación de recurso humano con el tiempo dedicado a la Supervisión y Educación Continua, puede decirse que es un tiempo corto y que se diferencia de la Supervisión y Educación Continua, en que éstos dos últimos tienen un carácter permanente.

DURACION DE LA CAPACITACION

SERVICIO	PROMOCION	*SELECCION	ADIESTRAMIENTO	TOTAL
CHOCO	1 mes	15 días	3 meses	4.1/2 meses
GUAVIARE	1 mes	15 días	4 - 5 meses	5.1/2 meses
URABA (ANT.)	1 mes	1 semana	3 meses	4 meses y 1 semana
VAUPES	1 mes	15 días	6 - 7 meses	7.1/2 - 8.1/2 meses

* Se refiere a días promedios

— Recomendaciones para la Duración de la Capacitación:

Es necesario en un futuro próximo, realizar una investigación de campo para medir la efectividad del adiestramiento y comparar los Contenidos Educativos propuestos por cada uno de los Servicios Seccionales de Salud, con las tareas o actividades cumplidas por el Promotor Rural de Salud en su comunidad, con el fin de precisar el tiempo mínimo necesario para su adiestramiento, tomando como patrones de referencia el Diagnóstico Participativo elaborado en la comunidad.

Se hace necesario verificar cuáles y cuántos de los conocimientos enseñados han utilizado y cuáles han requerido en el ejercicio de su labor como Promotor de Salud y que no se les haya proporcionado.

Sin duda, esta información suministrará datos valiosos que lleven a los docentes a la revisión, ajuste o confirmación de todo el proceso de capacitación utilizado hasta ahora para la formación del trabajador de Atención Primaria en Salud.

6. Seguimiento de los Egresados

El seguimiento de los Promotores capacitados, se hace a través de la Supervisión, cuyo objetivo es el de apoyar al Promotor, detectar áreas críticas en su formación y establecer Contenidos para la Educación Continua.

A través de las Visitas de Observación, Reuniones Comunitarias, Informes Escritos y Supervisión Indirecta, se han podido determinar deficiencias en su formación, tanto en contenidos teóricos como en aspectos prácticos; se ha podido conocer además, los grados de deserción de los egresados de su lugar de trabajo y sus causas, se han conocido inquietudes y sugerencias de los egresados, para nuevos Cursos de Formación.

Así por ejemplo, en Urabá de los 85 Promotores de Salud capacitados (en el período 1980 - 1985), se encontraban laborando 54; lo que equivale a una mortalidad laboral del 36^o/o.

Para el Guaviare, de los 40 Promotores de Salud capacitados (en el período 1980 - 1985), estaban laborando 14, mostrando una pérdida del 65^o/o.

En el Vaupés para el mismo período, de los 73 Promotores Capacitados, se retiraron 14 con una deserción del 19^o/o.

En el Chocó la pérdida fue mínima.



La deserción laboral, se atribuye a:

- Deficiencia en la promoción y la selección.
- Falta de apoyo administrativo (sueldos atrasados y falta de elementos de trabajo).
- Matrimonio, embarazo.
- Cambio de domicilio.
- Problemas de orden público y narcotráfico.

No se conocen motivos específicos de retiro de personal relacionados con el Adiestramiento, debido a que el seguimiento del egresado no ha sido permanente y sistematizado, no se tienen evaluaciones del desempeño, razón por la cual no se han aplicado mayores correctivos a los Programas de Formación de Personal.

Se ha planteado la necesidad de contar con una Tarjeta o Ficha para cada estudiante, en donde se consignen datos personales, aspectos sobresalientes de su Capacitación, tanto positivos como negativos, observaciones sobre sus puntos fuertes con relación a las Areas de enseñanza y aspectos que deberán reforzarse a través de la Supervisión y Educación Continua posterior.

Estas Fichas también permitirían recopilar datos sobre su desempeño como Promotor y los Cursos de Educación Continua que recibe o los temas en los que se le prepara. El análisis de esta Ficha, permitirá evaluar mejor al Promotor de Salud.

Es importante que algunos miembros del Equipo Docente, especialmente el personal de Enfermería, de Area Social y de Saneamiento, que participaron como

docentes, puedan realizar visitas de seguimiento, ya que conocen al alumno y él a su vez los conoce, lo que facilita el acercamiento y el apoyo que se le puede brindar al egresado en el cumplimiento de sus funciones. Así mismo, es fundamental que este mismo personal docente pueda participar en la Educación Continua de los Promotores de Salud.

- Recomendaciones en cuanto a la ubicación del Egresado:

En las cuatro (4) Areas, se miró cómo ubicar al estudiante una vez terminada su Capacitación en su lugar de trabajo, arroja resultados bastante positivos en el desempeño futuro de sus funciones.

Se han visto también resultados negativos por la situación difícil que le toca vivir al trabajador, cuando se le envía a una comunidad que a veces no conoce, o en las que él sólo se presenta a la comunidad y se posiciona en su cargo de Promotor. En la mayoría de casos el Promotor se presenta a la comunidad y ésta termina haciéndole exigencias que no puede responder, esta situación se debe al desconocimiento por parte de la comunidad, de las funciones del Promotor.

Es importante, entonces, acompañar al Promotor a su lugar de trabajo, reunir a la comunidad, presentarlo y explicar de nuevo o recordar a la gente el papel del Promotor de Salud, sus funciones y hacerles saber para qué fue capacitado, qué puede hacer y qué no puede hacer; además, se solicitará el apoyo por parte de la comunidad.

7. Recomendaciones para la evaluación de la capacitación

Esta etapa o actividad debe cumplirse durante todo el desarrollo del Programa, es decir, desde la planeación y programación de la Capacitación hasta la ubicación del egresado en su lugar de trabajo y de ser posible, hasta la Evaluación de su desempeño como Promotor de Salud.

La Evaluación requiere de algunos requisitos previos:

- Claridad en la definición de objetivos.
- Elección de índices adecuados.
- Existencia de Sistema de Información, o en su lugar, datos necesarios para la Evaluación.
- Existencia del personal responsable de la Evaluación.
- Otros.

Cuando se lleva a cabo ésta actividad, fundamentalmente se debe evaluar:

- En la Ejecución del Programa de Adiestramiento.
- Al finalizar el Programa de Adiestramiento.
- **Evaluación en la Ejecución del Programa de Adiestramiento:**

Tiene por objeto, por ejemplo, medir algunos aspectos del Programa, tales como, cantidad de actividades

efectuadas, nivel de comprensión de los alumnos, calidad del docente, verificación de si la capacitación se va desarrollando de acuerdo con lo previsto. Conocer este tipo de Evaluación Continua, permitirá hacer los ajustes correspondientes y perfeccionar el Programa.

- Evaluación al finalizar el Programa de Adiestramiento:

Esta Evaluación, permitirá saber el cumplimiento de los objetivos propuestos (si los objetivos se van cuantificando, los resultados se mostrarán más fácilmente); en general se verá si se cumplió lo propuesto o en qué grado se cumplió.

En términos generales se evalúa:

- Los resultados obtenidos.
- Los esfuerzos realizados, recursos utilizados y la relación con los resultados obtenidos.

Los términos o medidas que darán una respuesta a esta evaluación, una vez obtenidos los datos, serán:

- Efectividad.
- Eficacia.
- Eficiencia.
- Rendimiento.

Hay que tener presente, que todas estas medidas están estrechamente relacionadas y que no es posible quedarse en datos sueltos, sino que es necesario su análisis por separado y en conjunto. No obstante, la verdadera

medida de efectividad de un programa está dada en la relación entre los objetivos alcanzados y las acciones realizadas en relación con los recursos utilizados.

RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE PROGRAMAS DE CAPACITACION DE PROMOTORES DE SALUD.

Si desea diseñar programas de Formación de trabajadores de Atención Primaria, tenga en cuenta:

1. La Aplicación de la estrategia de Atención Primaria implica dar prioridad a aspectos como promoción de Salud y prevención de la enfermedad, sin descuidar la curación y la rehabilitación.
2. La preparación del trabajador de atención primaria debe incorporar contenidos principalmente de Atención a las personas, atención al ambiente, participación de la comunidad y educación en Salud.
3. Los contenidos del aprendizaje deben determinarse principalmente con base en las necesidades de la comunidad y en la morbilidad más prevalente.
4. Es mejor enseñar pocos elementos teóricos que puedan aplicarse y no gran cantidad que no se utilicen en el lugar de trabajo. De acuerdo por lo expuesto por los promotores en servicio lo que más aplican es:

. Atención de pacientes con:

Dolor de cabeza	enfermedades de la piel
Enfermedades respiratorias	artritis

Amebiasis	tensión alta
Diarrea	parasitosis
Gripa	gastritis
Paludismo	

. Atención de Primeros Auxilios:

Quemaduras	heridas
Descomposturas	hemorragias

. En cuanto a Procedimientos:

Curaciones	toma de signos vitales
Suturas	temperatura
Inyectología	vacunación

. Los medicamentos más Administrados:

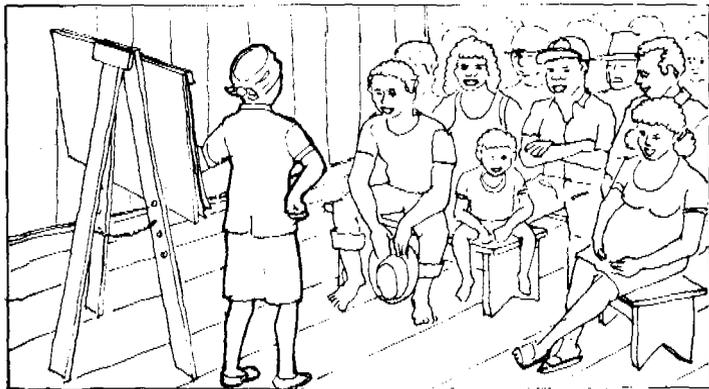
Analgésicos	Gotas oftálmicas
Antimicóticos	Antituberculosas
Vitaminas	Antiparasitarios
Suero Oral	Antitusivos
Antibióticos	Antiácidos
Expectorantes	

. Otras Actividades:

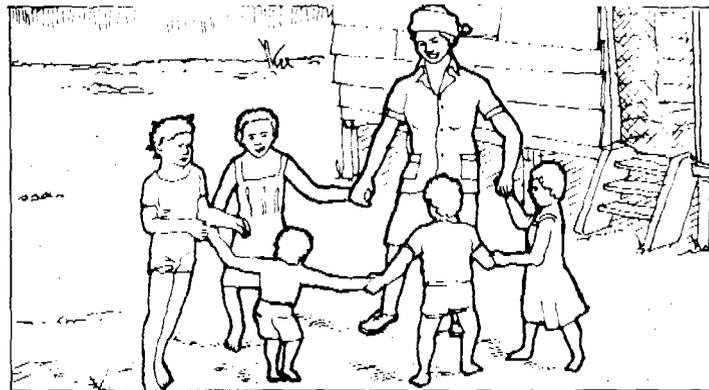
Huertas caseras	Alfabetización
Tejidos	Culinaria
Elaboración de toldillos	

Para saneamiento la actividad fundamental es la Educación en Salud.

5. Como se vé en el punto anterior, el trabajador de Atención Primaria, en ocasiones realiza otras actividades no propias con su cargo, pero que pueden ayudarle para mejorar su imagen ante la comunidad y su aceptación, así como para ayudar al desarrollo comunitario. Esto sugiere que es necesario durante la capacitación reforzar los componentes de participación de la comunidad y Educación en Salud, enseñándole además algunos temas que le sean de utilidad.
6. El tratamiento que se dé a las Unidades docentes debe ser integral, así por ejemplo, cuando se enseña el tema de paludismo, debe hablarse sobre la enfermedad, tratamiento, manejo de técnicas de laboratorio (gota gruesa), Educación en Salud y participación de la comunidad en la prevención y control de la enfermedad. Se enseñará la elaboración de toldillos, el desecamiento de charcas, como medidas de apoyo y participación de la comunidad.



7. La metodología más útil para la enseñanza aprendizaje es la de etapas concentradas y desconcentradas.
8. El usar técnicas educativas como estudios de caso y sociodramas en los que se trate el tema de un paciente por enfermedad, aplicando los conocimientos aprendidos además en participación de la comunidad, Educación en Salud y saneamiento, resulta de gran utilidad para grabar un conocimiento y para identificar puntos débiles en la capacitación.
9. La duración de la etapa de capacitación no debe ser inferior a tres meses.
10. Si al trabajador de Atención Primaria no se le entregan los elementos de dotación y suministros para cumplir con sus funciones, éste no podrá desempeñarse bien, así su capacitación sea excelente.



CAPITULO III

SUPERVISION Y

ATENCION PRIMARIA EN SALUD

1. Introducción

El Convenio Colombo-Holandés empieza a impulsar la Supervisión en cuanto áreas programáticas (Chocó, Guaviare, Vaupés y Urabá) a partir de 1981, bajo la nueva concepción de asesoría y apoyo.

En los años anteriores a 1981, la Supervisión se realizaba en forma esporádica y se orientaba principalmente hacia la Supervisión de Promotoras de Salud, actividad que correspondía a la Sección de Materno-Infantil. La Supervisión hasta entonces tiene un carácter "policivo", debido a que se orienta solamente al control del funcionario y se ve más como fiscalización del desempeño de una persona que como evaluación de la actividad que cumple.

A través del contacto que poco a poco se va teniendo con los Promotores de Salud, Auxiliares de Enfermería, profesionales y demás funcionarios, así como también con líderes y personas de la comunidad, se llega al convencimiento de que el Programa de Atención Primaria no avanza, debido a la falta de apoyo de capacitación en servicio, de seguimiento, suministros y en general de las fallas en la Supervisión de las actividades cumplidas diariamente por los promotores y auxiliares. La comunidad hasta ese momento no conoce siquiera lo que es ser Promotor de Salud y poco o casi nada del acercamiento que tiene con la Institución de Salud.

Otro de los aspectos que hace destacar el interés por la Supervisión, es la reciente capacitación de Promotores de Salud, quienes son enviados a su vereda a trabajar y

quienes empiezan a demandar del Servicio de Salud: suministros, materiales educativos, educación continua y en general mayor apoyo.

Poco a poco se va tomando conciencia de que no solo el Promotor necesita apoyo y ayuda, sino que también lo requieren los Auxiliares de Enfermería, los Promotores de Enfermería, profesionales y en general, todo el personal que trabaja directamente con la comunidad.

Sin embargo y a pesar de la importancia de las visitas de los funcionarios del Nivel Superior, los Promotores de Salud y Auxiliares de Enfermería y demás personal de la U.P.A., no se atreven a solicitarlas y cuando las reciben, no sienten la confianza suficiente para manifestar sus problemas y demostrar los puntos débiles de su trabajo o de su capacitación; siempre hay que mostrar al Supervisor que todas las cosas están bien y que todo marcha a la perfección, lo cual se debe sin duda al carácter fiscalizador y policivo de la Supervisión, que no parece favorecer mucho al funcionario supervisado, ni al desarrollo del trabajo; siempre el supervisado espera o evita con su comportamiento, una sanción disciplinaria.

La comunidad por su parte empieza a quejarse del trabajo del funcionario, informa sobre ausencia del Promotor de Salud, se queja de sus servicios; al responder el nivel seccional de Salud a estas demandas, envía personal a hacer visitas de Supervisión, encontrándose que cuando hay visitas de Supervisión improvisadas, el lugar de trabajo, especialmente el del Promotor o del Auxiliar, se encuentra en desorden hay fallas en la prestación de servicios de salud y algunos problemas más.

Estos factores, hacen ver la necesidad urgente de estructurar la Supervisión como un elemento más de la Atención Primaria en Salud, o si se quiere como un Programa más del Servicio de Salud, que se lleve en forma frecuente y organizada y que se constituya en una "rutina" para el Servicio, entendida como la repetición permanente de la actividad.

En Octubre de 1981, se realiza entonces, el Primer Seminario sobre Supervisión, en el que participan las enfermedades de las cuatro (4) áreas (Chocó, Guaviare, Urabá y Vaupés), una enfermera del Ministerio de Salud y de la Escuela de Capacitación de Auxiliares de Enfermería de Fusagasugá (Cundinamarca). Dicho Seminario tiene como objetivo básico evaluar las actividades de Supervisión realizadas en cada área hasta el momento y discutir con los participantes la Propuesta para la Estructuración de la supervisión dentro la Atención Primaria en Salud.

En el transcurso de las discusiones con los asistentes, observamos en primer lugar, la necesidad de ampliar el concepto de la Supervisión como control, hacia el de asesoría y apoyo; se trazaron entonces, los siguientes objetivos:

1. Capacitar prioritariamente al personal de enfermería: enfermeras, auxiliares de enfermería y promotores de salud, en conceptos de Atención Primaria y Supervisión.
2. Desarrollar el potencial humano del personal que ejerce las acciones directas de la Atención Primaria

de los tres (3) Niveles de Enfermería, mediante la incorporación de un Programa de Educación Continua en aspectos técnicos inherentes a la Supervisión.

3. Clasificar y determinar las acciones que se deben realizar en cada uno de los niveles de Enfermería y condensarlo en un Manual de Funciones.
4. Hacer conocer y discutir con el personal beneficiario, las funciones que se determinen en el Manual de Funciones.
5. Profundizar en la utilización del Sistema de Información en Supervisión, bien sea mejorando el que se tenga o utilizando uno nuevo de acuerdo con las necesidades de cada área.
6. Introducir en el Proceso de Supervisión las visitas y reuniones periódicas y sistemáticas con las personas que serán supervisadas.
7. Incorporar a la comunidad dentro del proceso de Supervisión.
8. Diseñar un sistema evaluativo dentro de la Supervisión.
9. Fomentar la participación de un Equipo Multidisciplinario de Salud en la Supervisión.
10. Capacitar a los demás profesionales de la salud en conceptos de Atención Primaria y Supervisión.

Estos objetivos se lograrían a través de:

1. **Capacitación en Atención Primaria y Supervisión:**
La capacitación del personal de Enfermería y de los demás profesionales se hará mediante la realización de Seminarios que busquen mediante discusiones, ponencias y trabajos en grupo, la incorporación de algunos tópicos relacionados con Supervisión por ejemplo:

- Conceptos de Supervisión y Atención Primaria en Salud.
- Factores condicionantes de la Supervisión
- Contenidos de la Supervisión.
- Papel del Supervisor y de las relaciones humanas con los Supervisados.
- La Supervisión y los costos.

2. **Manejo de los registros estadísticos y sistemas de información.**

3. **Evaluación permanente.**

4. **Utilización de la metodología denominada Investigación - Acción.**

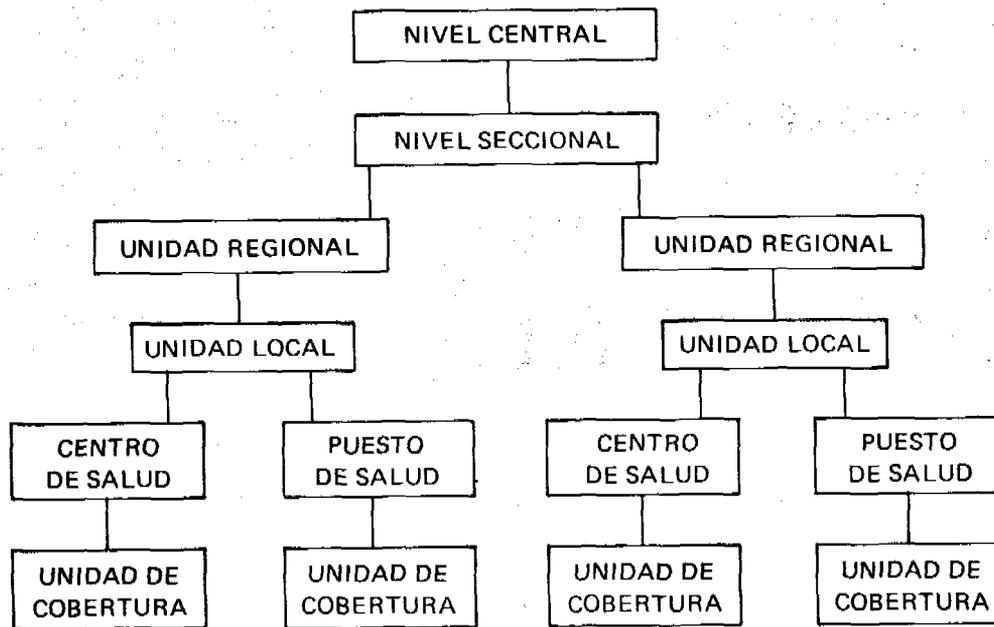
2. La Supervisión en la Atención Primaria en Salud

La Supervisión en Atención Primaria en Salud se considera como parte fundamental del proceso administrativo y técnico. La supervisión significa asesoría, ayuda, trabajo conjunto entre Supervisor y supervisado, y se considera como un proceso dinámico y permanente de enseñanza-aprendizaje, en el que medie la confianza y el respeto mutuo entre el supervisor y el supervisado. La Supervisión también incorpora el control de actividades cumplidas, pero sin que se constituya su principal objetivo.

Aún teniendo presente este concepto, debemos recordar que la Supervisión dentro del Sistema Nacional de Salud de Colombia, se desarrolla dentro de un Marco Jerárquico y de acuerdo con la distribución en Niveles Administrativos: Un Nivel Central el Ministerio de Salud que constituye el Nivel Normativo Nacional. De él dependen los Niveles Seccionales de Salud, que corresponden a Departamentos y Comisarías, los Niveles Regionales, que dependen de los Niveles Seccionales y finalmente los Niveles locales.

Cuando los Servicios Seccionales de Salud son pequeños, como en el caso del Vaupés y Guaviare, los Niveles Locales dependen directamente del Nivel Seccional, de acuerdo con la siguiente estructura:

SUPERVISION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



La Supervisión vista en una sola línea (de arriba hacia abajo), se convierte en autoritaria, fiscalizadora y no puede dar cabida a una supervisión entendida como asesoría, ayuda, trabajo conjunto y como proceso continuo de Enseñanza-aprendizaje; la supervisión vista de esa manera, se enmarcaría básicamente en el Control. Por

eso se ha propuesto y se ha trabajado por desarrollar una Supervisión que sea de doble vía, que cumpla con el sistema de Regionalización de arriba hacia abajo, pero que también permita la Retro-alimentación de abajo hacia arriba y en donde pueda participar la comunidad.

Es importante destacar que para entender la Supervisión como asesoría y apoyo más que como control, se requiere de una actitud de apertura de todos y cada uno de los funcionarios de acuerdo con el Nivel donde se encuentren, del respeto mutuo de los funcionarios, independientemente del cargo que ocupen.

Se requiere también, de la responsabilidad en el cumplimiento de las funciones y sobre todo del postulado de que la autosuficiencia de uno, bloquea la acción de los otros.

Como el tema central que nos interesa tratar es el de la Supervisión en Atención Primaria en Salud, centraremos las explicaciones sobre la Unidad Local de Salud, por ser la gestora de los Servicios Primarios en Salud.

UNIDAD LOCAL:

De acuerdo con las normas establecidas por el Ministerio de Salud en su Manual General de Organización, el objetivo general de la Unidad Local es el de: "Preservar y evaluar la Salud de la Comunidad, prestando directamente en los Hospitales Locales y sus Centros y Puestos de Salud, los Servicios de Atención a las Personas y de Atención al Medio, mediante la ejecución de los Programas de Salud derivados de las necesidades de las comunidades Locales".

La Unidad Local está conformada por el Hospital Local, Los Centros y Puestos de Salud y las Unidades de Cobertura.

De acuerdo con lo normado, al Hospital Local le corresponde la Dirección del Nivel Local y depende jerárquicamente del Nivel Regional; los Centros de Salud y Puestos de Salud tienen dependencia directa del Nivel Local, así como, las unidades de cobertura dependen directamente de los Centros y Puestos de Salud.

La Unidad Local presta servicios de Atención Médica y de Atención al Ambiente. El Hospital Local tiene como objetivo garantizar los Programas de Prestación de Servicios integrales en la Unidad Local.

UNIDAD PRIMARIA DE ATENCION: U.P.A.

Es la Unidad Programática del Plan Nacional de Salud Rural, a través de la cual se organizan los recursos asignados para la prestación de Servicios Primarios de Salud, definidos y adoptados por el Ministerio de Salud para este Nivel de menor complejidad de Atención.

La Unidad Primaria de Atención, que anteriormente se conocía como Módulo de Ampliación de Cobertura del Nivel Local (U.P.A. o M.A.C.), se conforma alrededor de un Organismo de Salud Sede: Centro o Puesto de Salud y excepcionalmente Hospital Local, Regional o Servicio Seccional de Salud. De la Sede de U.P.A. dependen las Unidades de Cobertura que conforman la U.P.A.

Centro de Salud:

De acuerdo con lo normado por el Ministerio de Salud, el Centro de Salud tiene como objetivo ejecutar acciones de Salud en su área de influencia, mediante la



realización de Consulta Médica y Odontológica, Primeros Auxilios, Programas Preventivos y de Promoción de Salud, Acciones de Saneamiento Básico y Supervisión de las Unidades de Cobertura; facilitando la remisión de pacientes y la prestación de Servicios integrales a la comunidad.

Puesto de Salud:

El puesto de salud, tiene por objeto promover los Servicios y atender la demanda mediante las Visitas Domiciliarias, Consultas y Tratamientos de Medicina Simplificada, Programas Preventivos y la Remisión de Pacientes cuando sea necesario. En Saneamiento Básico, apoya y supervisa las Unidades de Cobertura con el fin de lograr una Atención adecuada a la Comunidad.

UNIDAD DE COBERTURA:

La Promotora de Salud y su Area de Influencia o vereda en que presta sus servicios, conforman la Unidad de Cobertura (U.C.), una sede de U.P.A. está conformada con un mínimo de cuatro (4) Unidades de Cobertura.

Según lo normado por el Ministerio de Salud, la Unidad de Cobertura tiene como objetivo atender la demanda de la comunidad de su Unidad de Cobertura respectiva, mediante la Medicina Simplificada, Educación Nutricional y Complementación Alimentaria, Suministro de Agua, Eliminación de Excretas y Disposición de Basuras, con el fin de ofrecer un Servicio Mínimo Integral de Salud.

Hemos considerado oportuno mencionar someramente los aspectos normativos de la Unidad Local, para

ubicar al lector de este Manual, en el ámbito Administrativo en que se circunscribe la Supervisión de Personal.

Como lo más importante en la Supervisión no es el Desarrollo Administrativo, sino el Recurso Humano que se enmarca en ella, a continuación describiremos al Recurso Humano que presta Servicios Directos de Atención Primaria en Salud y que por lo tanto deben ser contemplados en la Supervisión.

3. El Recurso Humano en la Supervisión

El Recurso Humano que tiene que ver con la Supervisión es numeroso, quienes supervisan y quienes son supervisados están representados por el personal que es sujeto de la Supervisión y el personal que es objeto de la misma. En general se puede afirmar que en la Supervisión hay una relación recíproca entre un grupo y otro, es decir, los Supervisados se convierten en Supervisores y los Supervisores en Supervisados; ésto es debido al sistema de doble vía que debe caracterizar a la supervisión: de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.

Podríamos pensar que la Promotora, que es el último eslabón en la cadena de Prestación de Servicios no supervisa a nadie. Pero no hay que olvidar que la Supervisión debe entenderse como Asesoría, Apoyo y Trabajo Conjunto de Enseñanza-Aprendizaje, entre el Supervisor y el Supervisado en donde cada uno tiene algo que aprender y algo que enseñar.

PROMOTORA DE SALUD:

La Promotora de Salud es la base de la Unidad Primaria de Atención; su edad debe oscilar entre los 18 y los 35 años de edad, debe tener una escolaridad mínima (saber escribir, leer y dominar las cuatro (4) operaciones matemáticas básicas: Sumar, Restar, Multiplicar y Dividir). Es seleccionada por su comunidad, entre las personas que posean características de líder. Recibe un Curso de Adiestramiento en Salud no inferior a tres (3) meses, donde es capacitada para prestar Servicios Primarios de Atención a su comunidad.

La Promotora de Salud debe, de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud, atender en zonas rurales 150 familias que equivalen a 750 personas. Esto, desde luego, es flexible porque está asociado con la dispersión de la población; en la práctica se encuentran promotoras que atienden un número mayor o menor de familias.

La Supervisión debe partir del conocimiento de las actividades o funciones que cumple una persona, razón por la cual se describirán a continuación, de acuerdo con el Manual General del Sistema Nacional de Salud (1).

Actividades de la Promotora de Salud

(Resumen)

1. Atención Materna
2. Participación en programas de apoyo nutricional a las embarazadas y niños en crecimiento.
3. Inmunizaciones

(1) Ministerio de Salud de Colombia. Modelo Normativo para la Unidad Operativa Local. Volumen V. Noviembre 1976.

4. Atención de enfermedades más frecuentes
5. Control de enfermedades transmisibles
6. Educación en salud
7. Actividades administrativas
8. Remisión de pacientes
9. Promoción del saneamiento básico rural.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

La auxiliar de enfermería y la Promotora de Salud constituyen los pilares de la Atención Primaria en Salud.

La Auxiliar de enfermería debe ser una persona mayor de 18 años, con 9 años de educación básica (Cuatro de Bachillerato como mínimo) y unaño de formación técnica, con orientación, hasta la fecha, casi exclusivamente hospitalaria.

La auxiliar de enfermería que se desempeña en la Atención Primaria, cumple más del 50% de sus acciones en la Sede de U.P.A. Centro o Puesto de Salud.

Según lo normado por el Ministerio de Salud, (1) las funciones que debe cumplir la auxiliar, son:

1. Atención Materna
2. Participación en programas nutricionales de atención a la embarazada y al niño en crecimiento.
3. Control de crecimiento y desarrollo
4. Inmunizaciones
5. Atención de patologías más frecuentes.
6. Administración de tratamientos de enfermedades más frecuentes

1. Ibid.

7. Toma y revisión de muestras de gota gruesa y basu-
loscopias a los otros niveles de atención
8. Educación en Salud
9. Supervisión de promotoras de salud
10. Remisión de pacientes
11. Actividades administrativas
12. Otras que le sean asignadas por el nivel inmediata-
mente superior.

PROMOTOR DE SANEAMIENTO

Es una persona que tiene una escolaridad de sexto de bachillerato que cuenta con dos años de preparación técnica. Sus acciones están encaminadas hacia la Atención Primaria en Salud, en lo que a Atención del Medio Ambiente se refiere.

Las actividades que realiza se orientan hacia la solución de problemas de Abastecimiento de Agua, Control de Desechos, Control de Artrópodos y Roedores y Control de Establecimientos Especiales de Educación en Salud a la Comunidad.

Según las normas del Ministerio de Salud, entre las funciones del Promotor de Saneamiento, está la de "Coordinar el Desarrollo de los Programas de Saneamiento Ambiental", mediante la supervisión y Evaluación de los aspectos operacionales, en las unidades que lo compongan, a fin de garantizar la óptima eficiencia en el cumplimiento de los objetivos y metas del servicio.

PERSONAL DEL AREA SOCIAL

El personal de Area Social puede estar representado por Trabajadores Sociales, Sociólogos, Antropólogos, Comunicadores Sociales o Promotores Sociales.

Este grupo de personas es fundamental y de gran importancia para el apoyo de todas las acciones de Atención Primaria en salud. En la Supervisión entendida como Apoyo y Asesoría, constituyen un elemento indispensable, por cuanto son quienes favorecen la Participación de la Comunidad en toda la Atención Primaria y la Supervisión; además, permiten, a través del trabajo conjunto con los diferentes funcionarios de la Unidad Local y del Servicio, los Procesos Participativos y el trabajo integrado del Equipo de Salud.



El Personal del Area Social contribuye además con la solución de problemas y da apoyo fundamental a la Promotora de Salud, Auxiliar de Enfermería y demás personal de la Unidad Local, en el trabajo directo con la comunidad y en la Educación en Salud.

Desafortunadamente contamos con muy poco personal de esta Area, casi siempre encontramos a estos profesionales en unidades Regionales o en Areas Administrativas Seccionales, lo que limita su campo de acción.

OTROS PROFESIONALES

Hay otro grupo de profesionales, entre los que se encuentran el Médico, la Enfermera, el Odontólogo, el Bacteriólogo y el personal del Area Administrativa, cuyo número varía de acuerdo con la complejidad del Nivel Local.

Además de las funciones administrativas, el Personal Profesional debe realizar actividades directas de atención, tanto a nivel de hospitalización, como de atención ambulatoria y servicios complementarios. También coordinar el desarrollo de los Programas Locales de Salud, de acuerdo con el Diagnóstico de Salud y dentro de las Políticas Nacionales, Planes Seccionales y Regionales.

Entre las funciones relacionadas con la prestación ambulatoria de Servicios, está la de Supervisar el desarrollo de las actividades e informar al nivel superior, con el fin de efectuar los ajustes necesarios que garanticen el cumplimiento de los objetivos.

Dentro de este grupo de Profesionales de la Unidad Local, es importante destacar a la Enfermera, que es la persona encargada de supervisar en forma directa a la Auxiliar de Enfermería, tanto del Hospital como de los Centros y Puestos de Salud, e indirectamente a la Promotora de Salud a quien, de acuerdo con las necesidades debe también visitar. También dicta y coordina los programas de Educación continuada para el personal de Auxiliares y Promotores de Salud.

4. Equipos Supervisores

La Supervisión, como la Atención Primaria en Salud, involucra dos aspectos primordiales: la atención a las personas y la atención al medio ambiente. Si se quiere garantizar la prestación de servicios de buena calidad, es necesario integrar equipos supervisores en los que están representados los componentes. Deben contar también con el apoyo del personal del Area Social y demás representantes del grupo multidisciplinario de salud.

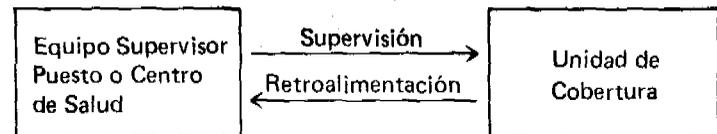
Este Equipo de Supervisión podrá en la práctica, apoyar el desarrollo de acciones integrales en salud que lleven al cuidado del individuo, la comunidad y su entorno.

Cada Nivel Seccional deberá conformar el equipo Supervisor Seccional. Este equipo informará de sus actividades al grupo de atención primaria, del cual dependerá y recibirá asesoría y apoyo. Como el personal de sanea-

miento tiene tendencia a trabajar independientemente, se buscarán los mecanismos que permitan la ejecución de actividades conjuntas.

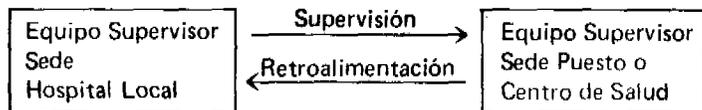
Si se quiere fortalecer la Supervisión, se requiere también de la creación de estos Equipos Supervisores en las Unidades Regionales, para que puedan dar asesoría y apoyo a los grupos locales; así también, se requiere de un Equipo Seccional que apoye a la Unidad Regional, y de un Equipo Supervisor del Nivel Central, Ministerio de Salud, que con su experiencia y apoyo faciliten el trabajo de los Niveles Seccionales y de todo el Sistema de Salud en general.

De acuerdo con lo anterior, estos Equipos operarán cíclicamente y cada uno retroalimenta al otro. Así, la Promotora deberá ser visitada y apoyada por el Auxiliar de Enfermería y el Promotor de Saneamiento. Como este último es un recurso escaso, la Auxiliar visitará, en ocasiones, sólo al Promotor de Salud. Así también en la medida posible, se contará con la cooperación del personal del Area Social.

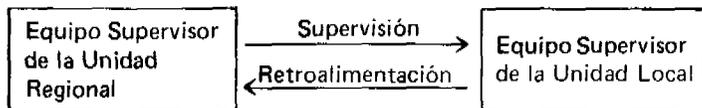


En el Hospital Local se tendrá un Equipo conformado por el Médico, la Enfermera, el Promotor de Saneamiento y en la medida de lo posible, el personal del Area

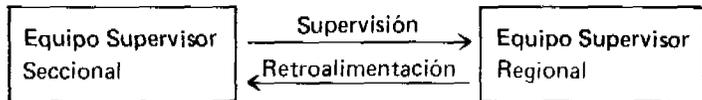
Social. Este Equipo visitará al Equipo Gestor del Puesto o Centro de Salud.



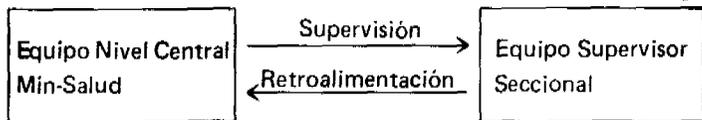
La Unidad Regional deberá tener un Equipo conformado por la Enfermera Regional, el Jefe de Atención Médica o un representante, el Ingeniero Sanitario o el Supervisor de Saneamiento y la Trabajadora Social, además de otro personal que se requiera.



El Nivel Seccional contará a su vez con el Médico del Programa Materno Infantil, la Enfermera de Materno-Infantil o Enfermera Coordinadora o Enfermera Seccional, el Ingeniero Sanitario, la Trabajadora Social y otro personal que se requiera.



El Nivel Central deberá contar con un Equipo Supervisor, conformado por representantes de Atención Médica, tanto médicos como enfermeras, representantes de Saneamiento Básico y con la Participación de la Comunidad y de otros que se consideren pertinentes.



Es importante anotar que si se requiere, el Nivel Central o cualquier Nivel que le desee, podrá llegar a la Unidad de Cobertura.



La Supervisión ha de ser integral en la asesoría y apoyo que se dé a los diferentes funcionarios de la Unidad Primaria de Salud y deberá cubrir todas las actividades que se ejecuten; debemos recordar que estas actividades están inmersas en todos los componentes de la Atención Primaria, de ahí que para la Supervisión se busque el concurso de los diferentes profesionales, los cuales deben integrar el equipo de Supervisión.

Cuando no se pueda realizar la Supervisión por Equipo, el funcionario que la realice, casi siempre un representante de Enfermería, deberá discutir con el Equipo de Atención Primaria de la Unidad Local o Regional, los resultados de la visita de Supervisión, tomando las decisiones que favorezcan el desarrollo de los diferentes componentes.

La asesoría y el apoyo que se dé a los funcionarios debe buscar la secuencia e integralidad de las acciones. Por ejemplo: Cuando se trata de fortalecer el Programa de Control de Diarrea y Rehidratación Oral, debe reforzarse para este propósito; la Atención de las personas, el saneamiento ambiental, la participación de la comunidad y la Educación en salud.

5. Participación de la Comunidad en la Supervisión

La Supervisión por parte de la comunidad, requiere de una mención especial. La participación de la comunidad en la Supervisión es vista tradicionalmente como control y como fiscalización del recurso humano institucional.

Frecuentemente la comunidad ha manifestado su queja e informado cuando un funcionario no presta sus servicios eficientemente, o cuando se ausenta. También hemos visto que la población ha actuado en algunos casos subjetivamente contra un funcionario de acuerdo con la afinidad o antipatía que tenga hacia él. Esto se ha percibido especialmente con Promotores de Salud y

Auxiliares de Enfermería, quienes son los que mantienen un contacto directo y permanente con ella.

Sin embargo, esto no quiere decir que la comunidad participe negativamente en la Supervisión o no pueda participar en ella.

Se ha observado cómo, cuando la comunidad conoce y se concientiza sobre los deberes y derechos y sobre las actividades que debe cumplir el funcionario, responde apoyando las acciones de Atención Primaria y colaborando en las demandas a los Niveles Superiores del Sistema de Salud, de suministros, dotaciones y elementos de transporte que se requieren para desempeñar un trabajo.



En algunas ocasiones han colaborado con el suministro de estos mismos elementos. Cuando la comunidad está consciente de la labor de un funcionario, en las reuniones comunitarias con los equipos Supervisores, participa con objetividad.

Como lo más importante de la Participación de la Comunidad en la Supervisión no es la valoración del funcionario, sino de los Servicios de Salud que le son prestados, se prepara a la población para que con base en la Educación en Salud que reciba, pueda participar en la Supervisión y Evaluación de los Programas de Salud que son llevados hasta ella; así por ejemplo: La comunidad puede informar cómo se viene cumpliendo con los Programas de Control de diarrea, rehidratación oral, crecimiento y desarrollo, hipertensión, paludismo y otros.

Si la comunidad ejecuta actividades en estos programas y tiene el conocimiento sobre ellos, colaborará más efectivamente en el cuidado de su propia salud, relatando la buena calidad de los servicios, o por el contrario nos permitirá detectar las necesidades de aumentar el apoyo, la asesoría y el trabajo conjunto entre los Supervisores y el Supervisado.

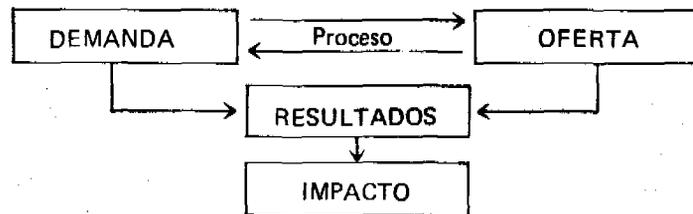
A través de reuniones con la comunidad, se pueden apreciar los conocimientos que ha adquirido sobre los temas relacionados con la salud. También la mayor o menor participación de la comunidad en su autocuidado, nos mostrará en forma indirecta el impacto de las acciones cumplidas por el personal de salud.

6. La programación de la Supervisión

La Supervisión debe considerarse como elemento básico del proceso administrativo y técnico en salud, que permite cumplir con los objetivos propuestos de extender coberturas de Servicios Primarios de Atención Primaria de Salud oportunamente y de buena calidad a la población.

Para que la supervisión pueda llevarse a cabo en todo el servicio de salud y en cada una de sus reparticiones (unidades regionales y locales), debe contar con recursos propios y debe ser coordinada, programada y ejecutada como se mencionó anteriormente, por los Grupos Supervisores, quienes tendrán la obligación de procurar la integralidad de la Atención Primaria a través del apoyo a todos y cada uno de sus componentes.

Debemos recordar que la Programación de la Supervisión requiere de planteamiento y consecución de los recursos que se requieren para ejecutarla. Para realizar esta Programación, debemos precisar de acuerdo con la Teoría de Sistemas, los siguientes aspectos:



DEMANDA

Está representada por todas y cada una de las actividades que son objeto de supervisión. También, se refiere a todas las necesidades del Supervisor y se relaciona además con todos los funcionarios supervisados.

OFERTA

Está representada por los Recursos Institucionales. En el caso de la Supervisión, es necesario conocer la Organización existente; esta se refiere al tipo de establecimientos, al desarrollo administrativo del Servicio Seccional, la Unidad Regional o Local, a los Programas Médicos que se prestan (Materno-Infantil. T.B.C., Inmunizaciones, Paludismo y otros) y a las Dependencias administrativas del nivel de salud, dentro de la estructura existente las llamadas (Hay Direcciones, Departamentos Secciones).

La oferta también se relaciona con la cantidad de recursos existentes; por ejemplo, en cuanto a los recursos financieros es importante conocer cuánto presupuesto hay para la supervisión y si se pueden financiar los viáticos y transporte necesarios.

Acerca de los Recursos Humanos debemos saber Cuántos funcionarios pueden dedicarse a la supervisión, si hay equipos supervisores, cuántos equipos hay, cuántos y quiénes lo integran.

Si la participación de estos funcionarios es permanente o esporádica y quienes conforman el equipo estable de supervisión.

Entre los materiales podemos considerar los suministros que deben ser necesarios para cumplir con el Programa de Supervisión, tales como: dotación de los supervisados, papelería y materiales para la supervisión (elaboración de instrumentos para la supervisión) y materiales didácticos para la educación en servicio y otros.

También debemos contabilizar vehículos, lanchas, motores fuera de borda, bicicletas, motor y semovientes, cuántos hay y en qué condiciones se encuentran.

En relación con los recursos físicos tenemos que considerar con qué infraestructura de apoyo se cuenta: Micropuestos de Salud, Puestos y Centros de Salud, Hospitales Locales, Hospitales Regionales y otros.

Y finalmente tomar en cuenta los recursos tecnológicos:

¿Qué tanto desarrollo tiene el Servicio de Salud o sus dependencias. Existen Sistemas de Radio-teléfono, teléfonos que facilitan la comunicación frecuente con el personal y que se puedan utilizar en la Supervisión?

¿Se cuenta con Computadores que permitan obtener información oportuna sobre los sistemas de información? Y otras consideraciones.

Proceso:

Debemos recordar que el Proceso se da como resultado de la interacción de la Demanda y la Oferta en busca de una meta o del complemento de un objetivo.

Es importante tener en cuenta el hecho de que antes de iniciar el Proceso, es necesario hacer un cruce entre la Oferta y la Demanda con el fin de obtener un Diagnóstico que nos permita Programar la Supervisión.

Una vez se tiene el Diagnóstico, se elaborará un Plan de Acción, con objetivos a largo, mediano y corto plazo; así también se fijarán propósitos y metas alcanzables y se orientarán los diversos recursos hacia el cumplimiento de las metas; se definirán las actividades a realizar y las tareas a cumplir; se elaborarán los elementos de apoyo a la Supervisión, como son: el Manual de Funciones u Operación y las Guías o Instrumentos de Supervisión, etc.

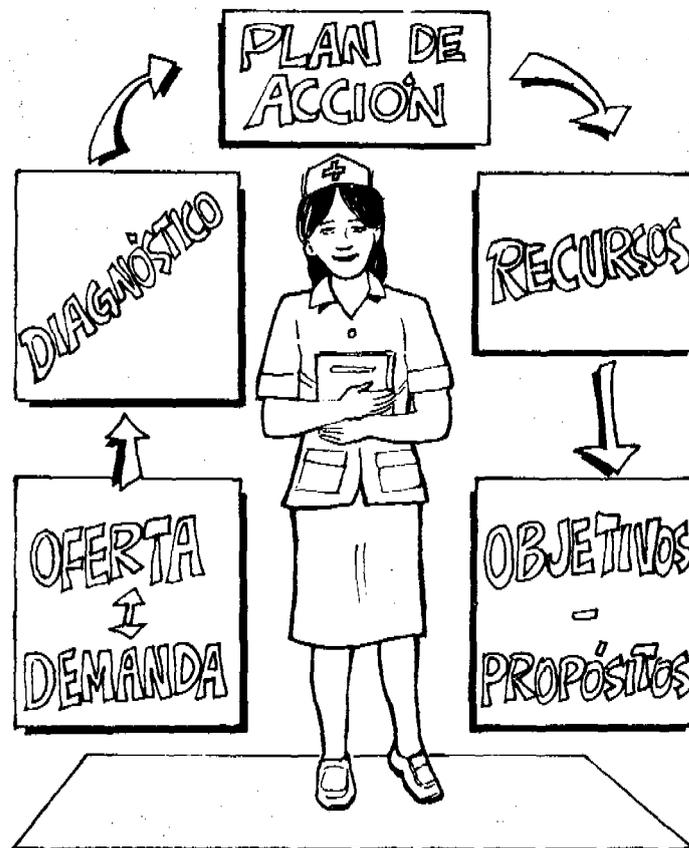
Una vez se determinen los aspectos anteriores, se conformará el Programa de Supervisión y se empezará a ejecutar.

Resultados:

La puesta en marcha del Programa de Supervisión, ofrece entre otros, resultados que pueden estar representados por el número de visitas, el número de actividades cubiertas, los programas médicos impulsados, el número de asesorías brindadas, los tipos y número de funcionarios cubiertos (Promotores, Auxiliares de Enfermería, Promotores de Saneamiento, Enfermeras, etc.). Así también se conocerá el número de Grupos Supervisores y el número de Equipos de Atención Primaria.

Efecto o Impacto:

Los resultados por sí solos no constituyen un gran avance. Es necesario hacer un análisis de ellos, de la calidad con que se cumplieron y del efecto o impacto que produjeron.



Este efecto debe medirse en la comunidad que recibió los servicios, en los funcionarios que fueron supervisados y en los Supervisores. Medir este Impacto resulta a veces un tanto difícil, pero puede conseguirse a través de encuestas de percepción de Servicios recibidos por la comunidad, de la motivación del funcionario y de cómo la comunidad percibió la Supervisión.

El Efecto en la comunidad también puede medirse mediante el avance de las actividades de Salud. Por ejemplo: Se podría saber cuántas madres saben preparar el Suero Casero y las Sales Rehidratantes, cuántas las utilizan; cuántas organizaciones de mujeres hay en la comunidad; cuántos hogares han mejorado sus viviendas; cuántas personas participan en las actividades de Educación en Salud; cuántos niños hay vacunados; cuántas mujeres asisten al Control de Embarazo, etc.

7. Aspectos Metodológicos de la Supervisión

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados en la Supervisión como programa, consideremos los aspectos metodológicos, es decir, el orden, los métodos y técnicas que se desarrollarán en la misma.

CONFORMACION DE LOS GRUPOS SUPERVISORES

Se conformarán de acuerdo con el nivel de complejidad seccional, regional o local y deberán estar integrados

fundamentalmente por personal médico-técnico y de saneamiento ambiental. Se tendrá en cuenta la participación de la comunidad y de acuerdo con las necesidades, se podrá contar con algunos otros funcionarios del equipo multidisciplinario de salud.

ACCIONES DE LOS GRUPOS SUPERVISORES REGIONALES O SECCIONALES

La primera acción es la de estructurar el Programa de Supervisión, establecer una metodología y definir los instrumentos con los que se va a trabajar.

Otra de las acciones fundamentales consiste en la definición de las funciones, actividades, programas y funcionarios que van a ser objeto de la Supervisión.

El grupo supervisor deberá hacer además todas y cada una de las tareas que cada funcionario de salud, realiza en Atención Primaria en Salud, con el fin de que pueda asesorarlas y apoyarlas.

Como orientación, pueden consultarse las funciones que son normadas por el Ministerio de Salud y que fueron mencionadas en páginas anteriores.

Debe recordarse además, que los funcionarios que trabajan en Atención Primaria de Salud, deben cumplir con tareas básicas relacionadas con cuatro (4) grandes áreas técnicas:

1. Médico Técnica:

Se refiere a todas las actividades relacionadas con la Atención Directa al Paciente, bien sea por Patologías,

Primeros Auxilios, Prevención de Enfermedades, Administración de Medicamentos, etc.

2. Saneamiento:

Se refiere a las acciones de Atención al Medio Ambiente. Pueden ser de carácter ecológico, de protección al Ambiente; de prevención de enfermedades o de ejecución directa de acciones como lo es la instalación de tazas sanitarias, construcción de abastos de agua, recolección y tratamiento de desechos y basuras; control de artrópodos y roedores, etc.

3. Social-Educativa:

Se relaciona con todas las actividades dirigidas a promover y fortalecer la organización de la comunidad como una forma de prepararla para su propio desarrollo y permitir su participación en Salud y Autocuidado.

En esta Area es importante destacar la Educación en Salud, que debe darse a través de todas y cada Area de las Acciones: visita domiciliaria, conferencias, atención directa al paciente, y otras. Debemos tener presente que la salud es un derecho de cada persona y para que esta persona pueda ejercer este derecho debe dotarse de las herramientas necesarias, como por ejemplo el conocimiento.

4. Administrativa:

Se relaciona con la programación y planeación de actividades, el diligenciamiento de Registros Estadísti-

cos y la consecución y mantenimiento de los recursos que permiten ejecutar la acción.

Entre otras acciones que cumplen los Grupos Supervisores están las siguientes:

- Visitar, asesorar y coordinar acciones con los Grupos Interdisciplinarios de Salud y especialmente con los Grupos Supervisores Locales. Fomentar la organización y desempeño de los Equipos de Atención Primaria en Salud.
- Visitar y asesorar a Promotores de Salud y Auxiliares de Enfermería cuando las necesidades así lo determinen.
- Apoyar a los Equipos Locales en el Proceso de Toma de Decisiones.
- Velar por la consecución de elementos de dotación, suministros y elementos de transporte que se requieran para prestar eficientes Servicios de Salud a la población.
- Discutir y coordinar acciones con los Equipos de Atención Primaria de Salud del Nivel Regional o Seccional, según sea el caso.

Acciones de los Grupos Supervisores Locales: Hospital Local:

- Visitar y asesorar a la auxiliar de enfermería en su lugar de trabajo.

- Visitar y asesorar a la Promotora de Salud en su lugar de trabajo, cuando así se crea conveniente.
- Coordinar y programar las reuniones mensuales de las Promotoras de Salud, conjuntamente con la Auxiliar de Enfermería que tenga Promotoras de Salud a su cargo.
- Programar Cursos de Educación Continua para las Auxiliares de Enfermería y Promotores de Salud, con base en los resultados de la Supervisión.
- Trabajar conjuntamente con el personal de Puestos y Centros de Salud, en la revisión de los Programas de Asistencia que se prestan a la comunidad, en beneficio de una mejor atención.
- Trabajar conjuntamente con el Grupo de Supervisión de la U.P.A., en el proceso de solución de problemas y toma de decisiones.
- Velar porque la Auxiliar de Enfermería y Promotora de Salud reciban todos los elementos requeridos para el buen desempeño de sus funciones como lo son: Medios de transporte, suministros, material educativo, elementos de dotación y otros.
- Coordinar acciones en las diferentes dependencias del Nivel Regional o Seccional y con otras Instituciones de la localidad, con el fin de dar el apoyo requerido a la Atención Primaria.
- Identificar las definiciones que haya tomado el Promotor de Salud, para corregirlas mediante la Educa-

ción Continua y para poder modificar el contenido curricular de posteriores Cursos de Capacitación de Promotores.

- Elaborar el Informe de Supervisión y los Registros Estadísticos correspondientes, discutirlos con los Supervisados y con el Equipo de Atención Primaria de la Unidad Local.
- Reunirse con la comunidad para determinar los avances de los Programas de Salud y conocer sus opiniones acerca de la Prestación de Servicios.

Supervisión en la Unidad Primaria de Atención:

En términos generales, las recomendaciones dadas para el Grupo Supervisor Local, son válidas para el Grupo de la Unidad Primaria de Atención (Auxiliar de Enfermería, Promotor de Saneamiento y del Area Social cuando sea posible), pero su atención está concentrada en la Promotora de Salud.

ACTIVIDADES A SUPERVISAR

De acuerdo con la organización de cada servicio de salud, se debe contar con un Manual de Funciones que determine en forma clara, las actividades y funciones que debe cumplir cada funcionario en la Atención Primaria de Salud, con el fin de evitar la duplicación de esfuerzos y la confusión y desorganización administrativa en la ejecución de los programas y en la orientación de los mismos.

Este manual es una herramienta de gran ayuda para la programación de la supervisión. Si revisamos las funciones que corresponden a las Promotoras y Auxiliares de Enfermería, encontramos un gran número de actividades para supervisar, y más aún, si a estas funciones agregamos las que fueron determinadas por los propios servicios de salud, de acuerdo con sus necesidades.

Estas actividades requieren apoyo y asesoría, que sólo pueden brindarse si las agrupamos, ordenamos y distribuimos entre todas las supervisiones del año.

Es importante que la atención del supervisor se centre más en las actividades y programas que se ejecutan, que sobre el funcionario, tratando de brindar a éste último todo el apoyo y la asesoría necesarios.

En la Supervisión de actividades debemos ser flexibles y responder prioritariamente a las solicitudes y necesidades detectadas por los Supervisados.

MEDIOS

Hay diferentes medios a través de los cuales se puede realizar la Supervisión. Estos los podemos clasificar en dos grandes Grupos: Directos e Indirectos.

Directos:

Entre éstos, podemos destacar las visitas directas de Supervisión: El Supervisor se desplazará al lugar de trabajo del Supervisado, con el fin de conocer el desem-

peño de su labor. Colaborará en la solución de sus problemas, impartirá Educación Continua y revisará el Plan de Trabajo. Además, discutirá aspectos relacionados con la Participación de la Comunidad y la situación de Salud de la misma.

En estas visitas el Supervisor detectará, entre otras, necesidades de suministros y educación continua, y de acuerdo con ellas, programará sus próximas Supervisiones; también, asignará tareas al Supervisado.

Indirectos:

En este campo se destacan las reuniones mensuales en Sedes de U.P.A. con el Auxiliar de Enfermería, los Promotores de Salud u otros funcionarios de Atención Primaria en Salud.

En estas reuniones se compartirán experiencias, se tomarán decisiones, se impartirá Educación Continua y se asignarán tareas a cumplir dentro del trabajo.

Otra forma Indirecta son las reuniones con la comunidad que nos permitirán conocer los avances de los Programas de Salud.

El análisis de registros estadísticos y los informes de actividades de los funcionarios constituyen otra forma indirecta de supervisión. Por último, el establecimiento

de una comunicación permanente con el funcionario en su lugar de trabajo a través del equipo de radio-telefono o simplemente de teléfonos.

PERIODICIDAD

Debemos tener en cuenta que la Periodicidad de la supervisión en un Servicio de Salud, está directamente relacionado con el número de funcionarios supervisores y el número de personal a ser supervisado, los medios de transporte y la accesibilidad geográfica de la región.

De acuerdo con lo anterior, cada servicio de salud establece su propia periodicidad en la supervisión. Así por ejemplo: Si una auxiliar de enfermería de un Puesto de Salud tiene a su cargo diez (10) unidades de cobertura y programa una visita mensual, hará a cada unidad una visita por año.

Partiendo de este ejemplo, podemos calcular que en total diez Promotoras harán 20 visitas de supervisión al año, esto obligará a la auxiliar de enfermería a realizar 12 visitas por mes. Si tomamos en cuenta que a cada visita le destina un día, resulta que la mitad del mes la dedicará a la supervisión.

Además, tiene que cumplir con las funciones propias de su cargo como Auxiliar de un Puesto de Salud, le resultará muy difícil cubrir las dos funciones a un mismo tiempo; en ese caso, si hay recursos humanos suficientes, lo mejor será que la Auxiliar de Enfermería se dedique sólo a la Supervisión; si no es posible, entonces

deberá distanciar un poco, el número de visitas por Promotora.

Se ha considerado que la periodicidad de la Supervisión directa ideal sería de una visita mensual por cada Supervisado; sin embargo, y de acuerdo con el número de Supervisores y Supervisados disponible, la Supervisión puede hacerse cada 2 ó 3 meses, pero siempre apoyándose en medios indirectos de Supervisión, especialmente en reuniones mensuales de Grupos.

El número de visitas de Supervisión mínimo para prestar asesoría y apoyo, e impulsar los Servicios de Salud, es de cuatro (4) visitas por año; de lo contrario, la calidad de los servicios prestados desmejorará y los resultados serán mínimos.

De todas maneras, el Supervisor eficiente buscará la forma de visitar el mayor número de veces posible al personal a su cargo; dará prioridad a aquellas personas que más lo requieran. Es probable que un Supervisado pueda requerir más visitas que otro. Además, buscará cubrir en una determinada visita, las que por distribución geográfica se encuentren más cerca.

INSTRUMENTOS

Son las herramientas con que cuenta el Supervisor para apoyar su trabajo. Por medio de ellos, el Supervisor registra los resultados de sus visitas y las tareas que asigna al Supervisado.

Como el Supervisor no puede guardar en su memoria todos los datos correspondientes a cada uno de sus Supervisados, requiere de un Instrumento de Supervisión que le permita llevar la historia de cada uno. Por otra parte, como son innumerables las actividades que deben ser supervisadas, el Instrumento de Supervisión permite hacer la revisión ordenada de las mismas y lograr una secuencia.

Entre los Instrumentos de Supervisión se destacan:

- El Informe de Supervisión.
- La Lista de Chequeo.
- La Guía de Supervisión.

El Informe de Supervisión:

Es la recopilación escrita que hace el Supervisor de la forma como Programó y realizó la Supervisión, sus resultados y los efectos que produjo la misma.

Este informe deberá contener los Propósitos de la Supervisión, las actividades supervisadas, la educación impartida, las recomendaciones dadas y las tareas asignadas para una próxima visita. Debe presentarse en forma clara y precisa con el fin de que pueda ser conocido por los Grupos Supervisores de cada Nivel y discutirlo cuando se requiera, por el Equipo de Atención Primaria en Salud.

El informe debe retomar aspectos individuales de cada funcionario y destacar aspectos generales para cada unidad primaria de atención visitada, de tal forma que favorezca la retroalimentación y toma de decisiones.

La Lista de Chequeo

Este método consiste en la elaboración de una serie de preguntas referidas a una determinada actividad que pueden ser evaluadas por el supervisor, de acuerdo con los resultados. La lista de chequeo elaborada se discutirá completamente con el Supervisado y se tomarán decisiones además de poner tareas para apoyar el área que se requiera. Esta lista de chequeo no tiene calificación, pues si se trata de apoyar-asesorar y realizar un trabajo conjunto, la calificación controla al supervisor y al supervisado y la convierte en elemento básicamente de control.

A manera de ayuda para la observación de la actividad, se tendrá la lista de chequeo que debe diseñarse de acuerdo con las actividades que ejecuta el funcionario.

La Guía de Supervisión

Es el instrumento más utilizado en Atención Primaria en Salud. En ella se consignan las principales actividades que cumple el supervisado. Sirve de orientación y apoyo al supervisor para dar la asesoría y la confianza que se requieren.

Inicialmente estas guías de supervisión se realizaban con el fin de controlar y fiscalizar al funcionario. Hoy en día se tienen como una forma de evaluar y brindar el apoyo necesario a los supervisores en un lugar de trabajo, por esta razón no se utiliza la calificación.

A continuación y como ejemplo, mostraremos la Guía de Supervisión para Promotoras de Salud, utilizada en la Regional de Urabá (Antioquia).

GUIA METODOLOGICA EN SUPERVISION Y ASESORIA

I. Orientaciones para el Supervisor:

Al programar las visitas de Supervisión, tenga en cuenta lo siguiente:

– Conocimiento del funcionario:

Identificación completa, tiempo que lleva laborando, Capacitación y Educación Continua recibida, Supervisores y Evaluaciones anteriores, situaciones personales.

– Conocimiento del Area de Trabajo:

Accesibilidad, número de habitantes y distribución en el Area Geográfica, medios de transporte.

– Conocimiento de la Comunidad:

Líderes, Grupos Organizados, ocupación y actividades que desarrollan ordinariamente, costumbres.

– Funciones y Actividades que debe cumplir el Funcionario:

Detectar las relaciones del Funcionario con la comunidad, identificando las acciones y actitudes aceptadas y/o rechazadas, para orientarlo.

– Revisar tareas y acciones a cumplir, dejadas en la visita anterior.

- Observar y Estimular las acciones realizadas por el funcionario y los cambios observados en la comunidad.

II. Funciones del Promotor de Salud:

- Conocimiento de la vereda.
- Organización de su comunidad.
- Promoción de Salud.
- Atención de las Personas.
 - Atención Materno-Infantil
 - Atención al Adulto.
 - Reconocimiento de signos y síntomas de enfermedad.
 - Primeros Auxilios.
 - Rehabilitación.
 - Administración de Medicamentos.
 - Educación Nutricional.
 - Vacunación y vigilancia Epidemiológica.
- Atención al Ambiente.
 - Provisión adecuada de agua.
 - Eliminación sanitaria de excretas.
 - Disposición de basuras, protección de alimentos, de Zoonosis, mejoramiento de vivienda.
 - Educación Sanitaria.
- Administrativos:
 - Asistir a Reuniones y Cursos.
 - Mantener la papelería necesaria.
 - Elaborar los Registros establecidos.

III. Guía de Supervisión al Funcionario de Salud:

Objetivo:

Servir de orientación a las personas que realizan visitas de Supervisión a funcionarios de Salud.

Nombre del Funcionario: _____

Nombre del Municipio: _____ Vereda: _____

U.P.A. _____

Fecha de la Visita: _____

Fecha última visita: _____

Duración de la Visita: _____

Objetivo de la Visita: _____

Pasos a seguir:

1. Comparar si el objetivo propuesto para la visita *corresponde a las necesidades inmediatas del funcionario.*

a. *Necesidades identificadas por el funcionario y el supervisor, que requieran de solución inmediata:*

b. El objetivo inicial de la visita está de acuerdo con las necesidades identificadas por el Funcionario y el Supervisor?:

SI: _____

NO: _____

c. Considero necesario variar el objetivo inicial?:

SI: _____

NO: _____

d.Cuál sería el nuevo objetivo para esta visita?:

2. Definir actividades que se van a realizar en esta visita para lograr el objetivo:

3. Desarrollo de las actividades:

Realizar conjuntamente con el funcionario, las actividades encaminadas al logro de los objetivos y brindar asesoría necesaria de acuerdo con las necesidades encontradas.

Tener en cuenta:

– Aspecto teórico y práctico.

8. _____

9. _____

4. **Expresar el resultado de la visita teniendo en cuenta las necesidades detectadas, actividades realizadas y asesoría brindada:**

5. **Necesidades en cuanto a dotación y suministros:**

Recomendaciones:

Esta Guía fue diseñada por Enfermeras de la Escuela de Auxiliares de Enfermería de Apartadó, Regional de Uraba, Servicios Seccional de Salud de Antioquia y Convenio Colombo-Holandés.

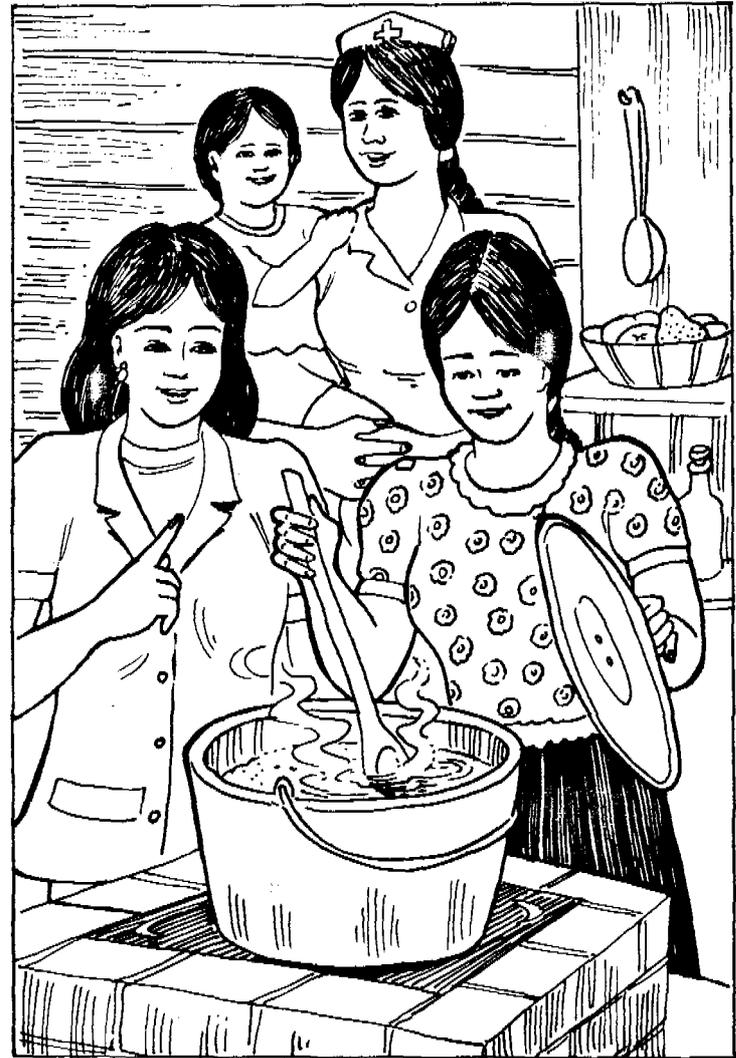
8. Cualidades del Supervisor

El Supervisor debe recordar que la Supervisión es Asesoría, Ayuda, Trabajo Conjunto entre Supervisor y Supervisado y no solamente Control.

La relación entre el Supervisor y el Supervisado, debe basarse en las buenas relaciones humanas, el respeto mutuo y la premisa fundamental de que lo más importante es la motivación por el trabajo, el refuerzo positivo, que lleva al Supervisor y al Supervisado a lograr una prestación de Servicios de buena calidad a la comunidad.

El Supervisor debe procurar desarrollar cualidades específicas que faciliten el acercamiento al Supervisado y a la comunidad. Las cualidades a Supervisar las podrá ir adquiriendo a través de la auto-formación y la Educación Continua y la ejecución del propio trabajo, lo que le permitirá adquirir habilidades para:

- Promover lo mejor que hay en el funcionario (Ayudar, estimular, no obstaculizar).
- Lograr que se haga lo requerido (Organizar, planificar, fijar objetivos y lograrlos).
- Tomar decisiones (evaluar los hechos y actuar de acuerdo con ellos).
- Tener confianza en sí mismo (creer en la capacidad y juicios propios).
- Delegar funciones (Dar a otros responsabilidades y autoridad para actuar).



- Adiestrar (Compartir conocimientos y enseñar las técnicas de trabajo a otros).
- Comunicarse (Saber escuchar, transmitir información precisa y clara; mantener comunicación permanente y abierta).
- Ser objetivo en las apreciaciones y no mostrar favoritismos.
- Estimular la creatividad de las personas.

Otra de las cualidades del Supervisor es la de ser líder, es decir, la persona que muestra el camino y guía a otras hasta la meta.



9. Orientaciones para realizar una Supervisión

Cuando se va a efectuar una Supervisión es necesario seguir los siguientes pasos:

Primer Paso:

Recordar y reflexionar sobre el concepto de Supervisión.

Segundo Paso:

Planear la Supervisión: Para poder hacer una buena planeación de la Supervisión, debemos tener las siguientes preguntas y responderlas:

- A quién va a supervisar?
- A cuántos funcionarios?
- Qué va a supervisar?
- Quiénes van a supervisar?
- Para qué se va a hacer la Supervisión?
- Cómo se va a hacer la Supervisión?
- Cuándo se va a hacer la Supervisión?
- Durante cuánto tiempo?

Al planear la Supervisión, debemos tener en cuenta también, los objetivos de la misma, las actividades que se van a Supervisar, las tareas asignadas con anterioridad y las necesidades detectadas en las Supervisiones anteriores, bien sean directas o indirectas; junto con las necesidades de la persona a quien va dirigida la Supervisión (Promotora de Salud, Auxiliar de Enfermería, otro).

Se tendrán en cuenta también, los recursos necesarios para hacer la Supervisión:

— **Humanos:**

Conocer cuántos funcionarios van a integrar la Supervisión, cuántos funcionarios se deben cubrir y de qué U.P.A.S.

— **Financieros:**

Presupuestar viáticos y gastos de transporte.

— **Materiales:**

Llevar los suministros adecuados: (papelería, materiales educativos, medicamentos, etc.).

— **Elementos de Dotación:**

En relación con el equipo de transporte, debemos solicitar con anticipación el vehículo que se requiera para el desplazamiento (Campero, bote, motor, motocicleta, bicicleta o semoviente).

Además de estos recursos, hay que programar el tiempo que gastamos en el desplazamiento hacia los lugares donde vamos a permanecer y el tiempo que se va a destinar a cada lugar.

Tercer Paso:

Ejecución de la Supervisión:

Recordemos que...

- En primer lugar, hay que crear un ambiente de confianza (Interesarse por la situación personal del Supervisado).
- Una vez establecido el ambiente propicio, es importante que realicemos actividades conjuntas de acuerdo con lo que haya planeado el Supervisado. Si el supervisado no tiene ningún plan, es conveniente comenzar la Supervisión conjuntamente con él, el Plan de trabajo; se deben señalar los puntos críticos o necesidades de apoyo por parte de la Supervisión.
- Tenemos que dedicar parte del tiempo de la visita a revisar y asesorar un Area completa; así por ejemplo: En Atención a Personas, revisaremos en una visita lo que tenga que ver con programas especiales (inmunizaciones, T.B.C. y otros), en la siguiente visita lo que tenga que ver con Primeros Auxilios, y así sucesivamente.
- También debemos acompañar al Supervisado en la realización de una actividad determinada (Visita domiciliaria, atención de pacientes, etc.) y de darle todo el apoyo.
- No debemos olvidar las reuniones con la comunidad o por lo menos con algunos de sus miembros, para determinar la forma cómo se vienen prestando los Servicios.
- Asignemos algunas tareas que consideremos importantes para la próxima visita. Es recomendable llevar

un orden de las acciones, por lo tanto conviene iniciar las tareas de acuerdo con cada grupo de funciones que ejecuta el Supervisado (Médico-técnico, Social-educativo, Saneamiento y Administración).

- Siempre debemos dejar algunas recomendaciones al Supervisado y programar con él la próxima visita.
- Además, hay que diligenciar la Guía de Supervisión y de acuerdo con ella asignar las tareas correspondientes.
- Si es necesario elaboremos un Informe Escrito de los resultados de la Supervisión y sugerencias; enviando una copia al Supervisado y otra al Equipo Supervisor de la Unidad correspondiente.

Cuarto Paso:

Evaluación de la Supervisión realizada: Si se cumplen los objetivos; en caso de haber presentado problemas o solicitudes que no podemos solucionar, busquemos oportunamente el apoyo de los Grupos de Supervisores o de otros funcionarios de la Entidad para resolverlos. En caso de que el Supervisado requiera de suministros, busquemos la forma de conseguirlos y enviarlos oportunamente.

Recordemos que la responsabilidad como Supervisores no está solamente en la Visita, sino en todos los aspectos que tienen que ver con el apoyo al funcionario para que pueda cumplir adecuadamente su trabajo; aunque este apoyo se dé a distancia.

10. Experiencias prácticas

Como ya se dijo en la primera parte, la Supervisión en las cuatro Areas del Convenio (Chocó, Guaviare, Urbá y Vaupés), se ha venido impulsando bajo el concepto de asesoría, a partir de 1981.

Durante los años anteriores a 1981, la Evaluación era en casi todas partes esporádica y dirigida especialmente hacia el Control del Funcionario; la supervisión tenía como único objetivo detectar las fallas y las evaluaciones del funcionario casi siempre tenían como respuesta una sanción disciplinaria.

El programa rural de salud, antes de 1981 contaba con un Programa de Supervisión establecido de acuerdo con la Metodología CIMDER. Esta Supervisión se orientaba fundamentalmente hacia la cuantificación de actividades, haciendo poco énfasis a la calidad de la Atención.

A partir de 1982, las Enfermeras de las cuatro áreas (en las que se impulsaba el Programa de Atención Primaria), apoyadas por el Equipo Técnico del Convenio, se reúnen para evaluar la situación de la Supervisión y para formular planes de acción para los años siguientes y realizar actividades conjuntas.

Los principales sucesos ocurridos en el campo de la Supervisión, pueden resumirse de la siguiente manera:

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL GUAVIARE

La evaluación de la capacitación, Supervisión y Educación Continua, realizado por los Licenciados Alfredo Feria y Elsa Villafradez, muestra el desarrollo de la Supervisión de la siguiente manera:

En 1981 la Supervisión de los Promotores se hacía a través de reuniones mensuales en el Nivel Seccional. Se entendía la Supervisión como Control y no como una labor de Apoyo al Promotor Rural de Salud en sus tareas.

Ya en 1981 existen referencias claras respecto al responsable de la Supervisión: En San José, El Retorno y Miraflores son ejecutadas por los Jefes de Enfermería, sin contar con instrumentos adecuados para la Supervisión; ésta se realiza mediante visitas para hacer cumplir el reglamento y normas de control.

El Coordinador de Enfermería tiene a su cargo la Supervisión de todas las Unidades de Cobertura; se dispone de una Guía de Trabajo del Promotor y se empieza a orientar la Supervisión hacia aspectos de Educación y Asesoría en fallas detectadas en su trabajo.

No existe programación, por lo tanto no hay periodicidad; en este año (1981), se realizan evaluaciones a tres Auxiliares de Enfermería de Puestos de Salud, a las Jefes de Enfermería del Retorno y Miraflores y a cuatro Promotoras de Salud. El Auxiliar de Enfermería no realiza Supervisiones.

En este período, se comienza a considerar que la Supervisión debe ser apoyo, asesoría y control y se dan las bases para la Programación de actividades en Supervisión.

De todas maneras, el desconocimiento del área geográfica, la poca claridad de las funciones que aumentan la carga laboral, la falta de preparación académica y laboral, la poca receptividad del supervisado, los viáticos insuficientes, el invierno y el mal estado de las vías, configuran el aspecto negativo de este proceso.

En 1982 se utiliza una Guía de Supervisión que contempla aspectos en relación con la calidad del trabajo, estado de las drogas, suministros y elementos de dotación. Se asignan funciones de Supervisión a una Auxiliar de Enfermería Ambulatoria en la U.P.A. de San José y se establece una Programación con frecuencia de tres (3) visitas por año a las Unidades de Cobertura de esta U.P.A. Se apoya la función de Supervisión a la U.P.A. de Triunfo II y El Retorno, como integrantes de los Equipos Multidisciplinarios de Comisiones.

El auxiliar visita en esta ocasión, 13 Unidades de Cobertura de la U.P.A. de San José, cuatro Unidades de Cobertura de la U.P.A. del Retorno, cinco Unidades de Cobertura de la UPA de Triunfo II, y en la U.P.A de La Libertad, una Unidad de Cobertura.

El Coordinador de Enfermería continúa Supervisando al Promotor de Salud de 13 Unidades de Cobertura con entrevistas a la Comunidad y a las Auxiliares

de Enfermería de Mocuare y Calamar. Existen datos muy fragmentarios sobre la participación del Promotor de Saneamiento en el Proceso de la Supervisión en zonas muy cercanas a San José.

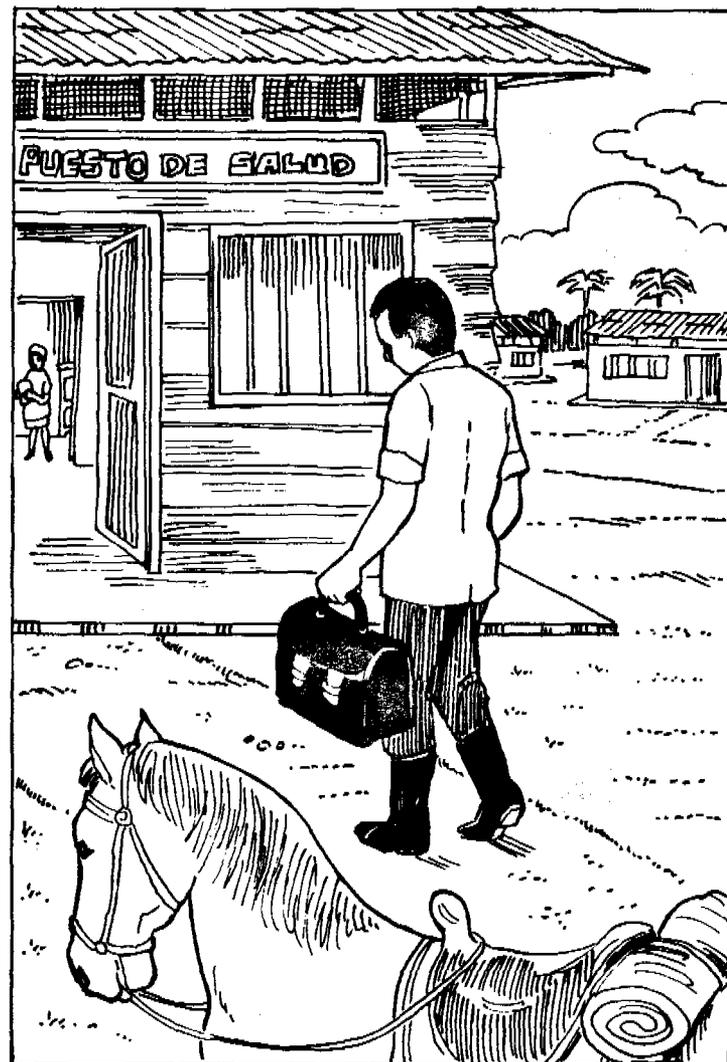
Debemos anotar que en 1982, el grupo que recibió más supervisión fue el de Promotores Rurales de Salud, a razón de tres visitas al año; la Enfermera del Centro de Salud del Retorno, recibió cinco visitas.

En este proceso, uno de los aspectos más significativos fué el interés por parte del Promotor Rural, en mejorar su actuación, adquiriendo nuevos conocimientos y logros de destrezas en procedimientos, participando en charlas educativas en las reuniones mensuales de la vereda y conociendo más a fondo, la Unidad de Cobertura.

Sin embargo, hubo algunos aspectos negativos, por ejemplo las dificultades administrativas para adquirir y mantener medios de transporte; el incumplimiento de actividades y el mal uso del transporte por parte de algunos Promotores, la falta de educación en Salud y el desconocimiento de las funciones del Promotor, lo cual desencadena exigencias por parte de la comunidad que el Promotor no puede cumplir.

Las actividades supervisadas fueron:

- Toma de Gota Gruesa
- Curaciones
- Visitas Domiciliarias
- Charlas Educativas
- Relación con la comunidad y los líderes.



En 1983, se realiza la supervisión utilizando los mismos métodos del año anterior: Encuentros, reuniones mensuales, visitas, cursillos trimestrales.

Se supervisan a los Auxiliares de Enfermería de las UPAS de San José, Mocuare y Triunfo II, en algunas supervisiones participó el Promotor de Saneamiento.

El Coordinador de Enfermería realizó supervisión a tres Auxiliares de Puestos de Salud y a cinco unidades de cobertura.

La Auxiliar de las UPAS de San José, Triunfo II y Mocuare, realizó un promedio de dos visitas al año a los Promotores de Salud, cada visita tuvo una duración de un día y medio. También se realizaron reuniones mensuales en cada UPA con los Promotores Rurales de Salud.

Se efectúa un Seminario de Supervisión para Auxiliares, en Diciembre de 1983, donde se elabora una Guía de Supervisión que incluye a Auxiliares de Enfermería y Promotores Rurales de Salud; no dándose cumplimiento total, sino en forma parcial.

Los instrumentos de Supervisión utilizados en esta ocasión fueron: cronogramas, formatos, registros estadísticos, actas de reunión, control de asistencia y programa mensual de actividades de la Promotora Rural de Salud.

Se realizaron concentraciones mensuales en las Sedes de las UPAS, pero no existía aún, un criterio unificado.

Entre los aspectos positivos a destacar en esta etapa, podemos mencionar la asesoría brindada, las charlas sobre educación continua, la actitud amable y la oportunidad de compartir experiencias, solucionar problemas y aclarar dudas.

El costo de las visitas, la poca frecuencia con que se realizaban y muchas veces, el no avisar a tiempo acerca de las actividades que se iban a realizar, constituyeron los aspectos negativos de este periodo.

Durante 1984 se realiza la descentralización de la Supervisión a nivel de U.P.A.S. y se normatiza mediante una programación. Es notorio el avance de la U.P.A. de San José y Triunfo II. Sin embargo la movilidad del personal Auxiliar hace que la continuidad se pierda en el transcurso del año, especialmente en La Libertad y el Retorno.

Para actualizar al personal auxiliar, se dicta un Curso sobre aptitudes de Supervisión, con base en los Manuales de auto-instrucción que fueron diseñados por el Ministerio de Salud, para el Programa de Control de Diarrea y Rehabilitación Oral. Este Curso se compromete con aspectos propios de la Atención Primaria del Servicio de Salud y se aprovecha además para identificar los aspectos positivos y negativos del desarrollo de este Componente. Se espera con los resultados de este Análisis, hacer la retroalimentación del Programa para el trimestre faltante y para la Programación de 1985.

Se diseña una nueva Guía de Supervisión que contempla aspectos de Atención a las Personas, Comuni-

tarias, de Saneamiento, Educación en Salud y Administrativos, para ser aplicada tanto con Auxiliares como con los Promotores Rurales de Salud.

Sin embargo, el desempeño de la supervisión se vió limitado debido a que fueron programadas por el Ministerio de Salud jornadas de vacunación que obligaron a volcar los recursos humanos y físicos hacia el cumplimiento de esta meta. A lo anterior se sumaron las dificultades administrativas (ausencia de viáticos en el segundo semestre) y la diserción de Promotores Rurales de Salud.

Los aspectos positivos más destacados en esta etapa fueron sin duda el conocimiento de la comunidad que permitió un mayor acercamiento y la posibilidad de discusión de la problemática, y el énfasis que se dá a la educación en salud y a la implementación del programa.

Mencionaremos algunos aspectos negativos, por ejemplo, el descuido de las actividades de los puestos de salud, donde se va a realizar la supervisión, la falta de material educativo, la dificultad para conseguir medios de transporte y la demora en la cancelación de viáticos, esto sumado al poco apoyo administrativo.

Otro problema que hay que señalar es que los pacientes remitidos por el auxiliar no siempre fueron atendidos oportunamente y no hubo retroalimentación. Por último habría que mencionar las dificultades ocasionadas por el invierno y los problemas de orden público.

Durante 1985 se siguen realizando supervisores por parte del enfermero coordinador y de la auxiliar de su-

pervisión, aunque con menos continuidad que en el año anterior.

Los aspectos negativos en este período fueron los siguientes: Hubo reestructuración interna del servicio, lo que motivó una parálisis por desconocimiento de las funciones, hay que agregar la falta de presupuesto y la carencia de medios de transporte.

La supervisión es efectuada exclusivamente por el personal de enfermería y se utiliza la guía de supervisión elaborada el año anterior. La creciente complejidad de las funciones del personal de enfermería es otro factor que condiciona el cumplimiento.

En 1986, la supervisión es realizada por la Coordinadora de Enfermería y la Auxiliar Supervisora, el Auxiliar de Triunfo II y la Enfermera del Retorno. Esta vez la supervisión se efectúa de acuerdo con una programación hecha conjuntamente por enfermeros y auxiliares de enfermería.

Un aspecto positivo es la incorporación de los auxiliares de enfermería de puestos de salud a la supervisión de Promotores de Salud asignados a ellos.

Sin embargo, nuevamente se presentaron inconvenientes similares a los de los años anteriores, falta de presupuesto para viáticos y para la supervisión en general, escasez de medios de transporte, especialmente para desplazamiento por el río. A todo esto se suma un nuevo factor, el cambio temporal del enfermo coordinador a comienzos del año, el cambio de jefatura y en

general la administración nacional, hechos que afectaron la supervisión.

Los Seminarios de Transferencia de Experiencias en Atención Primaria, tanto Regional como Nacional, favorecieron la revisión de conceptos y la evaluación de la Supervisión, pero limitaron el número de visitas de Supervisión, debido a la dedicación del Personal de Enfermería a la preparación de los mismos.

Reuniones Mensuales:

Las reuniones mensuales de Promotores de Salud en San José, constituyeron un gran apoyo para la Supervisión y se realizaron todos los años (1981-1986), aunque su frecuencia varió así:

— 1981:

Se normatizan las reuniones mensuales por U.P.A. y se coincide también con la iniciación del Cursillo de Educación Continua.

— 1982:

Se programan reuniones bimensuales.

— 1983:

Se determinaron reuniones trimestrales tanto para auxiliares como para Promotoras.

— 1984 - 1985 - 1986:

Se hacen reuniones semestrales, apoyadas por Cursillo de Educación Continua, realizados cada tres meses y dirigidos a los Auxiliares de Enfermería y a las Promotoras de Salud.

EXPERIENCIAS PRACTICAS EN VAUPES:

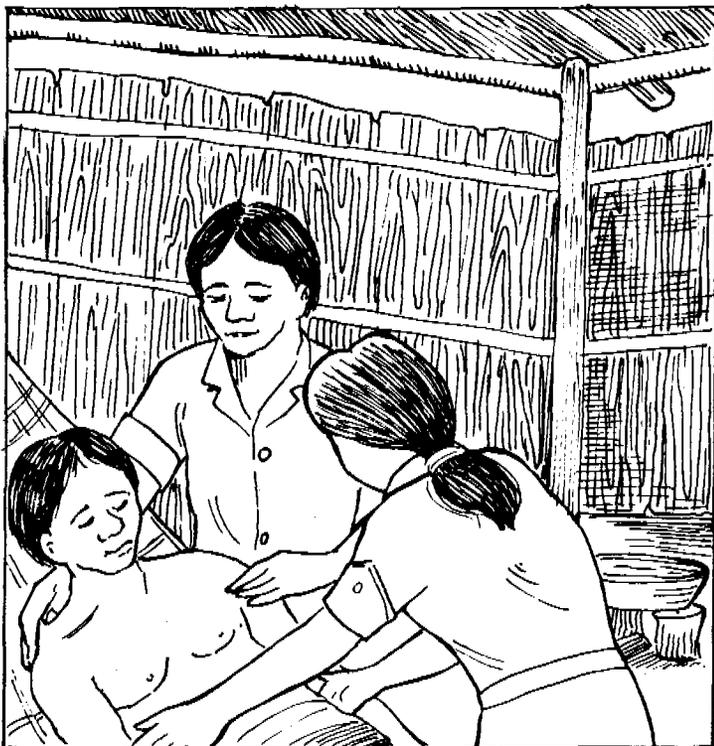
En el Servicio Seccional de Salud del Vaupés hasta el año 1980, se entendía la Supervisión como la "INSPECCION" que debía hacerse al Auxiliar de Enfermería del Puesto de Salud, por medio de Comisiones de Salud Multidisciplinarias.

Esta inspección consistía en revisar el estado en que el Auxiliar de Enfermería mantenía la infraestructura y los elementos de dotación del Puesto de Salud, aspecto al que se le daba un gran énfasis, se evaluaba además la forma como se realizaban las actividades médico-técnicas correspondientes.

La revisión de elementos de dotación y suministros, se hacía mediante inventarios continuos que se constituían en verdaderos objetivos de la comisión multidisciplinaria. La observación indirecta era el mecanismo utilizado para la Supervisión de las actividades médico-técnicas.

A partir del mismo año, se reorganizaron algunas U.P.A.S. y se destinó a un Auxiliar de Enfermería y dos ayudantes - Promotres Rurales Indígenas de Salud para su cubrimiento.

Eran funciones del Auxiliar la medicación, la atención y remisión de pacientes con la colaboración de los ayudantes Promotores del Puesto a quienes debía supervisar. Se previó así mismo que la Supervisión de la U.P.A.S. sería llevada a cabo por Licenciadas de Enfermería con todo el apoyo del Equipo de Salud.



Es así como se inicia la estructuración de la Supervisión al asignarla a grupos específicos. Lo que aún no se consideraba era el cambio radical que debían sufrir sus bases conceptuales; es por ésto que se continuó realizando sin un esquema adecuado, que permitiera resultados apreciables.

Así continuó la Supervisión durante los años 1981 y 1982, y las experiencias obtenidas no fueron consideradas prioritarias, ya que su misma condensación se hacía en el Informe de Comisión que entregaba el Equipo Multidisciplinario, relegando a un tercer lugar las actividades que se pudieran haber desarrollado en este componente, ya que el primer lugar no ocupaba el Análisis de la Consulta Médica y las actividades de Enfermería realizadas (censo, vacunación, etc.) y el segundo lugar, lo ocupaba el Inventario del Puesto de Salud.

A finales de 1981, el Convenio Colombo-venezolano celebra el Primer Seminario de Capacitación en Supervisión a las Licenciadas en Enfermería. De allí surgieron algunas recomendaciones específicas para el Vaupés. Se enfatizó en la necesidad de clarificar las funciones a todo nivel, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y Promotores; además, de consignarlas en un Manual que se pudiera dar a conocer a todo el personal. Este Manual debía ser flexible en el sentido de que debía revisarse periódicamente para hacerle los ajustes del caso. También se tuvo en cuenta la necesidad de cambiar el concepto de Supervisión que hasta el momento se tenía, enfocándolo más hacia la Educación y Asesoría. Este aspecto de Educación, no había sido contemplado antes y se realizaba en forma incidental.

El Auxiliar de Enfermería se empieza a perfilar como el responsable de la Supervisión (educación - asesoría) al Promotor. Debía contarse con un sistema de registro para lo cual se optó por el emanado del Ministerio de Salud.

Una de las necesidades detectadas, fue la de sistematizar la Supervisión en el sentido de buscar mecanismos que permitieran hacerla en una forma periódica, incorporando además, el Componente de Evaluación.

El cumplimiento dado a estas recomendaciones fue escaso, ya que se continuó con la modalidad de Supervisión en Comisiones Multidisciplinarias; pero sí se inició la Educación Continuada para Auxiliares de Enfermería Urbanos y Promotores Rurales de Salud (ver Capítulo de Educación Continuada) y se tomaron como instrumentos las entrevistas, la observación, los equipos de radio y las listas de chequeo.

A finales de 1982, se realiza un nuevo Seminario y se detecta un gran cambio alrededor del concepto de Supervisión. Y empieza a interpretarse como un proceso dinámico de enseñanza - aprendizaje, aunque aún no se ha implementado como Componente, porque no existe todavía niveles jerarquizados para su ejecución.

Por tal motivo, en 1983, se decide reubicar al personal de apoyo del área rural. Los Promotores (al sufrir también cambios en la Capacitación) fueron asignados a Unidades de Cobertura y el Auxiliar de Enfermería a la Unidad Primaria de Atención (U.P.A.).

El esquema es el siguiente:

- ZONA A: MITU-PAPUNAGUA
Mandí, Virabazú, Santa Marta, Bocas del Yí Camanaos.
- ZONA B: ACARICUARA-CARURU
San Luis, San Gerardo, San José, Yuruparí, Arara-Vaupés, San Pedro del Tí, Waracapurí.
- ZONA C: ARARA-CUDUYARI, MONFORT, TRINIDAD
Camutí, Querarí-Mirí, Wacuraba, Teresita, Piracuara, Bellavista.
- ZONA D: VILLAFATIMA-YAPU
Tayasú, Puerto Tolima, Bogotá, Cachivera, Puerto Macua, Wainambí, San Antonio.
- ZONA E: PACOA-SONAÑA-TAPURUCUARA
Cananarí, Alto Apaporis, Ibacaba, Bajo Pirá, Bacoa, Santa Lucía.

En cada zona fue asignada una Enfermera quien sería responsable de llevar a cabo la Supervisión-Asesoría y Educación Continua en las U.P.A.S. y Unidades de Cobertura (U.C.), actuando con plena autonomía en relación con los otros grupos de trabajo; estableciendo además, las inter relaciones entre las actividades de las diferentes dependencias y programas del Servicio Seccional de Salud con las U.P.A.S y las Unidades de Cobertura (U.C.).

La Enfermera Jefe de Zona, se convirtió en el lazo de unión entre el Servicio Seccional de Salud del Vaupés y los Auxiliares y Promotores que laboran en las U.P.A.S., lo que además, significaba que era la responsable de la enseñanza integral de este personal, incluyendo a su vez las acciones de Capacitación, Asesoría, Control y Evaluación del mismo.

Estas acciones empezaron a definirse dentro de patrones, ya que es en este mismo año cuando se inicia el Programa de Supervisión y Asesoría como tal, con el fin de implementar este componente e integrarlo a las acciones de Atención Primaria, para garantizar un buen desarrollo e iniciar el trabajo conjunto entre el Supervisor y el Supervisado.

Para llevar a cabo este Programa, se tuvieron en cuenta varios instrumentos de los que podía valerse el Supervisor:

- Sistema de Información del Ministerio de Salud (Registros Estadísticos).
- Listas de chequeo.
- Guía de Supervisión.
- Guía para programar actividades.
- Informe de Supervisión.
- Formato de Evaluación.
- Formato para registrar Educación Continuada.
- Programación de Supervisión.

Aunque la Supervisión incluía los niveles de Enfermera Jefe de Zona, Auxiliar de Enfermería y Promotora Rural de Salud; el Auxiliar utilizaba la revisión de los

Registros Estadísticos del Promotor como único mecanismo de Supervisión; sin embargo, se aplicó como estrategia la reglamentación de salidas, tanto de la enfermera como de la Auxiliar, a las U.P.A.S. y Unidades de Cobertura (Reglamentación vigente desde 1978). El tiempo destinado fue de 10 días al mes para cada uno de ellos, rotando las U.P.A.S. y U.C. correspondientes.

En 1984, con los mismos principios se desarrolla el Programa de Supervisión, con base en el dinamismo que genera el proceso de enseñanza-aprendizaje y utilizando los siguientes instrumentos:

- Guía de Supervisión de la Enfermera Jefe de Zona al Auxiliar de Enfermería.
- Guía de Supervisión del Auxiliar de Enfermería al Promotor de Salud.
- Informe de la Comunidad, aplicable por la Enfermera en la U.P.A. y por el Auxiliar en la Unidad de Cobertura, cada seis meses.
- Formato de Evaluación del Auxiliar de Enfermería y Promotor de Salud.

Al iniciar el Auxiliar de Enfermería la Supervisión en forma organizada y utilizando para ella formatos especiales, se diseñó un esquema de Capacitación que debía desarrollarse en la primera comisión de Enfermería que se realizara en la U.P.A. Además, se incluyó dentro de los Cursos de actualización para Auxiliares de Enfermería y Adiestramiento de Agentes Educativos en Salud, que se llevaron a cabo durante ese año, un Capítulo especial para la Supervisión, complementándolo con actividades inherentes a ésta en el terreno de la práctica.

Fué así, como los Enfermeros Jefes, iniciaron este Programa con la Asesoría y coordinación de la Enfermera Seccional. Una vez impartida la Capacitación y clasificados los objetivos, concepto y dinámica de la Supervisión, se procedía a diligenciar en la segunda comisión las Guías antes mencionadas.

Es importante anotar que las acciones desarrolladas en estas comisiones fueron incluyendo paulatinamente a la comunidad a través de las acciones de Participación que se iban realizando. La comunidad ya estaba preparada para evaluar al Auxiliar o Promotor Rural de Salud. Por este motivo, se implementaron los formatos de Evaluación que ésta hacía del personal, brindando elementos de análisis valiosos para la programación de la Asesoría y Educación Continua.

El Seminario de Inducción para Profesionales de Enfermería que participan en el Programa de Supervisión, celebrado del 9 al 13 de Julio de 1984, con la participación de Asesores del Convenio Colombo-Holandés, de la comunidad, de Saneamiento Ambiental, de Estadística y de Enfermería, sirvió como base para integrar la Supervisión con los otros Componentes de la Atención Primaria, identificando además los objetivos, los criterios, las responsabilidades, y los mecanismos de funcionamiento de este Componente.

Obviando los obstáculos naturales (invierno o verano, raudales, etc.) y los materiales (escasez de combustibles, de motores, de voladores), puede decirse que las actividades de Supervisión que se llevaron a cabo durante el Período 1984, fueron satisfactorias. Esto fue analizado

en la Evaluación realizada por el Servicio Seccional de Salud del Vaupés y el Convenio Colombo-Holandés. En ella se revisaron los siguientes puntos:

- Conceptos - objetivos.
- Contenidos.
- Frecuencia.
- Instrumentos.
- Relación Supervisor - Supervisado.
- Recursos.

En esta Evaluación quedó claro que aún faltaban definir y condensar en un Manual, las funciones que debía desempeñar el Trabajador de Salud, de acuerdo con el rol en el cual se encontraba ubicado. La Enfermera Seccional, la Enfermera de Capacitación, las Enfermeras Rurales, Auxiliares de Enfermería y Promotores Rurales de Salud realizaban actividades en cuanto a Atención a las Personas, Atención al Ambiente, Administración, Participación de la Comunidad, Capacitación, Supervisión y Educación en Salud, y cada uno de los integrantes de estos Componentes necesitaba personal de Enfermería para la ejecución de sus acciones.

Quedó claro que debía hacerse una integración entre los diferentes componentes de la Atención Primaria, así como también fué evidente el cambio sufrido en el marco conceptual de la Supervisión. Lo que se cuestionó ampliamente fue el concepto numérico dado a la Evaluación, sobre todo a la que brindaba la comunidad, ya que por las condiciones socio-culturales de las comunidades indígenas, no había suficiente capacitación para brindar calificación en escala de 0 a 5, al Promotor de Salud y al Auxiliar.

La Programación de las actividades de Supervisión para 1985, se basó en una nueva zonificación del Vaupés, ya que se contaba con 17 UPAS, 40 Unidades de Cobertura y 6 Profesionales de Enfermería para la ejecución del Componente. El esquema es el siguiente:

ZONA 1:

U.P.A. PAPUNAGUA: Unidades de Cobertura 1
U.P.A. TAPURUCUARA: Unidades de Cobertura 4

ZONA 2:

U.P.A. CARURU: Unidades de Cobertura 1
U.P.A. MANDI: Unidades de Cobertura 2
U.P.A. YURUPARI: Unidades de Cobertura 1

ZONA 3:

U.P.A. ARARA CUDUYARI: Unidades de Cobertura 3
U.P.A. VILLAFATIMA: Unidades de Cobertura 3
U.P.A. MITU: Unidades de Cobertura

ZONA 4:

U.P.A. ACARICUARA: Unidades de Cobertura 5
U.P.A. YAPU: Unidades de Cobertura 3

ZONA 5:

U.P.A. MONFORT: Unidades de Cobertura 2
U.P.A. TERESITA: Unidades de Cobertura 1
U.P.A. PIRACUARA: Unidades de Cobertura 1
U.P.A. IBACABA: Unidades de Cobertura 1

ZONA 6:

U.P.A. POCOA: Unidades de Cobertura 2
U.P.A. SONAÑA: Unidades de Cobertura 2
U.P.A. TIQUIE: Unidades de Cobertura 3

Esta zonificación se hizo igualmente para todos los Componentes de la Atención Primaria y se involucró la Metodología de Participación de la Comunidad, en el desarrollo de las actividades de Supervisión. El instrumento básico a utilizar fue el Formato de Supervisión, el cual se debía considerar una Guía a utilizar por la Enfermera Coordinadora de la Zona o por el Auxiliar de Enfermería según el caso. En esta guía, irían consignadas todas las actividades a realizar por los Supervisados en cada uno de los Componentes, así como la Metodología utilizada en su ejecución.

Este formato de Supervisión y los registros estadísticos, no darían como resultado no solo la efectividad o nó de las actividades del Supervisado, sino también el estado de salud comunitaria.

Este análisis se constituye entonces, en la investigación técnica que debe ser confrontada con la correspondiente Investigación Participativa. Una vez iniciado el proceso deben seguirse todas las etapas hasta terminar con la ejecución de la Educación Continuada de acuerdo con las necesidades detectadas.

Este proceso obviamente debe cumplirse en los 10 días programados para la Supervisión.

El esquema antes descrito fue el modelo que se consideró ideal, implementado en el Servicio Seccional de Salud del Vaupés, para la ejecución de las actividades de Supervisión durante el año 1985.

Durante este año, se desarrolla la Metodología de Talleres Zonales para Educación Continua y Supervisión de Promotores de Salud, los cuales son dirigidos y ejecutados por el Auxiliar del Puesto de Salud con el apoyo y asesoría del Equipo, facilitados e integrados por una Enfermera, un Antropólogo y un Promotor de Saneamiento.

Para estos Talleres, se diseñó una Guía de Evaluación que permite determinar, conjuntamente con la comunidad, los contenidos del Taller y a la vez constituye una Guía de Supervisión. Estos Talleres permiten hacer Supervisión directa de Auxiliares de Enfermería e indirecta del Promotor de Salud; aunque el objetivo básico del Taller Zonal es la Educación Continua.

A partir de estos Talleres Zonales, se continúan realizando visitas esporádicas a Auxiliares de Enfermería por parte de la Enfermera Zonal. A su vez el Auxiliar de Enfermería sigue saliendo durante 10 días a Supervisar al Promotor de Salud; durante esta visita se aplica la Guía diseñada por el Servicio, pero también la Guía de Evaluación utilizada para la preparación del Taller Zonal. Así se le presenta al Auxiliar una duplicación de Guías que miden básicamente lo mismo, pero que le impiden a él actuar con claridad.

Para 1986 se decide unificar una sola guía de Supervisión y se deja como metodología básica, la supervisión a través de Talleres Zonales que sigue contando con el apoyo del equipo facilitador. Se sigue haciendo también, la supervisión de los auxiliares a los Promotores de Salud en forma directa.

En este mismo año se realiza un Taller sobre Transferencia de Experiencias en donde se muestra el desarrollo de la Supervisión desde 1980 a 1985 y una evaluación de la misma, la cual muestra que la Supervisión por parte de las enfermeras Zonales no se puede suspender y que ésta no puede darse solamente a través de los Talleres Zonales.

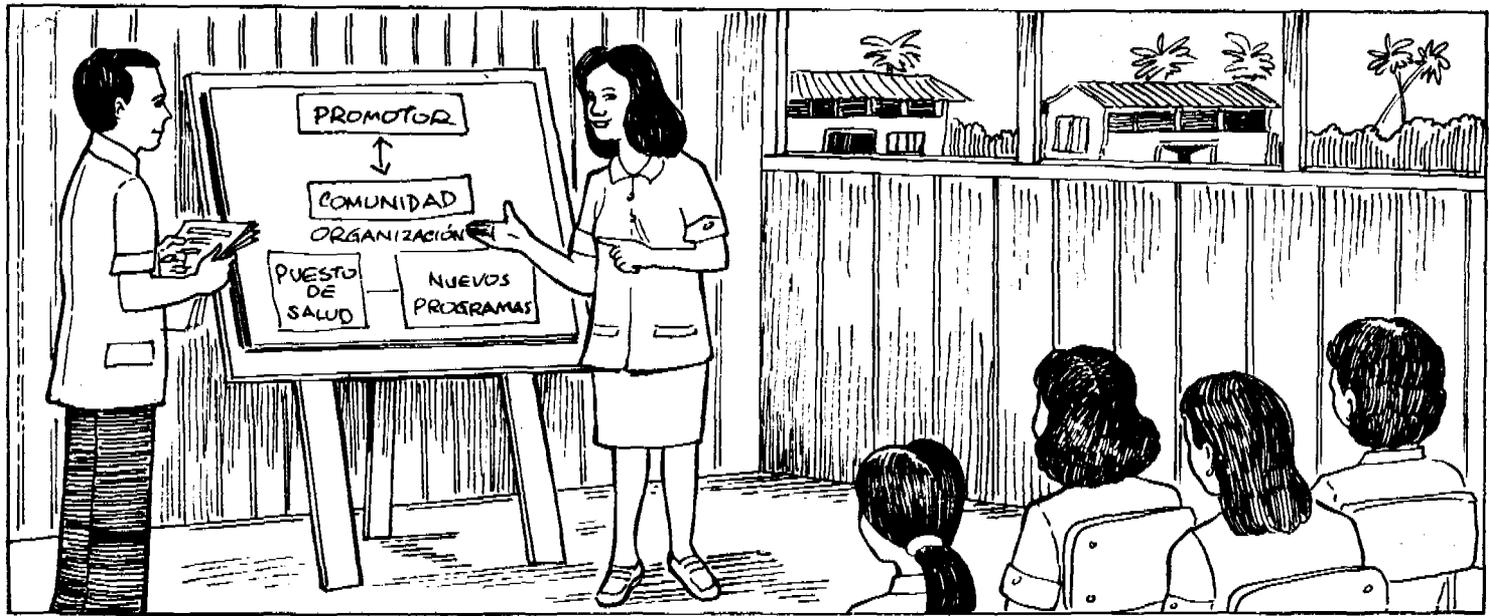
Estos Talleres tienen una duración de seis (6) días y se realizan por programación en forma mensual, aunque en la práctica esto no se realiza exactamente de acuerdo con ésta, debido a dificultades en el transporte y a los altos costos del mismo.

Estos Talleres a su vez se unen con Talleres de Educación en Salud, lo que lleva a que la comunidad participe poco a poco y en forma efectiva en la Supervisión.

Es importante señalar que desde 1978, los Equipos de Radio-comunicación han sido de gran ayuda para la Supervisión indirecta y la asesoría de Auxiliares de Enfermería y Promotoras de Salud.

EXPERIENCIAS PRACTICAS EN URABA:

Inicialmente la Supervisión estuvo encaminada a la revisión de registros y averiguar las causas de algunas fallas para establecer los correctivos. Para ello se contaba con una Guía de Supervisión, que incluía todas las funciones del Promotor de Salud o de la Auxiliar. La calificación utilizada era: buena, regula o mala.



En 1981, las visitas al Promotor de Salud o Auxiliares de Enfermería eran realizadas por la Enfermera Regional, la Trabajadora Social y al personal del Convenio Colombo-Holandés. Estas Supervisiones tenían como principal objetivo, revisar los registros manejados por el personal a cargo y servían de control y asesoría para su mejor diligenciamiento.

Durante 1981 y 1982, es posible que se hicieran visitas más frecuentes a las diferentes sedes de U.P.A.S, por contar la Regional con menos número de Organismos de Salud; además, no existía un Sistema muy definido de Regionalización.

Durante 1984 y 1985, fue evolucionando el concepto de Supervisión con un mayor contenido de asesoría y partiendo de un objetivo específico.

Las siguientes son las actividades que fueron supervisadas a las Auxiliares de Enfermería:

- Funcionamiento y cobertura de cada uno de los Programas que se estén desarrollando en la U.P.A.
- Relación con los Promotores y la Comunidad.
- Manejo de registros.
- Organización del Puesto de Salud.
- Implementación de nuevos programas.

Actividades que se han supervisado a los Programas Rurales de Salud:

- Durante la visita de Supervisión se revisa la papelería llevada por el Promotor Rural de Salud.
- Estado de cada uno de los Programas que se realiza.
- Contenido de las Charlas Educativas.
- Cuando es posible, se acompaña al Promotor de Salud en la actividad que le corresponda realizar ese día de la visita del Supervisor.
- Se aclaran dudas respecto a las actividades que realiza, problemas con la comunidad y manejo de la papelería.

La Supervisión, durante 1984, hace gran énfasis en la Unidad Local de Arboletes. Las Promotoras asisten a reuniones mensuales y se les visita y da asesoría en su lugar de trabajo frecuentemente. También visitan a la Promotora de Salud de San José de Apartadó. No ocurre lo mismo con el resto de Auxiliares y Promotoras de Salud de la Regional, quienes reciben visitas de Supervisión en forma esporádica.

Para 1985, las docentes de la Escuela de Auxiliares de Apartadó se dedican al seguimiento de la Educación Continua y Supervisión de Promotoras de Salud y Auxiliares de Enfermería. Esto se debe a que coyunturalmente, la docente no tiene actividades específicas que cumplir, ya que no se realizan capacitaciones de personal. Esta experiencia de la Supervisión por parte de docentes, fue de gran importancia, debido a que las docentes lograron integrar los tres Componentes: Capacitación, Supervisión y Educación Continuada. Los resultados de esta experiencia lograron motivar al personal, apoyar los

Programas de Salud en el Servicio y conocer las verdaderas necesidades en Supervisión; a la vez permitió a las docentes evaluar la Capacitación de los funcionarios formados por ellas.

Las docentes de la Escuela de Auxiliares de Apartadó lograron cubrir casi la totalidad de Auxiliares de Enfermería de Apartadó y se brindó un gran apoyo a las Promotoras de Salud.

Para 1986 la situación varió debido a que las docentes debieron comenzar nuevamente con la formación de Auxiliares de Enfermería. Para este año el Convenio Colombo-Holandés contrató a una Enfermera para Atención Primaria, quien siguió la misma metodología utilizada por las docentes de la Escuela de Auxiliares, y quien logró cubrir gran número de Auxiliares y Promotores de Salud; acercándose, además, a los Promotores Indígenas de Salud, que hasta la fecha habían sido estas experiencias resultaron muy positivas y permitieron la continuidad de la Supervisión. Podemos anotar que la Promotora Social, también del Convenio, apoyó durante este año y en años anteriores la Supervisión de la Auxiliar al Promotor de Salud.

Otro aspecto muy positivo lo constituyó la elaboración de una Guía Única de Supervisión para Promotores de Salud, Auxiliares y otro personal, orientada más hacia la asesoría y apoyo del funcionario y dejando a un lado la evaluación calificada y el control estricto del mismo (ver Guía de Supervisión tomada como modelo en el inciso: instrumento de Supervisión).

Para la elaboración de esta Guía, se contó con la participación del personal de Enfermería, con representantes

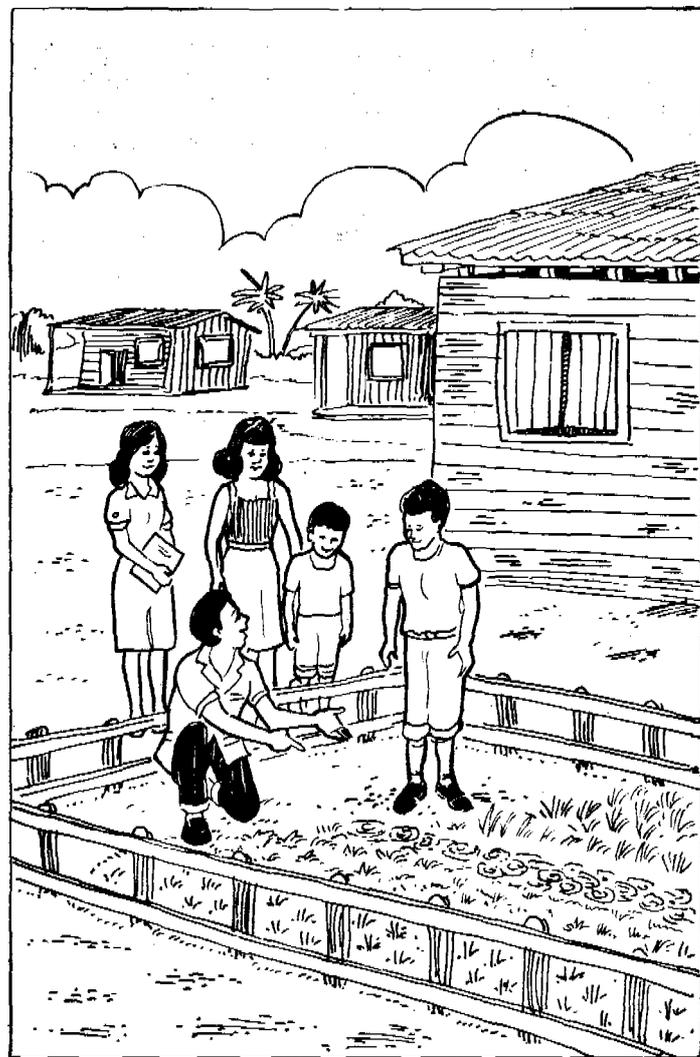
de la Unidad Local, Regional y Seccional, además del personal docente. Esta Guía fue sometida a varias pruebas en diferentes Regionales del Departamento (Urabá, Oriente, Sur, etc.). En un comienzo se consideró importante dejarla para todo el Departamento, pero las pruebas y análisis mostraron que no se podría aplicar en otras Regionales de Antioquia diferentes a Urabá, por no tener ellos la concepción que se da a la Supervisión y Atención Primaria en Urabá.

Un aspecto negativo para este año con relación a la Supervisión, fue que la Enfermera del Convenio tuvo que asumir casi toda la responsabilidad de la Supervisión; siendo poca la participación de la Regional. No ocurrió lo mismo en arboletes.

EXPERIENCIAS PRACTICAS EN EL CHOCO:

En el Chocó la Supervisión se ha venido realizando desde 1980 de acuerdo con la Metodología CIMDER y se ha basado sustancialmente en la revisión del Sistema Registro y Apoyo y Asesoría brindado por los Auxiliares de Enfermería a las Promotoras de Salud. La Enfermera ha dado en los primeros años un gran apoyo a las Auxiliares de Enfermería a través de la Supervisión. En la actualidad este apoyo disminuye sustancialmente, ya que la Supervisión a este personal se hace ocasionalmente.

Desde 1980 hasta 1983 la Auxiliar de Enfermería y la Promotora de Salud recibieron todo el apoyo por parte del Equipo Técnico del Programa Rural de Salud (enfermera, trabajadora social, estadístico e ingeniero sanitario). Este grupo de personas recibían visitas de Supervisión frecuentes y permanentes.



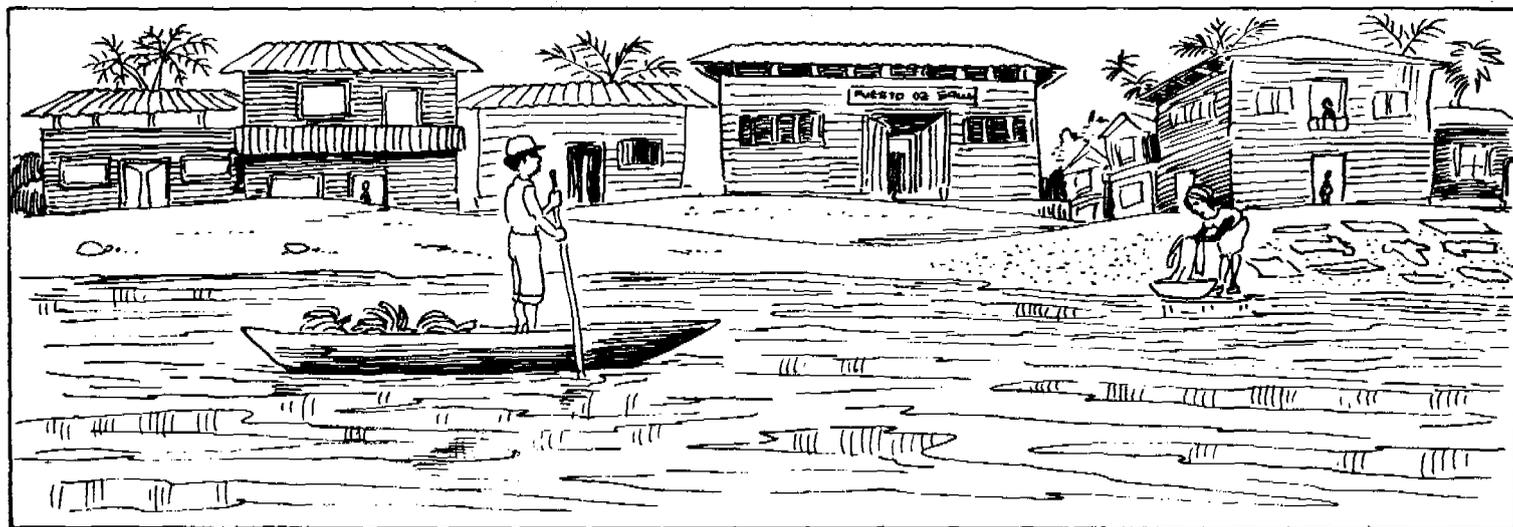
Posteriormente, la Supervisión de Promotores de Salud disminuyó debido a que ya no era responsabilidad directa del Grupo del Programa Rural de Salud, sino que pasó a ser de la Enfermera de Materno-Infantil del Servicio, quien debido a diferentes ocupaciones y a la falta de presupuesto, no pudo cumplir con la Supervisión en forma regular.

En 1985 y 1986 se conoce muy bien la programación de la Supervisión de Auxiliares para Promotores de Salud, haciéndose cada dos (2) meses (seis veces al año), y apoyándose también, en seis reuniones al año para la Educación Continua.

La Supervisión de la Auxiliar de Enfermería por las Enfermeras de Unidades Locales se ve disminuida, aun-

que es realizada algunas ocasiones por la Enfermera del Programa Rural de Salud.

La experiencia hasta la fecha, ha mostrado que la Supervisión que se viene haciendo por parte de las Auxiliares a Promotoras se basa fundamentalmente en la cuantificación de actividades, descuidando la calidad en su ejecución. Muchas promotoras se sienten desmotivadas por la Supervisión. Algunos Auxiliares y Promotores se quejan de la falta de apoyo y se excusan en ello para no cumplir con la Supervisión. Por consiguiente es necesario revisar, evaluar y actualizar el Programa de Supervisión, infundiéndole una nueva motivación.



CAPITULO IV

EDUCACION CONTINUADA PARA EL RECURSO HUMANO EN LA ATENCION PRIMARIA

1. Introducción

La Educación continuada del Recurso Humano en la Atención Primaria de Salud, debe ser considerada como un elemento indispensable para la capacitación, actualización, preparación o aprendizaje de todo el personal que ejecute actividades en este campo.

Sólo a través de la acción continua y permanente se puede lograr mantener la motivación del personal, la cual redundará muy seguramente en la prestación de servicios básicos de salud de buena calidad.

En salud, como en todos los campos, la informática es cambiante, evolutiva, la ciencia avanza, dando lugar a nuevos conceptos, formas de realizar procedimientos y tecnologías apropiadas. Por esta razón, es indispensable que los Servicios de Salud favorezcan la actualización de sus funcionarios.

Para lograr este objetivo, es necesario acudir a diferentes métodos, procedimientos y técnicas que permitan la educación continua y permanente de los trabajadores de Atención Primaria en Salud, de manera racional, ya sea en forma presencial o a distancia.

Este documento contiene algunas sugerencias o recomendaciones, así como orientaciones para la ejecución

de programas de Educación Continua en Salud. Se muestran aquí los resultados de las experiencias alcanzadas con el Convenio Colombo Holandés durante cinco años de trabajo consecutivo en este campo.

Se considera la Educación Continua como uno de los mecanismos más eficaces para actualizar el conocimiento, motivar, capacitar y habilitar al personal en Servicios. A través de ella se puede lograr la implementación de programas nuevos, el ajuste y desarrollo de los ya existentes y, sobre todo, la prestación de servicios básicos de salud al individuo, a la familia y a la comunidad, servicios de buena calidad, eficaces y oportunos.

La Atención Primaria requiere de la participación de la comunidad y de la definición de servicios básicos que se presten a la población, en ella se involucran los contenidos de promoción de salud, prevención de la enfermedad y recuperación del daño, por ello se hace necesaria la consecución y permanencia de personas calificadas que ejecuten las actividades propias de cada uno de los tópicos anteriormente mencionados.

Al hacer el seguimiento de la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria que se brinda en el primer nivel de atención, encontramos que los funcionarios que

trabajan a este nivel: médicos, enfermeras, odontólogos, bacteriólogas, personal auxiliar en enfermería, promotoras de salud, promotor de saneamiento, no han recibido la suficiente preparación que exige el trabajo comunitario y la educación en salud.

Es notorio que el personal profesional que se desempeña en el nivel primario, quienes deben hacer aplicación permanente de la medicina general, de tecnología sencilla y apropiada, de programas de prevención, participación de la comunidad y educación en salud, aún no está preparado, lo que exige un mayor esfuerzo y lo que lleva a algunos a la remisión innecesaria de pacientes o al rechazo de la Estrategia misma.

Así también, el auxiliar de enfermería ha recibido en la mayoría de los casos una formación eminentemente hospitalaria que no facilita su actividad en el campo de la salud comunitaria, llevando hacia la actividad curativa, dejando a un lado las acciones de prevención de la enfermedad y las de promoción en salud.

Dado que los funcionarios que se desempeñan en este campo de la Atención Primaria de Salud han sido egresados de los centros de formación, la Educación Continua surge como la mejor y única forma de remediar la situación a través de la capacitación personal en su propio lugar de trabajo, aplicando el postulado de "aprender haciendo".

Cuando los funcionarios llevan mucho tiempo realizando una determinada función surge la rutinización de la actividad que lleva a la deshumanización de la atención y a la pérdida de la eficiencia en la ejecución de las acciones. Aquí también surge la educación continua como una forma de motivación de la persona y como mecanismo para su preparación en las relaciones humanas.

La Educación Continua, además es la mejor estrategia para corregir las deficiencias encontradas en la supervisión y la evaluación permanentes de los programas. Se constituye en gran ayuda para la enseñanza de temas nuevos y para la preparación del recurso humano que pueda responder a las exigencias de una comunidad cambiante y en desarrollo.

2. El Recurso Humano y su Educación Continua de Atención Primaria de Salud

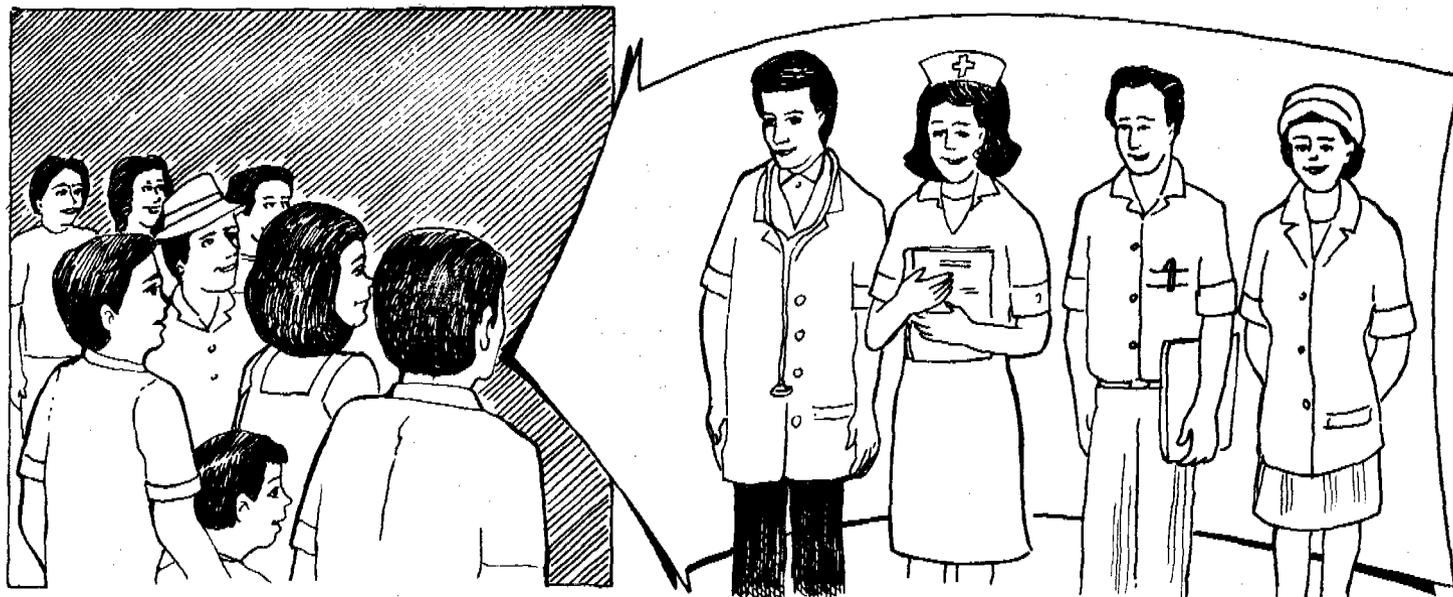
El recurso humano constituye la esencia de la asistencia en salud, bien sea porque es el receptor de las acciones, o porque es el oferente directo de los servicios de salud.

Si queremos cumplir con una de las premisas básicas de la Atención Primaria de Salud, como es la prestación de servicios básicos de buena calidad, oportunas, acordes con las condiciones de cada lugar que permitan a la persona, familia y comunidad alcanzar el bienestar físico y social al que tiene derecho.

Es necesario contar con personas o funcionarios en Salud altamente calificados, motivados y conscientes de su papel de oferentes de servicios para una comunidad que requiere de ellos.

La Atención Primaria y quienes ejecutan sus tareas, están sujetos a las exigencias de la comunidad y deben responder por la promoción de salud, la prevención de la enfermedad, la curación oportuna y la rehabilitación del daño.

Para poder responder a estas necesidades, el Trabajador de Salud, debe recibir Capacitación permanente, actualización, formación en servicio, que sólo puede brindarse a través de la Educación Continua.



3. Educación Continua en Salud

La Educación Continua es la estrategia más adecuada para la preparación, formación, actualización y enseñanza-aprendizaje del personal que ha egresado de un Centro de Formación y que se encuentra laborando en una Institución.

La Educación Continua debe entenderse como el conjunto de técnicas y métodos a través de los cuales se logra, mantener motivado al recurso humano, fortificar las relaciones interpersonales y, favorecer la buena calidad en los servicios prestados a la población.

La Educación Continua está dirigida a todo el personal de la institución u organismo de salud, beneficiándose de ella tanto el personal Profesional como el Auxiliar o Técnico, el Promotor de Salud y, según la necesidad, el personal de servicios generales. La actualización de voluntarios o líderes comunitarios se enmarcará más dentro de la Educación en Salud.



4. Características de la Educación Continua

La Educación Continua debe caracterizarse por:

- * Oportuna
- * Permanente
- * Dinámica
- * Innovadora
- * Flexible
- * Lleva al individuo a la acción o ejecución de tareas
- * Se basa en las necesidades individuales y/o colectivas
- * Incorpora a la Supervisión como elemento básico para la determinación de necesidades.
- * Enseña a utilizar las tecnologías existentes y apropiadas por cada Región.
- * Destaca en los contenidos, además de los elementos técnicos, los valores humanos.

5. Educación Continua, Supervisión, Capacitación de Personal

La Educación Continua, la Supervisión y la Capacitación de Personal constituyen una triada en la cual cada elemento juega un papel fundamental retroalimentando al otro; conjugándose los tres para formar un conjunto sólido, cuyo resultado es la Formación del Recurso Humano para la Atención Primaria en Salud.

Así, la capacitación es la base de este triángulo y está representada por los conocimientos básicos, la transferencia de conocimientos y el aprendizaje logrado en la

formación obtenida a través de la Educación Formal que se recibe en Universidades, Centros Vocacionales y, en general, en los núcleos docentes.

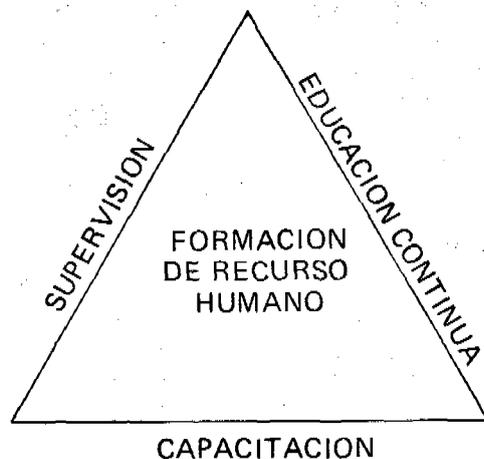
De estos centros de formación egresan los Médicos, Enfermeras, Promotores de Saneamiento, Personal de Área Social, Auxiliares de Enfermería, Promotores de Salud y otro personal técnico que se desempeña como Trabajadores de Atención Primaria.

Durante las etapas de Formación, los diferentes profesionales y técnicos reciben conocimientos generales y específicos para cada carrera, sin que se les prepare adecuadamente para el trabajo de lo que se denomina, "Salud Pública", Medicina Preventiva o Salud Comunitaria. En General, no se les capacita para desempeñarse en el Nivel de Atención Primaria en Salud, presentándose la contradicción con el hecho de que es allí, precisamente, donde inician su vida profesional, a través del Servicio Social obligatorio.

El segundo lado del triángulo lo forma la supervisión, entendida como el seguimiento que se hace a las actividades cumplidas en Atención Primaria en Salud y al Programa como tal, y como el apoyo que se dá al ejecutar la actividad, mediante la asesoría, la enseñanza y el trabajo conjunto entre el Supervisor y el Supervisado.

La Supervisión determina los puntos débiles de la capacitación del recurso humano; apunta hacia la información a cerca de los nuevos temas y contenidos que han de dictarse para la actualización; también define las necesidades de programación de este recurso en temas como Participación de la Comunidad, Educación en Salud y Medicina Preventiva.

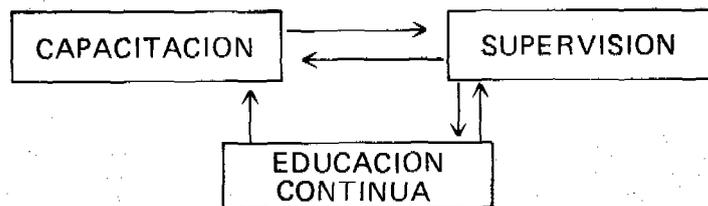
Además, la Supervisión permite al Supervisado solicitar sus temas y necesidades individuales en cuanto al contenido para la Educación Continua en Salud.



La Educación Continua a su vez parte de la Capacitación y se apoya en la Supervisión para definir sus contenidos básicos. La Educación Continua, por otro lado, se vale de la Supervisión para cumplir sus objetivos de preparación y actualización del recurso humano mediante la asesoría que se brinda a cada funcionario en las diferentes visitas que realizan los equipos supervisores en cada unidad organizativa del Sistema de Salud, recordando que la prioridad debe ser las Unidades Locales y Primarias de Atención.

La Supervisión es una de las estrategias con que cuenta la Educación Continua para la actualización y preparación permanente del Trabajador de Salud, utilizando para ello el método de "aprender haciendo", denominado "Investigación-Acción". Esta metodología debe, en lo posible, incorporar la Participación de la Comunidad; en la medida en que el funcionario conozca la comunidad y discuta con ella los temas relacionados con sus problemas sanitarios, mayor será el aprendizaje para él.

FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN ATENCION PRIMARIA



En resumen, puede decirse que la Capacitación da las bases a la Supervisión, ésta a su vez la retroalimenta, convirtiéndose también en generador de la Educación Continua y en estrategia para la actualización y formación del recurso humano institucional.

6. Definición de Contenidos para la Educación Continua

La Puntualización o Especificación de los contenidos para la Educación Continua, debe basarse en los siguientes aspectos:

REVISIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACION O FORMACION

La definición de los contenidos debe partir de la revisión que se tenga de los contenidos curriculares de los diferentes profesionales y técnicos de la Atención Primaria de Salud, así se podrá determinar con precisión los aspectos conceptuales, médico-técnicos, de Saneamiento Ambiental, Participación de la Comunidad o Administración, que se enseñaron o dejaron de enseñar a cada uno de los educandos y que, sin duda, constituirán los elementos básicos de la Educación Continua.

Así por ejemplo, en la revisión curricular del Programa de Capacitación de Auxiliares de Enfermería, podríamos encontrar cómo el enfoque en su formación es en un 90% hospitalario, dando sólo un pequeño margen a la atención ambulatoria. Así, entonces, no se da un aprestamiento para su trabajo en Atención Primaria de Salud. Su preparación en tal caso es eminentemente curativa.

La revisión de las Unidades Docentes (conjunto de contenidos de aprendizaje relacionados con un mismo tema, por ejemplo Materno-Infantil, primeros auxilios), podría mostrar un bajo porcentaje destinado a los temas relacionados con la Participación de la Comunidad, el Saneamiento Básico y la Educación en Salud.

La falta de estos conocimientos prioritarios para este grupo de personal deberá completarse mediante la Educación Continua.

Otro ejemplo es el de la Promotora de Salud. Se espera que ella realice una fuerte labor en el campo de la

Promoción en Salud y prevención de la enfermedad y que, por lo tanto, dedique un alto porcentaje de su tiempo al trabajo comunitario (Participación de la Comunidad), Educación en Salud y apoyo al Saneamiento Básico Rural. Sin embargo, al revisar su Programa de Capacitación, podremos encontrar que se da un mayor porcentaje a la enseñanza teórica y práctica de elementos médico-técnicos (como se aprecia en el Manual de Capacitación) y un menor porcentaje a aquellos temas relacionados con la función que va a cumplir en Promoción de Salud y Participación de la Comunidad.



El médico tampoco ha sido preparado para trabajar en Atención Primaria y, generalmente, no se siente bien en ella por considerarla como sinónimo de baja especialización, debido a que ha sido capacitado para la Atención Secundaria y Terciaria y su objetivo máximo es hacer una especialización en cualquiera de las ramas de la medicina. Esta misma concepción lo lleva en muchas ocasiones a considerar la Atención Primaria como "Medicina de Segunda".

Por otra parte, casi siempre el médico que se desempeña en Atención Primaria, carece de experiencia y está recién egresado de la Facultad, lo que dificulta aún más su trabajo comunitario.

NECESIDADES DETECTADAS A TRAVES DE LA SUPERVISION

La Supervisión es la principal herramienta con que cuenta la Educación Continua para conocer, —a través de la observación o de la ejecución de actividades o procedimientos técnicos, o de la información verbal que dé el Supervisor—, los contenidos educativos que requiere el funcionario, ya sea para su actualización o complementación.

Así, por ejemplo, cuando se acompaña a la Promotora de Salud a hacer una visita domiciliaria, nos podemos dar cuenta si obedece a una programación, si ha sido bien planeada, si tiene objetivos establecidos, si incorpora a toda la familia, si realiza Educación en Salud, si maneja bien las relaciones interpersonales, o si, al ejecutar un procedimiento, lo hace de acuerdo con los procedimientos técnicos establecidos. De la observación cuidadosa que se haga de toda la actividad se puede esta-

blecer en qué aspectos hay puntos débiles que se puedan remediar a través de la Educación Continua; qué asesoría requiere esta Promotora de Salud a nivel individual y cuál se le podría brindar a través de la preparación en grupo.

Si por medio de la Supervisión se detecta que varias personas tienen idénticas dificultades al ejecutar una misma actividad, entonces procedemos a programar un Cursillo o Seminario-Taller, en el que pueda abordarse un mismo tema para un grupo de personas.

A través de la Supervisión, además, podemos conocer, de acuerdo con la propia percepción del Supervisado, qué nuevos conocimientos requiere, qué actividades está realizando sin que haya sido capacitado y qué aspectos ha olvidado por falta de ejecución permanente.

ACTUALIZACION

El avance en técnicas y procedimientos nuevos, acordes con el desarrollo de un país y más concretamente de su Sistema de Salud, obligan a la actualización del personal para que pueda cumplir con las nuevas responsabilidades asignadas.

Cuando se quiere establecer programas, es necesario capacitar al recurso humano si se desea alcanzar una buena calidad en su ejecución.

Así, por ejemplo, la implementación de Programas como el de Supervivir, obliga a la preparación de todo el recurso humano que ha de intervenir en él, bien sea en forma indirecta o directa. Deben involucrarse desde el

área administrativa del organismo hasta los celadores; de tal forma que cada funcionario esté informado y motivado para brindar su cooperación para la buena marcha del programa; esto debía realizarse con cada actividad o Programa nuevo.

A través de la Educación Continua se informará, capacitará y motivará a los funcionarios para que puedan participar en los programas. Se les dará a conocer los propósitos, objetivos, metas y funciones de cada uno, así como el cumplimiento de tareas, registro de información y, en general, de todos aquellos aspectos que requieran para desempeñarse como Trabajadores de Atención Primaria.

NECESIDADES INDIVIDUALES

Cada individuo tiene sus propios intereses y necesidades en su preparación y auto-formación, así éstos no estén en estrecha relación con las funciones que desempeña en determinado cargo.

En lo posible se debe responder a estas inquietudes del personal, por cuanto esto mantiene la moral en alto y saca a la gente de la rutina de una actividad, permitiendo a su vez elevar el autoestima, favoreciendo además la autorealización.

También se incorporarán temas que vayan a llenar vacíos o a complementar puntos débiles de formación curricular, percibidos por cada funcionario.

7. Estrategias, Métodos y Técnicas para la Educación Continua

ESTRATEGIAS

- a. La Educación Continua se puede impartir en forma individual en la Supervisión, Auto-Instrucción o instrucción programada, bien sea presencial o a distancia.
- b. Puede también procurarse a nivel grupal, a través de cursillos, charlas, seminarios, talleres.

METODOS Y TECNICAS

Existen diversos métodos y técnicas para impartir la Educación Continua a los Trabajadores de Atención Primaria en Salud. De acuerdo con la experiencia lograda en las áreas de trabajo del Convenio Colombo Holandés mencionaremos las siguientes:

1. Individualizada y Personalizada:

En ella se brinda Educación en forma directa, en el lugar de trabajo, se parte de la observación de una actividad que se supervisa en un momento dado, y a través del intercambio de experiencias, asesoría e información, se ayuda a la persona a que la realice mejor.

2. Educación a Distancia:

Permite el autoaprendizaje del alumno y parte de la investigación sobre las necesidades de capacitación y motivación propias de cada alumno inscrito en el Programa de Educación a Distancia.

El objetivo de este tipo de instrucción es el de actualizar a los trabajadores de Atención Primaria que laboren en áreas dispersas, o en áreas rurales.

La aplicación de esta metodología debe basarse, en primera instancia, en la investigación acerca de las necesidades o prioridades para la definición de contenidos; esta Investigación puede hacerse a través de encuestas, o de ser posible, a través de diálogos directos con los interesados.

Exige, además, una etapa de planeación y programación mediante la cual se definirá la duración de la capacitación al igual que los recursos humanos, técnicos y materiales que se utilizarán, también se elaborará y conseguirá el presupuesto necesario.

Como la capacitación es a distancia, basada en módulos de autoinstrucción, éstos se deben diseñar de acuerdo con los contenidos de la enseñanza a impartir, y elaborar con suficiente antelación a la iniciación del Programa, para permitir pruebas y ajustes.

Cada módulo tendrá una parte teórica y otra práctica, consistente en resolver cuestionarios que permitan al estudiante reafirmar sus conocimientos.

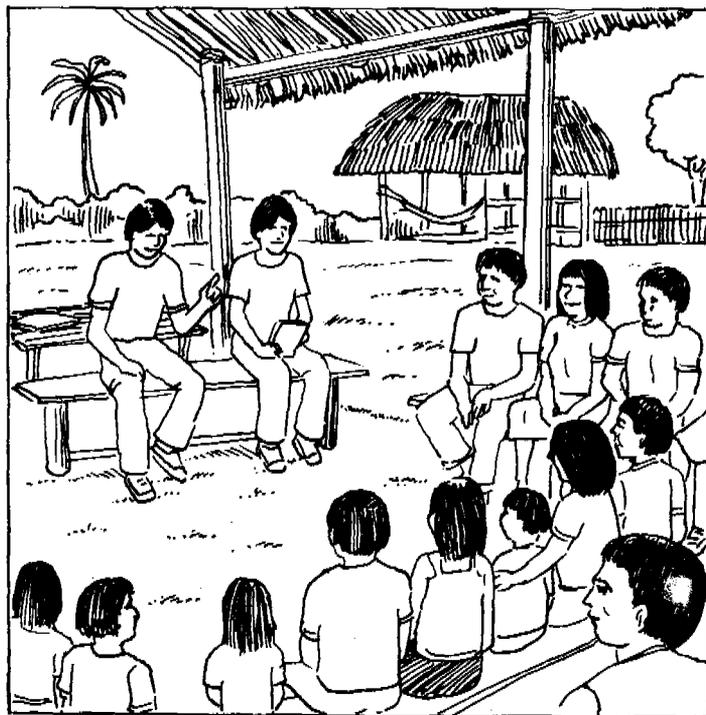
La autoinstrucción, además de la aplicación de módulos, requiere del apoyo de tutores adecuadamente capacitados, que visitarán a los educandos, aclararán dudas e impartirán nuevos conocimientos.

Es conveniente complementar la capacitación con cursillos-talleres o reuniones que permitan al estudiante aumentar sus requerimientos en forma presencial.

EDUCACION CONTINUA A GRUPOS

1. Talleres Zonales

Esta metodología fue diseñada por el Servicio de Salud del Vaupés con el apoyo del Convenio Colombo Holandés y constituye una forma de Educación Continua en la cual se combinan los aspectos teórico-prácticos propios de las funciones del trabajador de Atención Primaria, la Educación en Salud, la participación de la comunidad y la Supervisión.



En esta metodología se conjugan, además, aspectos como el de la investigación, acción participativa, e involucra contenidos tanto de atención a las personas, como de atención al medio.

OBJETIVOS: Los talleres zonales buscan capacitar y actualizar a los trabajadores de Atención Primaria en Salud, así como a los voluntarios, líderes comunitarios y comunidad en general, en aspectos relacionados con su problemática de salud, como es por ejemplo, la patología propia de la región y su forma de abordarla, igualmente destaca la participación de la comunidad como factor determinante para el mejoramiento del nivel de salud de la comunidad.

Esta metodología contempla las siguientes etapas:

1. División del departamento o territorio en zonas de trabajo, de acuerdo con los siguientes criterios:
 - . Unidades Primarias de Atención o de Puestos, Centros de Salud y Hospitales Locales.
 - . Accesibilidad geográfica
 - . Número de Promotores de Salud
 - . Presencia de Auxiliares de Enfermería
2. Formación del personal Docente

A nivel del Servicio de Salud, se reúnen los Auxiliares de Enfermería que tengan a su cargo Promotores de Salud. Además, a las Enfermeras encargadas de la Supervisión de las zonas a las cuales pertenecen los Auxiliares.

Se procura, además, la participación de otro personal, especialmente el correspondiente al área social.

Se les capacita durante 1 ó 3 meses en aspectos relacionados con Atención Primaria de Salud y sus diferentes aspectos: Atención a las Personas, Saneamiento Básico Rural, Participación de la Comunidad, Educación en Salud y algunos aspectos administrativos. Además se les informa sobre las funciones en Atención Primaria que le ha sido asignadas a los Auxiliares y Promotores de Salud. Metodología de Enseñanza y Supervisión.

Se les capacita, además, en técnicas educativas, haciendo énfasis en los Seminarios Talleres y en la metodología de Investigación—

3. Desarrollo de los Talleres Zonales.

Los talleres zonales surgen como una respuesta hacia la inquietud que se presenta, tanto en el personal del Convenio Colombo Holandés como en el del Servicio Seccional de Salud del Vaupés, interesados en conseguir la efectividad de los procesos de Educación Continua.

Al inicio de la aplicación de esta metodología, la Educación Continua se daba en forma esporádica y sin mayores resultados prácticos. Así se dictaban muchos cursillos de temas sueltos, es decir, sin mayor relación con las necesidades del personal.

Aunque siempre se consideró que debería tenerse una integración de los diversos componentes de la Atención Primaria de Salud, no se había podido operacionalizar; vistas así las cosas, la Supervisión, la Capacitación,

la Participación de la comunidad y Educación en Salud, marchaba cada una por su cuenta, pese a que existía un Grupo de Atención Primaria de Salud a nivel seccional que tenía como objetivo fundamental, lograr la nucleación de todas estas acciones.

Para solucionar esa situación la Sección de Enfermería propuso la ejecución de los Talleres Zonales. Se reunió a todos los Auxiliares de Enfermería a nivel seccional y se le formó como capacitadores. Se les preparó en los componentes mencionados anteriormente, además, en lo relacionado con atención a las personas y el medio ambiente. Esta capacitación fue efectuada por el personal de Enfermería responsable de cada una de las zonas en que se repartió el territorio. La acción de las Enfermeras supervisoras (responsables de zona) fue apoyada permanentemente por funcionarios del área Social y de Saneamiento.

Una vez preparado todo el personal y destinados los recursos necesarios se procedió a su ejecución.

4. Organización del Taller Zonal en la Unidad Primaria de Atención escogida.

En la Sede de la UPA, el Auxiliar de Enfermería capacitado reparte entre los Promotores de Salud una encuesta para determinar contenidos educativos. La encuesta deberá ser diligenciada por el Promotor de Salud, conjuntamente con la comunidad, para lo cual se reunirá con ella. Con esta encuesta se pretende saber cuáles actividades realiza con más frecuencia el Promotor, y cuáles temas deberá conocer.

Estas encuestas son diligenciadas y entregadas al Auxiliar de Enfermería, el cual, con base en ellas, prepara la Educación Continua correspondiente.

5. Ejecución del Taller Zonal

El Auxiliar de Enfermería cita a los Promotores que tiene a su cargo y durante una semana les imparte la Educación Continua; así, los Promotores de Salud reciben los contenidos educativos que solicitaron. Un día se destina para mirar y analizar problemas propios del trabajo del funcionario y el último día el Promotor de Salud hará Educación en Salud a la comunidad sobre los temas tratados.

En la Educación Continua, reunirá a la comunidad, dictará charla educativa y discutirá con ella los aspectos relacionados con el tema.

La comunidad hará todas las preguntas que considere necesarias y dará sus opiniones al respecto.

6. Evaluación

Finalmente, al terminar la Educación Continua, se evaluará de acuerdo con sus contenidos, el cumplimiento de los objetivos propuestos y se citará a un nuevo Taller Zonal.

En estos Talleres se cuenta, en la medida de las posibilidades, con la Enfermera Profesional, quien dá apoyo al Auxiliar de Enfermería en los aspectos médico-técnico. Además se cuenta con el respaldo, asesoría y apoyo, del equipo de Participación de la Comunidad, el que procura el cumplimiento de todos los pasos de la metodología de la participación de la comunidad en el Taller Zonal y refuerza los aspectos con la Educación en Salud.



2. Intercambio de experiencias

El Convenio Colombo Holandés, a través de los años de ejecución del Programa de Atención Primaria, ha impulsado y fortalecido el intercambio de experiencias entre los funcionarios que laboran en los diferentes organismos de Slud o Servicios Seccionales de Salud.

Este intercambio de experiencias, constituye un mecanismo esencial para la actualización y preparación del recurso humano en servicio.

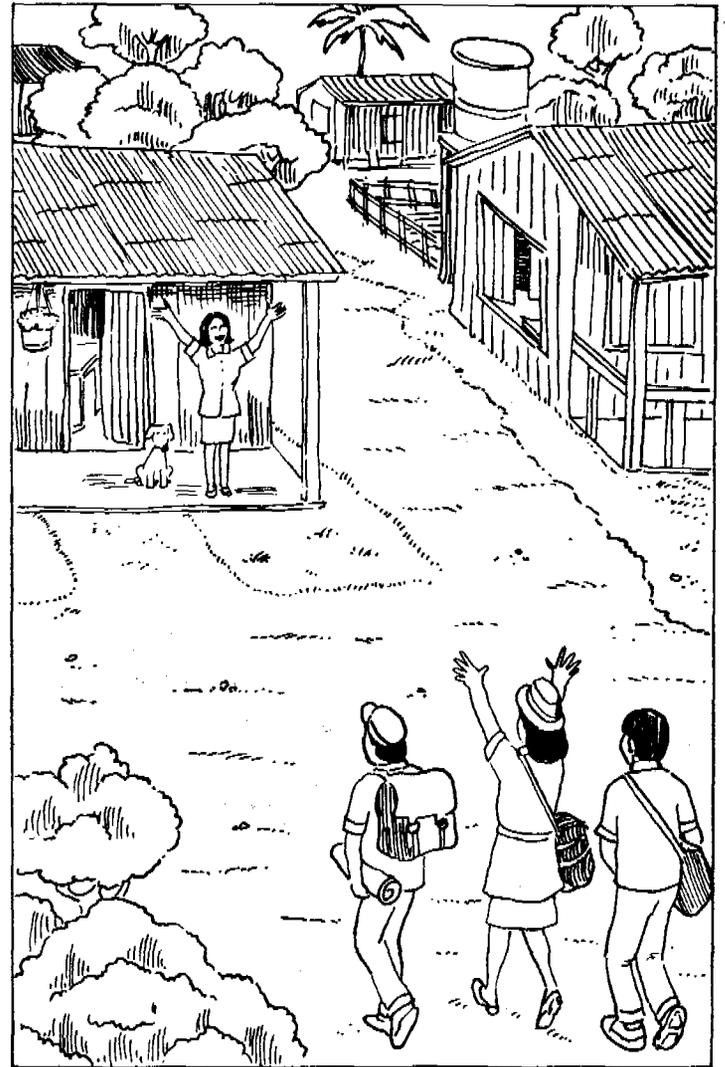
Es por demás, el medio más eficaz para enseñar a otros las experiencias positivas o negativas que han quedado en la ejecución de una determinada actividad.

Por este medio se ha logrado la complementación de los funcionarios y la difusión de nuevos proyectos en los campos de Atención a las personas, saneamiento básico rural, participación de la comunidad, Educación en Salud y construcción de infraestructura.

El intercambio de experiencias se ha llevado a cabo por medio de:

a. VISITAS DE OBSERVACION DE EXPERIENCIAS

Esta forma de Educación Continua para funcionarios de un organismo interesado en determinada experiencia resulta de gran interés, ya que durante estas visitas se tiene oportunidad de conocer en terreno, cómo se realizó una experiencia; así, por ejemplo, un grupo de técnicos y profesionales del Servicio de Salud del Chocó, interesados en el tema de los Talleres Zonales, visita al



Servicio de Salud del Vaupés, donde se lleva a cabo esta metodología, allí pueden conversar con los auxiliares y promotores, profesionales encargados del programa y, sobre todo, van a tener la oportunidad de conversar con la comunidad y evaluar los resultados prácticos.

Otro ejemplo está dado en el campo de saneamiento, algún organismo interesado en conocer técnicas de instalación de filtros lentos de arena, utilizados para el tratamiento de agua en el área rural puede visitar los Servicios de Guaviare y la Regional de Urabá (Antioquia), en donde se han llevado a cabo.

Otro tanto ocurre con la Educación en Salud, en donde organismos o funcionarios interesados en este campo pueden visitar los Servicios de Vaupés, Chocó, Guaviare, en donde se han diseñado cartillas sobre los diferentes temas (diarreas-tuberculosis-nutrición-Saneamiento, otras), elaboradas conjuntamente con la comunidad, utilizando para ello la metodología de investigación-acción participativa.

Los ejemplos pueden ser muchos, sin embargo no se mencionarán más, pero lo que sí se quiere Destacar es LA IMPORTANCIA DEL APRENDIZAJE A TRAVES DE LAS VIVENCIAS QUE SE ALCANZAN CUANDO SE PUEDE TENER OPORTUNIDAD DE CONOCER Y OBSERVAR UNA EXPERIENCIA EN EL MISMO LUGAR DONDE VIENE SIENDO EJECUTADA.

b. SEMINARIOS TALLERES DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS.

Para la difusión, motivación y capacitación de los funcionarios, tanto técnicos como profesionales que realizan actividades de Atención Primaria de Salud, se ha utilizado, desde hace varios años, la metodología de los Seminarios-Talleres de intercambio de experiencias, mostrando en la actualidad resultados satisfactorios.

Estos eventos se realizan de acuerdo con las siguientes pautas:

- * En cuanto al contenido
 - Los temas deben ser de interés para todos los participantes.
 - La definición del tema o temas a tratar, se hará con base en las necesidades detectadas a través de la supervisión.
 - Se buscará la difusión de una o varias experiencias que sean aplicables en diferentes organismos de Salud.
 - Los temas se orientarán siempre con el objetivo de fortalecer la estrategia general (Atención Primaria), así cada elemento o componente, aún si se trata independiente, el tema de la Educación en Salud, ésta debe relacionarse con la atención a las personas, la atención al medio ambiente, la participación de la comunidad, entre otros. Si el tema escogido es la atención a las personas, éste

deberá relacionarse con la participación de la comunidad, la educación en salud, el saneamiento básico. De igual forma, se deberán abordar los diferentes tópicos a tratar.

* En cuanto a los participantes

- Los Talleres según los temas, pueden hacerse para grupos de profesionales de un mismo organismo (Servicio de Salud) o de varios organismos, Servicios de Salud de diferentes departamentos o territorios.

Lo importante es que siempre asistan representantes de diferentes disciplinas, básicamente de atención a las personas, de saneamiento ambiental y área social.

- Para un mismo Servicio de Salud o para varios Servicios u organismos reunidos, se buscará la participación de todo el equipo interdisciplinario, asistirán por lo tanto, profesionales, técnicos, personal auxiliar, promotores de salud. Aquí también debe preferirse la contribución de diferentes disciplinas.

De ser posible y según el tema, se procurará la entrada de voluntarios y miembros de la comunidad.

- Lo anterior puede ser fortalecido, además, con la participación de otros organismos o instituciones, bien sea del sector salud o de otros sectores.



* En cuanto a la Metodología

Según se ha visto a través de estos años de trabajo, la mejor metodología para abordar actividades de capacitación, es la teórico-práctica, combinados con discusiones de grupo. Siempre se debe buscar que lo teórico pueda verse en la práctica, por ello son convenientes las visitas de observación.

Si esto no es posible, se pueden invitar miembros de la comunidad que relaten la experiencia.

* En cuanto al Lugar

La escogencia del lugar de realización del Seminario-Taller, obliga a tener en cuenta los siguientes puntos:

- . Tipo de experiencia a presentar
- . Objetivo del evento
- . Accesibilidad para la asistencia de participantes, donde se concentra la mayor parte de las personas.
- . Número de entidades participantes y procedencia
- . Costos

Como una recomendación para estos Talleres, siempre se utilizarán ayudas audiovisuales y se mostrarán materiales elaborados.

3. Centro de Documentación

Los Centros y Unidades de documentación darían un gran apoyo a la Educación Continua, ya que permiten la actualización permanente del personal a través de la revisión de libros y documentos. También responden a las solicitudes de los funcionarios que laboran en las Unidades Primarias de Atención, con el envío de artículos de interés, facilitando, además, la consulta por parte de voluntarios o de miembros de la comunidad.

Los Centros de Documentación deben constituirse en lugares de producción y difusión de información. La producción de material no tiene porque ser sofisticada y de un alto costo. Pueden usarse boletines elaborados en mimeógrafo, etc.

HAY QUE CREAR CONCIENCIA EN LOS FUNCIONARIOS PARA QUE RECONOZCAN QUE LA LECTURA Y LA CONSULTA EN CENTROS DE DOCUMENTACION NO ES UNA PERDIDA DE TIEMPO SINO, UNA DE LAS FORMAS DE PROFUNDIZAR CONOCIMIENTOS Y MANTENER INFORMADO Y ACTUALIZADO EL RECURSO HUMANO.

4. Otros Métodos y Técnicas

Existen otros métodos y técnicas para impartir la Educación Continua: Exposiciones, conferencias, trabajos de grupo, mesas redondas, estudios de casos, laboratorios, estudio dirigido, investigación.

La Educación Continua puede hacerse, además, en forma indirecta, para ello se utilizarán los boletines men-

suales en los que se incluirán espacios para preguntas y respuestas, las revistas, los libros y, en general, cualquier documento que permita la actualización del funcionario.

Estos temas no se tratarán aquí, por haber sido descritos en el capítulo de capacitación.

Otros Métodos para realizar la Educación Continua son los Seminarios-Talleres, cursos largos o cortos y dentro o fuera de la institución en que se labora.

RESUMEN

Algunos de los mejores métodos o técnicas para hacer la Educación Continua del Recurso Humano en la Atención Primaria, de acuerdo con la práctica de varios años, son en orden de prioridad:

1. Intercambio de Experiencias
2. Talleres Zonales
3. Educación a Distancia
4. Centros de Documentación
5. Otros.

8. Recursos y Organización de la Educación Continua

PREMISAS BASICAS

El diseño de un plan o programa de Educación Continua, debe considerar las siguientes premisas:

1. ¿A quién se dirige?

Es de suma importancia definir a quién se va a dirigir la capacitación o adiestramiento; si se va a encaminar a profesionales de una sola disciplina (Médicos, Enfermeras, Trabajadores Sociales y otros), o a profesionales de otras áreas en forma conjunta, grupos multidisciplinarios. A personal Técnico, Auxiliares de Enfermería, Promotores de Saneamiento o a Promotores de Salud, bien sea por disciplina o en grupos integrales, compuestos por representantes de diferentes profesiones.

Debe precisarse si se va a orientar a Equipos Multidisciplinarios o equipos de Atención Primaria, en los que participa desde la Promotora de Salud hasta el Médico o los Jefes de Programas de Organización de Salud, en forma conjunta.

Otro elemento fundamental en la determinación de los participantes es el factor experiencia, es decir, si se va a dirigir a personal con práctica en este tipo de trabajo o si es personal que por primera vez se va a desempeñar en el campo de la Atención Primaria en Salud.

Premisa Básica: Hay que partir del conocimiento del funcionario, complementar su capacitación, enseñar un tema nuevo o corregir desviaciones en la ejecución de la acción.

2. ¿Cuáles son los Objetivos?

No se puede empezar la capacitación o enseñanza sin antes pensar en qué se quiere lograr con este adiestramiento. Se ha visto, a través de la práctica, cómo los diferentes cursillos realizados en organismos de salud con el fin de mejorar la calidad del recurso humano, se hacen improductivos, por no tener una definición clara de lo que se pretendía, teniendo sólo la finalidad de dictarlos porque supuestamente se necesitan.

Premisa Básica:

Hay que pensar siempre: ¿Por qué?, ¿Para qué?
¿Se quieren refrescar conocimientos?
¿Enseñar temas nuevos?
¿Corregir desviaciones de la Capacitación?
¿Crear nuevos programas?
¿Qué se espera que hagan los funcionarios una vez terminado el adiestramiento?

Si queremos por ejemplo proponer la Educación Continua de los Promotores de Salud para el tratamiento de la diarrea, es porque hemos observado, en la Super-

visión, que ésta no se está controlando de acuerdo con normas y técnicas establecidas; hemos revisado su etapa de formación y se ha comprobado que se han enseñado estos temas, entonces el objetivo de esta Educación Continua será el de "refrescar conocimientos y corregir desviaciones de la Capacitación".

Al final lo que esperamos es que la Promotora aplique bien los tratamientos contra la diarrea, bien sean las sales rehidratantes o suero casero y que apoye esta actividad con la Educación en Salud, que imparta a la familia del paciente afectado. La efectividad del refrescamiento se valora luego con la Supervisión.

Esto mismo es válido para cualquiera de los contenidos educativos que pretendamos brindar.

Sólo el análisis o la definición de lo que se quiere lograr, permitirá a la Educación Continua desarrollarse en forma racional, a menor costo y con una mayor productividad y eficiencia.

Aquí, si pretendemos mejorar la calidad del recurso humano tendremos que saber que la Educación Continua se planeará a largo plazo y que a ella se deberán incorporar diferentes aspectos como son, por ejemplo: Técnicas de atención a pacientes, relaciones interpersonales, aspectos motivacionales, elementos médico-técnicos de Participación de la Comunidad y de mejoramiento del Saneamiento Ambiental, entre otros.

Esta educación será teórico-práctica y se aplicará en lo posible el método de aprender haciendo, apoyado por la Supervisión y complementada con dotación adecuada

de elementos necesarios para realizar la actividad para la cual se prepara al funcionario; procurando su seguimiento y asesoría permanentes, al igual que a los programas que realice.

3. ¿Quiénes van a constituir el Personal Docente?

Para la Educación Continua en Atención Primaria de Salud se requiere de la participación de diferentes tipos de personal, de acuerdo con la complejidad del tema a dictar y del nivel técnico o profesional de los educandos.

Así: La Educación que se imparte en la Supervisión debe estar a cargo del Supervisor. La Promotora de Salud generalmente la recibe de la Auxiliar de Enfermería y ésta a su vez, de la Enfermera. La Promotora también la recibe de otros profesionales, especialmente los del área social y de saneamiento.

El personal profesional la recibe del Equipo de Salud, cuando ingresa por primera vez al Servicio de Salud en los cursos denominados de inducción. Además deberá recibirla de los Equipos Supervisores.

Dentro del Sistema Nacional de Salud, como la Supervisión es jerárquica, está a cargo del personal del nivel inmediatamente superior, así la Unidad Primaria de Atención por parte de la Unidad Local, ésta de la Regional, la Regional de la Seccional y ésta a su vez del nivel Nacional.

Otros docentes podrán ser profesionales destacados de otras instituciones del mismo sector o de otros sectores. Así la Educación Continua puede estar apoyada por las Universidades y Centros de Investigación.

Premisa básica:

Para la Atención Primaria de Salud, es indispensable que el equipo docente esté integrado por representantes del área social, de Saneamiento Ambiental y Médico Técnico, como componentes fundamentales, ya que debe recordarse que las acciones preventivas y el trabajo comunitario no puede darse sin ellos y que las deficiencias más marcadas de la formación se encuentran precisamente en la Participación de la Comunidad, Educación en Salud, Saneamiento y su asociación con las acciones médico-técnicas como elementos integradores.

4. ¿Cómo programar la Educación Continua?

Para la programación de la Educación Continua, además de las enunciadas anteriormente, se deben considerar elementos tales como:

Determinación de Necesidades.

Se determinarán las necesidades básicas de enseñanza de acuerdo con lo detectado en la Supervisión, la aplicación de encuestas y la información recogida del equipo multidisciplinario de Salud, la creación de nuevos programas y los intereses propios de los funcionarios.

Priorización: Es importante hacer un análisis de toda la información recogida y determinar prioridades en los temas a tratar, considerando la urgencia de su aplicación, el número de solicitantes o la implicación que tenga.

Planeación de la Actividad.

Una vez escogidos los temas, se distribuirán en tiempo a lo largo del año. Es mejor no combinar diferentes temas, o saltar de un tema a otro. Se logra más eficacia cuando en un período de tiempo determinado se enseña o trata un solo tema.

Al tratar el tema, debe recordarse que no sólo es la charla magistral, sino que es necesario utilizar diferentes técnicas, hasta que el tema quede aprendido claramente.

A través de Sociodramas, Seminarios, Talleres o Estudios de caso, se pueden establecer los puntos críticos en la ejecución de la acción, buscar en grupo las soluciones y corregir las desviaciones.

Además se debe tener un equipo de docentes o por lo menos una persona responsable de la coordinación y organización de estas actividades.

Elaboración de Contenidos.

Como ya se ha dicho, los contenidos deberán basarse en las necesidades detectadas. Para Atención Primaria se dará especial atención a:

- * Patologías de mayor ocurrencia en la región.
- * Prevención de enfermedades.
- * Promoción de Salud.
- * Participación de la Comunidad.
- * Saneamiento Ambiental.

De acuerdo con las investigaciones realizadas a los Promotores de Salud, se sugieren tratar, entre otros, temas como, diarrea, hipertensión, amebiasis, paludismo, parasitosis, fiebre, gripa, dolor de cabeza.

PREMISAS BASICAS

RESUMEN

Al diseñar un programa de Educación Continua tenga en cuenta:

- * Parta de los conocimientos que tiene el funcionario, complete su capacitación, enséñele un tema nuevo o corrija desviaciones en la ejecución de una actividad.
- * Piense siempre:
¿Por qué?
¿Para qué?
¿Se quieren refrescar conocimientos?
¿Enseñar temas nuevos?
¿Corregir desviaciones del aprendizaje?
¿Crear nuevos programas?
¿Que se espera que hagan los funcionarios una vez terminen su adiestramiento?
- * Favorezca la participación de equipos multidisciplinarios en las experiencias o cursos que se dicten o lleven a cabo.
- * La relación de contenidos de aprendizaje deben estar acordes con las necesidades, en primera instancia, de la comunidad, en segunda, de la institución y en tercer lugar corresponder a necesidades de un grupo y finalmente apuntar a necesidades individuales.

RECURSOS

El responsable de la programación de la Educación Continua, deberá tener presente el hecho de que este tipo de programas implica gastos, entre los cuales valdría la pena mencionar:

- a. Cursillos fuera de la institución, tiene un costo más elevado por cuanto implica el pago de viáticos o comisiones de estudio.
- b. Si se decide hacer Educación a distancia con instrucción programada, debe tenerse en cuenta que estos implica gastos más elevados en papelería, diseño de modelos educativos, transporte y desplazamiento de tutores.
- c. Cuando se programan Seminarios y Talleres, debe contarse con un lugar o salón donde realizar la actividad, material escrito, viáticos para desplazamientos de personal docente y asistencia a otros.

En este rubro es de gran importancia considerar la posibilidad de contar con un Centro destinado para la capacitación del personal y la Educación Continua, que cuente con elementos básicos como son: Proyector de diapositivas, retroproyectores, papelógrafo y otros.

EJECUCION

Cuando se tenga todo programado se procederá a ejecutar las actividades de Educación Continua, con los métodos y técnicas seleccionados y el lugar escogido.

Una vez se ha capacitado a los funcionarios, deberán asignarse tareas de acuerdo con lo enseñado. Se verificará su aplicación por medio del seguimiento que se haga de las acciones ejecutadas para corroborar la eficacia de la Educación Continua impartida.

9. Evaluación y Seguimiento de la Educación Continua

SEGUIMIENTO

Todo curso o experiencia de Educación Continua que se realice, debe tener al finalizar el período de aprendizaje teórico, una parte de reforzamiento en la práctica, si se quiere que el conocimiento aprendido sea perdurable y la Educación Continua reporte algún beneficio tanto para el funcionario que la recibió, la Institución oferente, como para la comunidad demandante de Servicios de Salud de buena calidad.

Al finalizar cada curso o experiencia educativa, se asignarán tareas a un funcionario o grupos de funcionarios para que sean cumplidas en el lugar de trabajo.

Las tareas a realizar serán en un comienzo concretas y enmarcadas dentro del corto plazo, luego y según el avance de la actividad se irán aumentando en complejidad.

A continuación se citarán algunos ejemplos:

- * Cuando se dicta a un grupo multidisciplinario (nivel local) un cursillo de Educación Continua sobre el tema de inmunizaciones y los subtemas tratados han sido: aspectos conceptuales, estrategia de canalización, análisis de cobertura, vigilancia epidemiológica de las enfermedades trazadoras (polio, tétanos, sarampión), entre otros, las tareas serán:

- Replicar el curso para que los funcionarios que no pudieron asistir, se actualicen.
- Revisar las coberturas de vacunación de su unidad local, verificando cuál es el porcentaje de cumplimiento, si corresponde lo alcanzado hasta el momento con período de tiempo en que se está haciendo la revisión.

Verificar si al final del año se pueden alcanzar coberturas del 100%, o por lo menos útiles (+ de 80%) y si no, tomar medidas correctivas.

Esto debe hacerse con cada uno de los biológicos que ofrece el programa.

- Aplicar la estrategia de canalización (seguimiento de cada familia, para mantener al día la vacunación de cada uno de los niños que la compone), si ésta no se está llevando a cabo.
- Comenzar a fortalecer la vigilancia epidemiológica del polio, sarampión y tétanos (sin descuidar las otras enfermedades), determinar el número de casos presentados por grupo de edad, lugar de ocurrencia, contactos de los enfermos, inves-

tigación de campo, vacunación de bloqueo, recolección de muestras, cuando así se requiera, registro y notificación de casos.

- Comenzar o fortalecer la promoción del programa y la Educación en Salud dirigida a la comunidad, aunque dando más orientación a la familia. Utilizar los diferentes medios de que se disponga, la estrategia de canalización es un buen ejemplo. Buscar apoyo de otras Instituciones.
- Fomentar la participación de la comunidad tanto en la vigilancia epidemiológica (informe de casos sospechosos, vacunación de bloqueo) como en el programa en sí, contribuyendo con su asistencia masiva a estos programas. Se buscó para ello estrategias de participación comunitaria.

Como puede observarse, las tareas originadas por la actividad de Educación Continua con muchas y requiere, para su aplicación, de la motivación, supervisión y seguimiento que se da al personal una vez capacitado.

LA MEJOR FORMA DE HACER ESTE SEGUIMIENTO DE LA EDUCACION CONTINUA ES LA SUPERVISION, que debe ser un proceso permanente.

Estas tareas se enmarcarán inicialmente en el corto plazo y luego pasarán a ser una actividad permanente, por esto la educación se hará a través de una acción permanente, como es la Supervisión.

* Si se ha dictado un cursillo y se ha contenido una experiencia en Educación en Salud, para el tema de elaboración de materiales educativos con participación de la comunidad, las tareas serán:

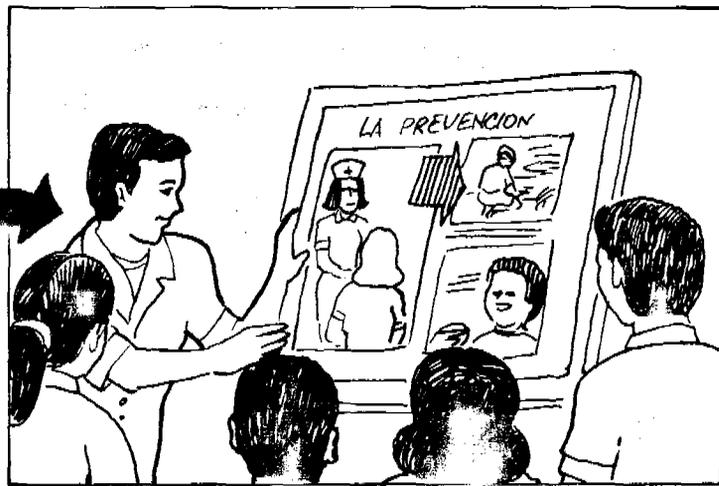
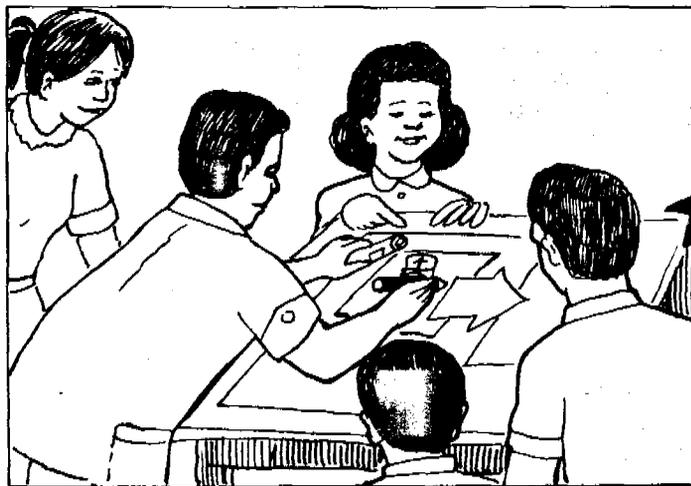
- Replicar el cursillo y conectar la experiencia para aquellos que no hayan podido asistir.
- Elaborar carteleras sobre los temas a dictar en un Centro o Puesto de Salud y que deseen, se expongan allí para información del público, estas carteleras se elaborarán sólo gráficamente, sin letras. Una vez se tengan, se reunirán varias personas de la comunidad, o se visitarán varias casas escogidas al azar. Se presentarán a las personas y se pedirá que expliquen lo que entienden del men-

saje que se transmite y lo que quiere decir cada dibujo.

De esta forma, se podrá saber si la cartelera es apropiada y se ajustará de acuerdo con las explicaciones y sugerencias de la comunidad. Luego, si se quiere, se pondrán algunos mensajes escritos procurando que sean mínimos.

Utilizando esta metodología, podremos dar Educación en Salud a la comunidad, redundando, además, en beneficio de lo que la apliquen. La comunidad captará mucho más el mensaje ya que ha participado en su elaboración.

Esta actividad se enmarcará dentro del corto plazo, pero será necesario repetirla varias veces al año



para poder hacer un cambio permanente de los mensajes educativos.

- Si lo que se quiere es elaborar folletos, volantes o cartillas con la comunidad, debe tenerse en cuenta que esto hace parte de un proceso largo y requiere de la participación de la comunidad organizada en discusiones permanentes con la comunidad, en las que según el tema, por ejemplo tuberculosis, la gente manifieste lo que entiende por esta enfermedad, sus tradiciones, creencias, arraigos culturales, etc. Poco a poco se va llevando a las personas a entender lo que es la enfermedad, las causas que la producen y lo que pueden hacer para prevenirla y tratarla. Cuando se ha llegado a este punto, se inicia la elaboración del material en el que las personas (participan) haciendo dibujos y produciendo los textos, que luego serán probados con la comunidad.

Este proceso permite la educación en salud con participación de la comunidad (investigación-Acción Participativa) así como la educación continua de los funcionarios que participen en el proceso.

Para una mayor ilustración se recomienda consultar el Manual de Educación en Salud.

La aplicación de la Educación Continua requiere también del SEGUIMIENTO QUE SE DE A TRAVES DE LA SUPERVISION, de la motivación, asesoría permanente y apoyo a los funcionarios, así como del suministro de los materiales que hagan necesarios.

EVALUACION

La estimación o medición del proceso de Educación Continua, es indispensable para conocer el rendimiento de una actividad, pudiendo establecer así la relación entre la inversión del gasto y el producto obtenido.

La evaluación es una exigencia para toda Institución que procura mejorar la preparación de su personal, para conseguir finalmente una mejor atención a la comunidad usuaria.

La evaluación tendrá en cuenta:

- * Con relación a la Organización -- Planeación -- Programación:

¿Se cumplieron los objetivos o metas propuestas?
¿Los recursos humanos, físicos, materiales, económicos fueron eficaces? ¿Oportunos?
¿Se cumplieron las actividades propuestas en el tiempo previsto?
¿Cuántas personas de la Institución se beneficiaron?
¿Se logró establecer un orden en el desarrollo de los temas tratados?

- * Con relación del aprendizaje:

¿Se lograron los objetivos propuestos?
¿Como fue la participación de los docentes?
¿La metodología y técnicas utilizadas fueron las más apropiadas?
¿Hubo necesidad de complementar la parte práctica con la teórica?

¿Cómo se realizó la práctica?

¿En algunos casos se aplicaron pre-test y post-test para verificar cambios en los conocimientos adquiridos?

¿Los conocimientos adquiridos permitieron alguna aplicación?

* Con relación a la aplicación práctica:

¿Se asignaron tareas?

¿Se realizó Supervisión para seguimiento de la aplicación?

¿Las actividades resultantes se estaban haciendo, de acuerdo con los conocimientos impartidos en la Educación Continua?

* Para toda la evaluación se tendrán muy en cuenta las experiencias positivas o negativas alcanzadas, que favorecerán posteriormente su réplica o ajustes correspondientes.

El tiempo para establecer la evaluación estará acorde con lo que se requiere evaluar, así:

- Si se trata de todo el proceso, plan o programación general de la Institución, se podrá realizar cada tres o seis meses.

- Si se trata de una actividad específica, se realizará inmediatamente (un cursillo o experiencia).

- Si se relaciona con la totalidad de un tema expuesto, se podrá hacer cuando éste termine. Su duración puede variar.

- La evaluación de la aplicación práctica se puede hacer permanentemente a través de la Supervisión, complementada por cortes en diferentes períodos.

El medir el impacto obliga a la definición de indicadores y su medición en la comunidad resulta un poco compleja. Sin embargo, se pueden observar los resultados de la aplicación de un buen programa, teniendo en cuenta la disminución de casos de una determinada enfermedad. La mayor afluencia del público a los programas nuevos o establecidos (preventivos).

También se pueden aplicar encuestas a la comunidad, para poder conocer por este medio si la actividad de los oferentes de los servicios ha variado o si se ha mejorado la educación en salud. Esto también se puede lograr utilizando la investigación-acción participativa. (ver Manual de Participación de la Comunidad).

10. Recomendaciones

Para que la Educación Continua sea un proceso productivo, se requiere de:

1. Planeación y Programación, basada en objetivos claros con las necesidades de la comunidad y los requerimientos de la Institución y de los funcionarios.
2. La Educación Continua debe procurar la capacitación de equipos multidisciplinares de Salud. La Atención Primaria de Salud es fruto del trabajo compartido, coordinado, en la que la experiencia de cada funcionario es valiosa, llámese médico o promotor de salud.
3. Para que la Educación Continua contribuya con el mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios ha de incorporar dentro de su temática además de los aspectos técnicos, aquellos relacionados con el desarrollo humano.
4. La participación de un equipo docente motivado y creativo es indispensable en los procesos de Educación Continua.
5. La Educación Continua requiere de una organización y estabilidad en el tratamiento de los contenidos.

Se debe procurar no saltar indistintamente de un tema a otro (hoy paludismo - mañana tuberculosis y

luego diarrea, etc.); hay que dar un orden en la enseñanza, procurar la asimilación y práctica de un tema y luego pasar a otro, aunque esto implique la restricción a unos pocos contenidos durante el año.

6. Ha de procurarse que todo cursillo o conocimiento de una experiencia tenga una aplicación práctica (asignación de tareas).
7. EL SEGUIMIENTO que se da a la aplicación práctica de los contenidos educativos, es fundamental y ésta sólo puede cumplirse a través de la SUPERVISION.
8. La Supervisión entendida como asesoría-apoyo y enseñanza-aprendizaje entre el supervisor y el supervisado, es otra de las formas de impartir la Educación Continua.
9. La Educación Continua constituye una de las formas ideales de complementar o llenar vacíos detectados en la formación básica curricular (formación Universitaria o Técnica) de un funcionario.
10. La evaluación no debe faltar en ningún proceso de la Educación Continua, dado que permite conocer el avance de los planes o programas trazados y hacer los ajustes correspondientes para lograr los objetivos establecidos inicialmente.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ C. Augusto.** La Administración de Personal, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Departamento de Publicaciones, Primera Edición 1981.
- ARCE Quejada,** Programa de Atención Primaria de Salud del Chocó, Programa Rural de Salud. Convenio Colombo-Holandés, Quibdó, Chocó.
- BURBY, R.J.** Supervisión de Personal, Instrucción Programada, Fondo Educativo Interamericano S.A., Estado Unidos de América, 1969.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS EN DESARROLLO - CIMDER,** Programa de Atención Primaria en Salud, Servicio Seccional de Salud de Chocó - Cali, Colombia 1980.
- CONFERENCIA de ALMA-ATA,** sobre Atención Primaria en Salud. Crónica de la O.M.S., 32: 445-468 (1978).
- CONVENIO COLOMBO-HOLANDES,** Encuentro de Capacitación de Promotores Rurales de Salud; Informe - Bogotá, Colombia 1982.
- CONVENIO COLOMBO-HOLANDES,** Informes de Evaluación, Bogotá, Colombia 1980 - 1981 - 1983 - 1985.
- CONVENIO COLOMBO-HOLANDES,** Seminario de Supervisión para Enfermeras. Bogotá, Colombia 1981.
- CONVENIO COLOMBO-HOLANDES,** Experiencias en Atención Primaria. Bogotá, 1981.
- ECKELS, Carmichael Sarchet,** Serie de Administración de Negocios. Administración Curso para Supervisores, Editorial Limusa, México 1978.
- FERIA Alfredo y Otros,** Evaluación del V Curso de Promotores de Salud. Servicio Seccional de Salud del Guaviare, 1985.
- FERRARA Acebal Papinini y Otros.** Medicina de la Comunidad, Centro Regional de Ayuda Técnica, Agencia para el Desarrollo Internacional A.I.D., México - Buenos Aires. Editorial Intermédica Buenos Aires, pp. 179-188, 1972.
- GRULLON V. José J.** Educación para la Salud. Introducción a la Tecnología Educativa. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. División de Recursos Humanos, Santo Domingo, República Dominicana, Tomo II, p. 64-67.
- HERNANDEZ Puy F.** Análisis de Tareas. Editorial Limusa, México, 1976.
- INFANTE,** de Gallegos Nubia. Análisis Ocupacional del Promotor de Salud, Convenio Colombo-Holandés, Bogotá, 1981.
- LISTER, R. Bitler.** Lo que todo Supervisor debe Saber. Segunda Edición, libros Mc. Graw Hill de México S.A. de C.V., 1979.
- MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA,** Guía Programática para la Capacitación de Promotores de Salud, Dirección de Recursos Humanos, División de Capacitación, 1983.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, Modelo Normativo para la Unidad Operativa Local. Volumen V Noviembre 1976.

OPS-OMS. Educación Continua, Guía para la Organización de Programas de Educación Continua para el Personal de Salud. 1978.

OPS-OMS, F.M. KATZ. Pautas para la Evaluación de Programas de Capacitación de Personal de Salud. Publicación Científica No. 415, 1981.

ROCUTS Klifford Federico y TOBON Nibbles Carlos. Ajustes Requeridos en el Proceso de Extensión de Coberturas con Servicios Básicos de Salud en el País (Atención Primaria) Areas Críticas. Ministerio de Salud - Bogotá, Colombia (Documento de Trabajo), Diciembre de 1981.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL CHOCO, Convenio Colombo-Holandés. Evaluación Interna, 1985.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL GUAVIARE, Convenio Colombo-Holandés. Evaluación Interna, 1985.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VAUPES, Convenio Colombo-Holandés. Evaluación Interna, 1985.

TREJOS Zoraida. Evaluación de las Actividades Ejecutadas por el Promotor de Salud con Relación a su Formación Básica para las Areas del Convenio Colombo-Holandés. Bogotá, Colombia, 1988.

UNIDAD REGIONAL DE SALUD DE URABA, Convenio Colombo-Holandés. Evaluación Interna, 1985.

VILLAFRADEZ Elsa. Programa de Supervisión en Atención Primaria para las Cuatro Areas del Convenio Colombo-Holandés, Chocó, Urabá, Vaupés y Guaviare, (Documento de Trabajo). Convenio Colombo-Holandés, Bogotá, Colombia, 1982.