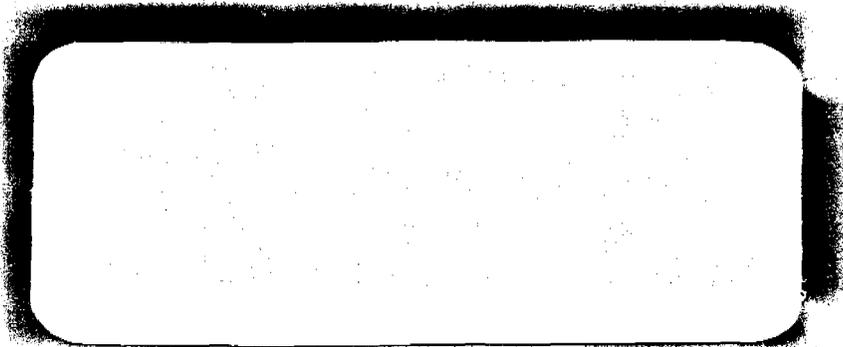


CHS

827
CO.UR 85

Convenio Colombo Holandés



**Programa de Atención
Primaria en Salud**

827 COUR
85 4103

CONVENIO COLOMBO HOLANDES

EVALUACION INTERNA

U R A B A

LIBRARY, INTERNATIONAL REFERENCE
CENTRE FOR COMMUNITY WATER SUPPLY
AND SANITATION (IIRC)

P.O. Box 93190, 2509 AD The Hague

Tel. (070) 814911 ext. 141/142

RN:

ish 4103

LO:

827

CO.UR 85

1 9 8 5

I N D I C E

PRIMERA PARTE

EVALUACION INSTITUCIONAL..... 1

SEGUNDA PARTE

EVALUACION COMUNITARIA 225

PRIMERA PARTE

EVALUACION INSTITUCIONAL

INTRODUCCION		1
CAPITULO PRIMERO	: ASPECTOS GENERALES	3
CAPITULO SEGUNDO	: INFRAESTRUCTURA, DOTACION Y SUMINISTROS.	25
CAPITULO TERCERO	: ATENCION A LAS PERSONAS	46
CAPITULO CUARTO	: CAPACTIACION, SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA	82
CAPITULO QUINTO	: SANEAMIENTO BASICO	135
CAPITULO SEXTO	: EDUCACION EN SALUD	166
CAPITULO SEPTIMO	: PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD	188
CAPITULO OCTAVO	: COSTOS	205

I N T R O D U C C I O N

Desde 1979, la Regional de Urabá y el Convenio Colombo Holandés, se han propuesto implementar la Estrategia de Atención Primaria en esta Regional, buscando ofrecer servicios de salud a la población rural de la zona, con énfasis a la de pequeños agricultores, colonos y jornaleros.

Durante estos años se han realizado dos Evaluaciones Bilateriales, que han servido para reorientar las acciones.

Nos proponemos mostrar el desarrollo de los Componentes durante estos años y del Proyecto en su conjunto.

La Evaluación Interna tiene dos partes : Una Institucional que presenta los datos siguiendo el esquema de "Estructurar, Proceso y Producto" , cubriendo el período 1980 - 1984, con algunos datos de 1985; la segunda parte es la Evaluación Comunitaria, que se ha realizado en forma participativa, mostrando la opinión de las Comunidades acerca de la oferta de servicios.

Los datos corresponden a aspectos generales y datos obtenidos por una muestra constituida sobre tres de las cinco zonas de trabajo (Bajirá , San José, Arboletes).

Los objetivos principales de la Evaluación Interna son : Facilitar la labor de los Evaluadores Externos y permitir a la Regional el análisis de lo realizado hasta el momento, para reflexionar sobre el futuro de la Atención Primaria .

Este trabajo ha sido elaborado por el personal de la Regional y del -
Convenio en Urabá, complementado por la Oficina de Coordinación en -
Bogotá.

C A P I T U L O P R I M E R O

A S P E C T O S G E N E R A L E S

I. DESCRIPCION DEL AREA

La Zona de Urabá se ubica en la Zona Nor-Occidental del Departamento de Antioquia, a orillas del Golfo de Urabá y en límites con la parte Norte del Departamento del Chocó.

Su clima es húmedo con una temperatura promedio de 30°C. Se pueden distinguir dos grandes zonas según las características de explotación de la tierra, la zona de agroindustria (zona bananera) y la zona de colonización. Hacia ésta última están dedicados los esfuerzos del Programa del Convenio.

La población total de la región se estima en 240.000 habitantes. Los principales núcleos urbanos son : Apartadó, Turbo, Necoclí, Arboletes y Mutatá, el primero de los cuales tiene cerca de 80.000 habitantes. Los colonos han llegado en su mayoría del Departamento de Antioquia y de otros Departamentos de la Costa, especialmente de Córdoba.

La explotación ganadera es la base de la economía en Arboletes, Necoclí y San Pedro de Urabá, mientras que la agricultura lo es en San José de Apartadó y Bajirá (Mutatá).

La población rural es bastante dispersa y goza de pocos servicios; el analfabetismo es alto y la situación de salud es precaria especialmente por la alta tasa de Paludismo.

La principal vía de comunicación es la terrestre representada por dos carreteras principales y muchas carreteables y vías de penetración - que se vuelven intransitables en el invierno.

Las Instituciones con mayor presencia en la región son : La Corporación de Desarrollo de Urabá (CORPOURABA), la Regional de Salud y los Organismos del Sector Educativo.

II. PROYECTO DEL CONVENIO

El 1979, el Servicio Seccional de Salud de Antioquia y la Corporación de Desarrollo de Urabá (CORPOURABA), elaboraron una propuesta contenida en el Documento "Plan de Atención Primaria en Salud para la Región de Urabá", que serviría para obtener el máximo aprovechamiento de la Infraestructura que se estaba construyendo con la Cooperación Financiera de Holanda.

La Propuesta fue aprobada y el Proyecto para los años 1981 y 1982 fue como aparece en las siguientes páginas.

- Nombre del Proyecto** : Plan de Atención Primaria en Salud para la Región - de Urabá.
- Entidad Ejecutora** : Servicio Seccional de Salud de Antioquia - Ministerio de Salud.
- Duración** : Dos años
- Aporte Holandés** : Fls. 650.000
- Contrapartida Nacional** : Col. \$ 11'473.528
- Objetivos** :
1. Mejorar los servicios de prevención y curación en esta zona.
 2. Dar cobertura a las comunidades seleccionadas (Ver Proyecto) en cuanto a suministros de agua, disposición de excretas y atención en salud.
 3. Fomentar la participación activa de las comunidades en los programas como parte de solución a sus problemas de salud.
- Metodología** : Esta orientada a buscar la participación de la Comunidad y de otras entidades para desarrollar el Proyecto, especialmente el Programa PAAI.
- En una primera etapa se contempla el mejoramiento del diagnóstico a nivel regional para llevarlo a las comunidades seleccionadas, la promoción y

divulgación de las actividades del Proyecto dentro de la Comunidad, capacitación del personal que tendrá a su cargo la ejecución de las labores por medio del SENA seccional de Antioquia en Apartadó.

En la segunda etapa se pondrán en marcha las acciones específicas de salud y saneamiento ambiental, evaluación de los efectos del Plan sobre los índices de morbilidad y mortalidad infantil principalmente.

La familia se considerará como la unidad básica de salud por cada 25 familias habrá un líder dentro de la comunidad.

El Proyecto se desarrollará en los municipios de : Apartadó, Chigorodó, Turbo y Mutatá.

Descripción de los Com
ponentes del Proyecto :

- Capacitación. Incluye el adiestramiento de auxiliares de enfermería y de promotores rurales de salud.
- Dotación. Comprende la adquisición de un vehículo de transporte.
- Apoyo de la Infraestructura. Comprende saneamiento ambiental, para los cuatro municipios comprendidos en el Proyecto en aspectos de disposición de excretas, desinfección de aguas y

apoyo para la ampliación y construcción de Pues
tos de Salud.

- Personal; Incluye un coordinador local para -
las labores de coordinación.

Presupuesto :

(Ver Anexo)

PRESUPUESTO ESTIMADO PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA

1. Transporte

1 Vehículo	\$ 600.000
20 Semovientes (30.000 x 20)	600.000
Aperos	<u>200.000</u>
	\$1'400.000

2. Capacitación

a. 17 auxiliares de enfermería (6 meses x 4.500 x 15)	459.000
1 mes alojamiento, alimentación transporte	194.000 14.000
b. 60 Promotoras Sociales Alojamiento y alimentación 60 (200+ 180)= dfa x 90 dfas	2'000.000
c. Gastos de desplazamiento de Promotoras y auxi liares.	<u>120.000</u>
T O T A L	\$ 2'787.000

3. Dotación de materiales con sus implementos
para promotoras.

(50 x 20.000)	<u>1'000.000</u>
---------------	------------------

4. Micropuestos

10 x 40.000	<u>400.000</u>
-------------	----------------

5. Drogas y materiales de consumo	<u>100.000</u>
-----------------------------------	----------------

6. Saneamiento	<u>8.913.000</u>
----------------	------------------

7 Promoción Social
Total Programa

\$. 400.000
\$15'000.000

R E S U M E N

Transporte	1'400.000	9	%
Capacitación	2'787.000	18	%
Dotación Promotoras	1'000.000	6	%
Micropuestos	400.000	2.6	%
Drogas y Materiales de Consumo	100.000	1.0	%
Saneamiento	8'913.000	59.0	%
Promoción Social	400.000	2.6	%
T O T A L	<u>15'000.000</u>	<u>100.</u>	<u>%</u>
*****	*****	*****	*****

A finales de 1980 y como Propuesta de CORPOURABA se distribuyó la partida de Saneamiento, destinándola a la construcción del Puesto de Salud de San José de Apartadó y los acueductos del mismo San José, Santa Fé de las Platas y Santa Catalina.

Para 1981 el Servicio de Salud de Antioquia y la Regional de Urabá, se interesaron mas en el Proyecto y asumieron su coordinación real, que antes era responsabilidad de CORPOURABA.

Para el bienio 1982 - 1983, se ampliaron las acciones en Saneamiento y se comenzó a trabajar en Participación de la Comunidad y Educación en Salud.

Los lineamientos políticos principales y el Presupuesto fueron :

- * Organizar un Equipo Coordinador Multidisciplinario
- * Buscar un mejor apoyo del Nivel Seccional y Regional
- * Trabajar en Participación Comunitaria, conjuntamente con CORPOURABA
- * Desarrollar la Supervisión y Educación Continua al personal
- * Tener un recurso humano idóneo, que se dedique al trabajo con la Comunidad y al apoyo a los Promotores de Salud.
- * Impulsar el Programa de Saneamiento Básico utilizando criterios e implementos de Tecnología Apropiada.
- * Concentrar acciones en las cinco áreas del Proyecto (Arboletes, San Pedro, San José, Bajirá y Necoclí).

PROGRAMACION 82 / 83	HOLANDA	COLOMBIA	HOLANDA	COLOMBIA
	1982	1982	1983	1983
CAPACITACION				
1.5. Promotores de Salud				
1.5.1. Capacitación	1'900.000			4'000.000
1.5.2. Educación Continuada	360.000		250.000	250.000
1.6. Auxiliares de Enfermería				
1.6.2. Educación Continuada	30.000	120.000	30.000	80.000
1.7. Promotores de Saneamiento				
1.7.2. Educación continuada	30.000	30.000		
1.8. Materiales Educativos	500.000		200.000	
1.9. Profesionales				
1.9.1. Taller Seminario sobre A.Prémario	300.000	300.000	390.000	390.000
1.9.2. Seminario de Inducción	40.000	75.000	60.000	100.000
TOTAL CAPACITACION	3'160.000	525.000	930.000	4'820.000
SUMINISTROS Y DOTACION				
2. Dotación Puestos de Salud	1'650.000	500.000	150.000	
5. Equipo promotores de salud	50.000			
6. Equipo transporte automotor	1'200.000	800.000		1'040.000
8. Equipo Transporte promotor social	160.000	50.000		50.000
TOTAL SUMINISTROS Y DOTACION	3'060.000	1'350.000	150.000	1'090.000
REESTRUCTURA				
1. Remodelación Puesto de Salud	1'000.000	500.000		500.000
INFRAESTRUCTURA	1'000.000	500.000		500.000
PERSONAL TECNICO				
1. Profesional holandés (Médico)	3'000.000		3'000.000	
3. Promotor Social	540.000		700.000	
4. Promotor de Saneamiento	540.000			700.000
PERSONAL TECNICO	4'080.000		3'700.000	700.000
COORDINACION				
2. Reuniones de programación y evaluación	175.000		225.000	
3. Visitas de observación		120.000		160.000
COORDINACION	175.000	120.000	225.000	160.000
SANEAMIENTO AMBIENTAL				
1. Construcción Taller Sanitario			1'500.000	
2. Unidades sanitarias /5	1'000.000		500.000	600.000
SANEAMIENTO AMBIENTAL	1'000.000		2'000.000	600.000
PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD				
1. Material Educativo	200.000			
2. Capacitación de líderes y parteras	300.000		300.000	
3. Estudio "diagnóstico participativo"	300.000	100.000		
4. Fondo para comunidad	1'000.000			
PARTICIPACION COMUNIDAD	1'800.000	100.000	300.000	
TOTAL 82 / 83	14'275.000	2'595.000	7'305.000	7'870.000

Durante este período es notable el apoyo de la Regional y el Servicio Seccional, que se manifiesta en la organización de la Escuela de Auxiliares de Enfermería en Apartadó, la ubicación de Auxiliares de Enfermería en las Sedes de UPA, el inicio de actividades en Supervisión y Educación Continuada y el impulso a las acciones en Saneamiento Básico Rural.

La coordinación con el Programa CORPOURABA/PAAI, permitió dar impulso a las acciones en Participación de la Comunidad, realizándose Seminarios Operacionales en San José de Apartadó, San Pedro de Urabá y Arboletes. También se realizaron obras de Saneamiento en Veredas de San José, financiadas conjuntamente.

Al finalizar este período se podía observar que la Regional de Urabá, tenía un ritmo sostenido en la implantación de la Estrategia de Atención Primaria, lo cual hacía suponer que se podría alcanzar la Fase de Consolidación a finales de 1985; por esta razón se determinó que el bienio 1984 - 1985 sería el último del Proyecto.

Los lineamientos generales y el presupuesto para 1984 - 1985 fueron :

- * Organizar el Grupo Multidisciplinario de Atención Primaria a Nivel Regional.
 - * Dar más énfasis a la Región de Arboletes
- Según las observaciones de la Misión de Evaluación, el trabajo que ejecutan los Promotores de Salud, está débil en aspectos de Atención a Personas y organización de su trabajo, por eso se debe organizar y profundizar el Sistema de Supervisión y Educación Continuada en esta zona y organizar cada UPA.

- * Las UPAS de San Pedro y Bajirá deben ser desarrolladas mejor y atendidas mas frecuentemente por la Unidad Regional de Apartadó.
- * La capacitación de Promotores Rurales de Salud se debe seguir adaptando a la problemática encontrada en la zona al nivel de los Promotores.
- * Se seguirá con el Programa de Saneamiento Básico Rural, aumentando las coberturas en la zona de Arboletes y la UPA de San Pedro, buscando soluciones sencillas y adecuadas para Agua Potable y Disposición de Excretas.

Se buscará en este trabajo la Participación de la Comunidad y combinará la ejecución con Educación en Salud, por eso se incluirá en estas obras los Promotores Sociales y los de Salud.

- * En Participación de la Comunidad se dará seguimiento al trabajo con las comunidades que participaron en los Seminarios Operacionales de Arboletes, San Pedro y San José de Apartadó y se trabajará en una forma preparatoria en las demás UPAS de Arboletes; además se apoyarán las obras de Saneamiento y se profundizará el proceso de selección de los Promotores. La vinculación de dos Promotoras Sociales fuera de la Trabajadora Social del Servicio, es indispensable; con éstos recursos se puede lograr una buena cobertura en Participación de la Comunidad y se podrá asesorar el trabajo de los Promotores de Salud con sus comunidades en aspectos educativos y de comunicación.
- * La Educación en Salud a nivel básico debe ser desarrollada también con amplia participación de la comunidad, tanto en la programación como en la elaboración de materiales.
- * A finales de 1983 se vinculó al Programa una Enfermera, como Asesora ella puede dar un apoyo específico en los aspectos de Capacitación, Supervisión y Educación Continuada y además impulsar el desarrollo de los Programas de Atención Primaria en una forma integral .

U R A B A

A C T I V I D A D E S

1984

1985

CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUADA1.5. Promotores Rurales de Salud

1.5.1. Capacitación

\$ 400.000

1.10. Asesoría

400.000

SUBTOTAL I

800.000

\$ 500.000

SUMINISTROS Y DOTACION

2.1. Dotación Puestos de Salud

800.000

2.5. Equipo Transporte Promotores de Salud

200.000

2.7. Equipo Transporte Promotor Social

100.000

2.8. Equipo Transporte promotores de Saneamiento

200.000

SUBTOTAL II

1'300.000

500.000

PERSONAL TECNICO

4.1. Profesional Holandés

4.500.000

4.3. Promotores Sociales

2'000.000

SUBTOTAL III

6'500.000

7'500.000

SANEAMIENTO

6.8. Disposición de Excretas

400.000

6.9. Abastos de Agua

2'000.000

6,12. Estudios y Asesoría

700.000

6.13. Tratamiento de Agua

300.000

SUBTOTAL IV

3'400.000

3'000.000

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

8.3. Investigación Participativa

500.000

SUBTOTAL V

500.000

600.000

EDUCACION EN SALUD

9.1. Materiales Educativos

400.000

9.2. Asesoría

400.000

SUBTOTAL VI

800.000

800.000

TOTAL I + II + III + IV + V

13'300.000

12'900.000

IMPREVISTOS

665.000

645.000

GRAN TOTAL

13'965.000

13'545.000

PRESUPUESTO URABA 1985

I. CAPACITACION, SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUADA		
1.5.2 y 1.6.2.	Educación Continua Promotores Rurales de Salud y Auxiliares de Enfermería	500.000
1.10	Asesoría	<u>500.000</u>
S U B T O T A L I		1'000.000
II. SUMINISTROS Y DOTACION		
2.5.	Dotación Promotores Rurales de Salud	<u>200.000</u>
S U B T O T A L II		200.000
IV. PERSONAL TECNICO		
4.1.	Profesional Holandés	5'290.000
4.3.	Promotores Sociales	<u>2'510.000</u>
S U B T O T A L IV		7'800.000
V. COORDINACION		
5.2.	Gastos Generales	<u>50.000</u>
S U B T O T A L V		50.000
VI. SANEAMIENTO		
6.9.	Abastos de Agua	2'000.000
6.12	Estudios y Asesoría	600.000
6.13	Tratamiento de Agua	<u>400.000</u>
S U B T O T A L VI		3'000.000

VIII. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

8.3. Investigación Participativa	<u>500.000</u>
SUBTOTAL VIII	500.000

IX EDUCACION EN SALUD

9.1. Materiales Educativos	400.000
9.2. Asesoría	<u>400.000</u>

SUBTOTAL IX	<u>800.000</u>
-------------	----------------

TOTALES + I + II + IV + V + VI _ VIII + IX	<u>13'350.000</u>
--	-------------------

IMPREVISTOS	195.000
-------------	---------

GRAN TOTAL =====	<u>13'545.000</u> =====
----------------------------	----------------------------

Durante 1984 la Unidad Local de Arboletes logró avanzar considerablemente. Se estableció un Programa de Atención a las Personas bien estructurado, con visitas médicas periódicas a los Puestos de Salud; la Supervisión y Educación Continua se hicieron mas regulares y frecuentes; se terminaron acueductos y se instalaron Sistemas de Disposición de Excretas en varias veredas; se concentró el trabajo de Participación de la Comunidad en las UPAS de El Carmelo y Las Platas; se pusieron en marcha acciones de Educación en Salud, a nivel de la Regional, se integraron mas las acciones de Saneamiento Ambiental y se dió inicio a un Programa de Control de la Malaria.

Durante 1985 la Escuela de Auxiliares de Enfermería, ha participado activamente en la Supervisión y Educación Continua del personal de Auxiliares y Promotores Rurales de Salud. Se ha continuado el trabajo conjunto con CORPOURABA/PAAI en la UPA de San José, con la construcción de otros Acueductos.

Se logró producir una Cartilla de Primeros Auxilios elaborada por la Comunidad de la Barrancuda (Arboletes).

III. LA REGIONAL DE URABA

A. ORGANISMOS DE SALUD

Para 1979 estaban funcionando :

El Hospital Regional de Urabá en Apartadó con 45 camas, el cual ofrece servicios especializados de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Ginecología.

Los Hospitales Locales de Chigorodó, Turbó, Arboletes y Mutatá.

Los Centros de Salud de San Pedro de Urabá y Necoclí.

Los Puestos de Salud de Carepa, Currulao, Pueblo Bello, El Totumo, Zapata, Pueblo Nuevo, San Juan de Urabá, Damaquiel, Candelaria, - Santa Catalina, Pavarandocito y Bajirá.

Durante 1981 se construyeron y dotaron los Puestos de Salud de San José de Apartadó, El Carmelo, Santa Fé de las Platas y el Puesto - de Salud urbano de Turbo (I.P.C.)

Durante 1984 se construyeron y dotaron los Puestos de Salud de Barranquillita y Bejuquillo y el Hospital de Necoclí. En 1985 se - construyó y dotó el Puesto de Salud de San José de Mulatos.

En 1979 no se habían organizado UPAS ni se tenían Promotores Rurales de Salud; algunos de los Puestos no tenían Auxiliar de Enfermería, pues era difícil conseguir este Recurso Humano.

La situación para 1985 es la siguiente :

Hospital Regional de Apartadó :

5 Hospitales Locales (Turbo, Necoclí, Chigorodó, Mutatá, Arboletes).

6 Centros de Salud

20 Puestos de Salud

10 UPAS Rurales con 51 Unidades de Cobertura, 3 de las cuales son - indígenas. Estas se distribuyen así :

UNIDAD LOCAL	UPA	U. C.
ARBOLETES	SAN JUAN	4
	DAMAQUIEL	3
	EL CARMELO	5
	LAS PLATAS	5
	ARBOLETES	2

<u>UNIDAD LOCAL</u>	<u>U P A</u>	<u>U . C .</u>
TURBO	SAN PEDRO	6
	SANTA CATALINA	6
MUTATA	BAJIRA	5
	MUTATA	2
NECOCLI	EL TOTUMO	3
APARTADO	SAN JOSE	8
CHIGORODO	CHIGORODO	2

También hay 1 UPA urbana en el Municipio de Turbo, con 5 Unidades de Cobertura.

2. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

La Unidad Regional de Urabá, como cabeza del sistema en Urabá, ejecuta las políticas trazadas por el Servicio de Salud de Antioquia y del Ministerio de Salud. Tiene su Sede en Apartadó y está integrada por cinco Unidades Locales.

La Regional tiene las Secciones de Atención Médica, Saneamiento Ambiental y Administración. Desde 1982 ha tenido un Grupo Gestor de Atención Primaria, encargado de orientar las acciones; este Grupo está integrado por el Jefe de la Regional, los Jefes de Sección, la Enfermera Seccional, el Coordinador de Vacunación, la Trabajadora Social y el Asesor Holandés; durante sus primeras etapas, contó con un Representante de CORPOURABA/PAAI, pero actualmente se participa ocasionalmente.

Desde finales de 1981 se organizó la Escuela de Auxiliares de Enfermería, la que funciona en Apartadó y está adscrita a la Unidad Regional.

La Unidad Local de Arboletes ha recibido mucho apoyo desde 1982, en parte por tener en su Jurisdicción un buen número de UPAS y Unidades de Cobertura y por las dificultades de comunicación con Apartadó. Desde finales de 1983 se comenzó a organizar el Grupo Gestor de Atención Primaria Local, integrado por el Médico Director, la Enfermera, los Profesionales de Bacteriología y Odontología y las Promotoras Sociales. Este Grupo ha jugado un papel muy importante en el avance logrado en los Programas de Atención Primaria.

Actualmente se ha venido implementando Grupos Gestores Locales en otras Unidades Locales de la Regional.

IV. LA POBLACION

La Regional de Urabá ha tenido un crecimiento poblacional acelerado, debido al desarrollo de la Agro-Industria y la Colonización. Posee Centros Urbanos muy poblados como Apartadó y Turbo, donde el Proyecto no tiene acciones.

El siguiente Cuadro muestra la población por Municipio para 1979 y 1984.

MUNICIPIO	CABECERA		AREA RURAL		T O T A L	
	1979*	1985**	1979*	1985**	1979*	1985**
APARTADO	31.110	58.775	5.030	4.752	36.140	63.530
ARBOLETES	10.104	6.567	18.983	30.526	29.087	37.093
CAREPA	-	1.986	-	7.021	-	9.007
CHIGORODO	6.843	7.614	16.325	12.154	23.168	19.768
MUTATA	1.274	2.442	6.819	7.724	8.093	10.146
NECOCLI	5.297	3.531	11.577	22.551	16.874	26.082
SAN PEDRO	2.798	4.828	11.245	15.125	14.043	19.953
TURBO	23.509	25.493	25.001	25.624	48.510	51.117
TOTAL	80.935	111.239	94.980	125.457	175.915	236.696

* FUENTE CORPOURABA

** FUENTE PLANEACION DEPARTAMENTAL, SERVICIO SECCIONAL DE ANTIOQUIA

Para 1984 la población rural corresponde al un 53% del total.

De acuerdo con los Censos realizados por los Promotores Rurales de Salud y los Auxiliares de Enfermería en Enero de 1985, la población atendida es como sigue :

GRUPOS DE EDAD MUNICIPIO	- 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	MUJERES 15 - 44	OTROS	TOTAL
	APARTADO	74	287	390	1.347
ARBOLETES	459	1.604	2.380	7.820	12.263
CHIGORODO	1	6	11	183	201
MUTATA	208	564	535	1.371	2.678
NECOCLI	35	147	180	640	1.002
SAN PEDRO	75	249	381	1.198	1.904
SUBTOTAL	853	2.857	3.877	12.559	20.146
TURBO URBANO	126	409	655	1.718	2.908
TOTAL	979	3.266	4.532	14.277	23.054

Los porcentajes de Cobertura por Municipio son :

MUNICIPIO	POBLACION AREA RURAL	POBLACION ATENDIDA.	% COBERTURA
APARTADO *	4.752	2.098	44.1
ARBOLETES *	30.526	12.263	40.2
CAREPA	7.021	-0-	-0-
CHIGORODO	12.154	201	1.7
MUTATA *	7.704	2.678	34.8
NECOCLI *	22.551	1.002	4.4
SAN PEDRO *	15.125	1.904	12.6
TURBO	25.624	-0-	--0-
TOTAL	125.457	20.146	16.1

* SON LAS AREAS DE INFLUENCIA DEL CONVENIO COLOMBO HOLANDES

La Cobertura alcanzada en Turbo, correspondiente al área urbana es así :

o Población Urbana	25.493
o Población Atendida	2.908
o % Cobertura	11.4 %

A continuación se presenta los Censos por Unidad de Cobertura, que han servido para obtener los datos anteriores :

GRUPOS ETAREOS LOCALIDADES	- 1 AÑO	1-4 AÑOS	MUJERES 15 - 44	OTROS	TOTAL
S. JOSE APARTADO	21	53	79	27	429
EL GUINEO	13	37	58	173	281
LA VICTORIA	6	16	35	123	180
BUENOS AIRES	6	34	33	106	179
LA BALSA	8	53	68	260	389
LA UNION	10	51	66	257	384
MULATOS	10	43	51	152	256
TOTAL	74	287	390	1.347	2.098

GRUPOS ETAREOS LOCALIDADES	- 1 AÑO	1-4 AÑOS	MUJERES 15 - 44	OTROS	TOTAL
BAJIRA	146	380	275	573	1.374
LA PRIMAVERA	9	32	33	131	205
LA GUACAMAYA	12	26	42	116	196
LOS CEDROS	24	63	65	256	408
CAÑO CLARO	12	47	80	179	318
TIERRA ADENTRO	5	16	40	116	177
TOTAL	208	564	535	1.371	2.678

<u>ARBOLETES</u>	- 1 AÑO	1 - 4	MUJERES 15 - 44	OTROS	TOTAL
LAS PLATAS	84	323	479	1.476	2.362
BARRANCUDA	6	29	51	166	252
PAVITAS	18	57	73	271	419
EL CARMELO	96	317	441	1.541	2.395
CANDELARIA	22	120	167	394	703
DAMAQUIEL	56	228	373	1.054	1.711
SAN JUAN	177	530	796	2.918	4.421
TOTAL	459	1.604	2.380	7.820	12.263

<u>CHIGORODO</u>					
JURADO	1	6	6	16	29
POLINES	-	-	5	167	172
TOTAL	1	6	11	183	201

<u>NECOCLI</u>					
CARIBIA	8	52	75	259	394
EL MELLITO	27	95	105	381	608
TOTAL	35	147	180	640	1.002

<u>SAN PEDRO Y SANTA CATALINA</u>					
	76	249	381	1.198	1.904

<u>TURBO BARRIOS</u>					
JESUS MORA	24	91	151	394	660
LA PLAYA	14	69	121	313	517
GAITAN	39	119	163	373	694
VERANILLO	19	45	99	308	471
JESUS MORA	30	85	121	330	566
TOTAL	126	409	655	1.718	2.908

C A P I T U L O S E G U N D O

INFRAESTRUCTURA, SUMINISTROS Y DOTACION

A. INFRAESTRUCTURA

A partir de 1979, se ha incrementado la construcción de Organismos de Salud en la Regional, llegando en la actualidad al siguiente número :

- 1 Hospital Regional
- 5 Hospitales Locales
- 6 Centros de Salud
- 20 Puestos de Salud

También se han remodelado y dotado los existentes. El Cuadro siguiente ilustra esta información

AÑO	CONSTRUCCION	REMODELACION	DOTACION	FUNCIONAMIENTO 1 9 8 5	FINANCIACION
1981	S. José de Apart. Sta. Fé delas Platas. El Carmelo.	Ampliación C. Salud San Pedro.	Se carece de Equipo Odontológico y de Laboratorio.	BIEN	C C H ₁ - CORPOURABA
1982		Centros de Salud Sta Catalina, Damaquié, Candelaria.	COMPLETA	BIEN	CCH, S.S.S CORPOURABA
1984	Ptos de Salud: Barranquillita, Hospital Necoclí Taller Sanitario Apartadó.		COMPLETA	BIEN	CORPOURABA S.S.S.A. CCH y SSSA.
1985	Ptos de Salud : Pavarandó San José de Mulas.	Centro de Salud: Bajirá Currulao San Pedro	Currulao : incompleta. Mutatá: en malas condiciones.	BIEN	S.S.S.A. CORDURA

B. SUMINISTROS Y DOTACION

1. Suministros Personales

* Auxiliares de Enfermería

Se proporciona por la Unidad Local correspondiente al material de curación y la droga necesaria para un mes. El manejo de esta droga depende del tipo de patología que predomina en la zona y del grado de capacitación que tenga la Auxiliar.

Generalmente se suministra :

Droga : Analgésicos : Asawin - Acetaminofen

Antibióticos: Despacilina, Benzetacil y Bactrín

Antiparasitarios : Metronidazol y Fasygin

Antieméticos: Plasil

Otros : Expectorantes, Gantrisin, Dayamineral,
Milanta.

Generalmente faltan analgésicos

Material para Inyectología y Curación : Alcohol, gasa, algodón, jeringas, agujas hipodérmicas y de sutura, sustancias bactericidas.

Otros : Termómetros, marcadores, cartulina, etc. El material de vidrio o metal debe ser devuelto en caso de ruptura para efectuar el cambio.

* Promotores Rurales de Salud

Material para curación e inyectología, al igual que papelería es proporcionada cada mes por la Auxiliar del Puesto de Salud. El suministro de droga también se hace con base en el manejo que sepan hacer de ella.

Generalmente se entrega : Analgésicos, gantrisin, fenasin, algodón , alcohol, aplicadores, bajalenguas, jeringas, agujas - hipodérmicas, etc.

* Vacunadores

Suministros proporcionados por la Unidad Local, tales como algodón, alcohol, agujas hipodérmicas y jeringas. Los biológicos, las agujas y jeringas desechables y la papelería , son proporcionadas por la Unidad Regional quien a su vez los recibe del Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

* Promotores de Saneamiento

Los suministros necesarios son proporcionados por la Oficina de Saneamiento que se financia a través de las cuotas por patentes de sanidad.

2. Dotación

* Promotores Rurales de Salud

Cuando son asignados a una Vereda se hace entrega de la dotación básica por parte del Servicio Seccional de Salud de Antioquia o la Unidad Local; ésta consiste en Maletín, equipo par partos, equipo para retirar puntos, equipo de sutura, equipo para inyectología y equipo para curación, cinta métrica de hule, estetoscopio de pinard, tensiómetro y fonendoscopio. Estos equipos son separados por cada Unidad Local cuando sufren algún daño o dados de baja según sea necesario.

Los Promotores Rurales de Salud nombrados en los años 81 - 87 recibieron dotación completa, los demás han tenido algunas dificultades ya que cuando llegaban a llenar una vacante le entregaba el maletín, sin reponer o reparar el equipo, tal es el caso del Promotor Rural de Salud de la Primavera en Bajirá, entre otros. Además a partir de 1984 se han presentado confusiones con relación al responsable de proporcionar esta dotación inicial, pues no se ha definido aún si es la Unidad Local o el Programa Rural de Salud a nivel del Servicio Seccional de Antioquia.

* Auxiliares de Enfermería

El único elemento que tienen bajo su directa responsabilidad en el microscopio donado por el Programa Control de la Malaria en 1984, para todos los Puestos y Centros de Salud. Los demás elementos aparecen en el inventario del Puesto o Centro de Salud, pero ellas también son responsables de esta dotación.

* Promotores de Saneamiento

Solo se tiene asignado a cada uno botas y carriel. La dotación de la Oficina de Saneamiento aparece en inventario de la Unidad Local o Regional.

Dotación General

* Centros y Puestos de Salud

Tienen dotación mínima exigida por el Servicio de Salud de Antioquia, en algunos sitios carecen de elementos suficientes - (Curulao) o éstos se encuentran en mal estado (Mulatos).

Todas las Sedes UPA poseen Unidad de Documentación donada por el Convenio Colombo Holandés en 1985.

* Sedes Unidades Locales Regionales

Se cuenta con Centro de Documentación en el Hospital Regional de Apartadó dotado por el Convenio y el Servicio y en el Hospital de Arboletes dotado por el Convenio. Todas las Unidades Locales y el Hospital Regional poseen elementos necesarios para implantar todos los Programas establecidos por el Servicio Seccional de Antioquia.

En Mutatá y San Pedro de Urabá además de todos los Centros de Salud (excepto IPC) se carece de equipo odontológico o laboratorio y personal para cumplir estas funciones .

Elementos de Transporte

Generales : Unidad Regional = 5 Vehículos (uno de los cuales es del Convenio), en las demás unidades se cuenta con un vehículo (excepto en San Pedro y Necoclí) en Arboletes y en Chigorodó y Mutatá se tienen 3 vehículos del Convenio.

Personales : Se cuenta con 9 motos distribuidas en la Regional (excepto Mutatá y San Pedro) los Operarios de Labores de Campo y Promotores de Saneamiento fueron destinadas por el Convenio .

Se tienen 42 semovientes distribuidos así: Arboletes 23; San Pedro 8; San José de Apartadó 7 y Bajirá 4. De éstos, 5 se encuentran en tan malas condiciones que no permiten su utilización, se distribuyen entre Auxiliares y Promotores. Los semovientes tienen aperos, pero la mayoría son incompletos o en malas condiciones.

Listado de Materiales y Suministros que deben ser entregados al personal o que deben tener los Puestos de Salud.

SUMINISTROS

Inventario de los suministros permanentes y de consumo necesarios para la Promotora de Salud.

Permanentes Devolutivos

<u>Detalle</u>	<u>Cantidad</u>
Equipo de partos: Pinzas de Rochester	2
Tijeras de Mayo rectas	1
Porta agujas.	1
Pera de caucho para aire	1
Pesa bebé de resortes 25 libras	1
Tensiómetro	1
Fonendoscopio	1
Estetoscopio de Pinard	1
Cinta metro de hule	1
Pesa adultos tipo baño	1
Mechero	1
Espéculo grande y mediano	2
Equipos de curaciones: Pinzas de Kelly curvas y rectas	2
Pinzas de disección con garra y sin garra	2
Pinza de Foester	1
Cubeta de acero inoxidable mediana con tapa	2
Equipo de sutura: Pinza mosquito curva y recta	1
Porta agujas mediano	1
Tijera pico loro para puntos	1
Pinza porta objeto	1
Boock locado para enemas	1
Equipo odontológico preventivo: mango para espejo bucal con espejo	1
Explorador	1
Linterna de pilas	1
Torniquete de caucho	1
Maletín de lona impermeable tipo morral	1
Jabonera plástica	1
Cubeta pequeña de acero inoxidable con tapa	1
Tijera para material	1

De consumo:

Laminillas o placas	20	
Lancetas	6	
Termómetros orales	2	
Termómetros rectales	2	
Jeringas de 10 cc.	1	
Jeringas de 5 cc.	2	
Jeringas de 1 cc.	1	
Jeringas desechables de 5 cc.	5	
Guantes de caucho pares 7 y 7.1/2	3	cajas
Agujas hipodérmicas No. 18,20,21,22 y 26	1	
Botas de caucho	1	
Jabón de baño	2	
Alcohol	2	
Algodón rollo	2	
Esparadrapo carretas	1	
Gasa rollo	1	
Bajalenguas paquete	1	
Aplicadores paquete	1	
Jabón esterilizante garrafa	1	
Desinfectante (prepodyne) garrafa	1	
Agujas de sutura docena	1	
Vendas elásticas	2	
Vendas de tela	2	
Hilo amarillo	1	
Seda negra 2/0 y 3/0	1	
Cepillos dentales	2	
Lápices	2	
Capa impermeable con gorro	1	
Vasos para baciloscopias	20	
Microporo carretas	2	
Toallas de tela	2	
Lapíceros	2	
Sobres de manila	6	
Regla	1	
Borrador	1	
Estuche marcadores	1	
Cartulinas	6	
Papel de envolver Kraft metros	10	
Papel periódico pliego	10	
Cuadernos	6	
Carpetas pra legajar plásticas	1	
Carpetas para legajar	10	

STOK MINIMO DE DROGA

PROMOTORA DE SALUD

1.	Antiespasmódicos orales (20	tabletas
2.	Antiácidos (aluminio hidróxido + Mg.)	5	frascos
3.	Antiácidos (aluminio hidróxido + Mg)	50	tabletas
4.	Analgésicos orales (ácido acetil salisico y acetamino- fen)	100	tabletas
5.	suero antiofidico (previa capacitación según zonas)	1	ampolla
6.	Expectorantes (4	frascos
7.	Gotas optámicas	1	frasco
8.	Suero de rehidratación oral	30	bolsas
9.	Sulfato de Mg. libras	1	libra
10.	Xilocaina al 2% sin epinefrina	1	
11.	Furacin crema	3	tubos
12.	Vitamina K.	5	ampollas
13.	Anovulatorios orales	20	Sobres

INVENTARIO DE LOS SUMINISTROS PERMANENTE Y DE CONSUMO NECESARIOS PARA LA
PARTERA EMPIRICA.

PERMANENTE O DEVOLUTIVO

Cantidad

Artículo

2	Pinzas Rochester Pean 22 cm.
1	Tijera recta Roma mediana
1	Mechero de alcohol con tapa hermética
1	Cuneta con tapa de acero inoxidable mediana
1	Jabonera
1	Cinta métrica de hule
1	Corneta de Pinard
1	Cepillo quirúrgico
1	Linterna
1	Pera de caucho
1	Pesa bebé 25 libras
1	Delantak de caucho
2	Toallas de mano
1	Maletín de lona impermeable tipo morral
1	Jeringa de 1 cc.
1	Jeringa de 10 cc.
1	Jeringa de 5 cc.
2 c/u	Aguja hipodérmica No. 20,21,22 y 23
1	Metro de hule

DE CONSUMO

1	Termómetro oral
1	Termómetro rectal
6	Pilas
2	Pastas de jabón
1	Rollo de gasa de 25 yardas
10	Metros de hiladilla
2	Frascos de alcohol
1	Rollo de algodón
1	Paquete aplicadores
2	Pares de guantes quirúrgicos 7 y 7.1/2.

DROGA

1 frasco	Gantricin oftálmico
30 bolsas	Salas de rehidratación oral
30 tabletas	Analgesico (acetaminofen y acido aceti salisico)

Tarros esmaltados para material	3
Espéculo vaginal grande	1
Espéculo vaginal mediano	2
Carro de curaciones con barandilla	1
Bock para enemas	1
Pesa bebé	1
Cubetas de acero inoxidable 0.12 x 0.36	2
Cubetas inoxidable 0.12 x 0.24	2
Rifonera de acero inoxidable	1
Bandejas de acero inoxidable	2
Bandeja de aluminio grande 60 x 40	1
Olla autoclave	1
Atriles	2
Tijera para material	1
Pinza de disección tipo bayoneta	1
Tallímetro de madera	1
Aspirador eléctrico	1
Mechero	1
Espejos bucales	2
Exploradores	2
Pinzas algodoneras	2
Máquina de escribir :-	1
Escritorio de madera de 2 gavetas	1
Escritorio pequeño tapa fórmica	1
Cosedora pequeña	1
Sillas tapizadas sin brazos fija	3
Perforadora	1
Tajalápiz	1
Diván para inyectología	1
Papelera de madera para piso	1
Pesa para adultos con tallímetro	1
Estante pequeño con entrepaños	1
Bancas metálicas	3
Baldes plásticos	2
Sello y almohadilla	1
Termo para vacuna	1
Planta eléctrica	1
Bañera plástica	1
Jarra plástica	1
Papelera	1
Cinta métrica	1
Mingitorio de acero inoxidable	1
Pato de acero inoxidable	1
Camas metálicas hospitalaria	2
Colchonetas	2

Nochero	2
Almohadas	2
Sábanas	6
Fundas de almohada	6
Colchas de hilo	4
Toallas	4
Rejilla eléctrica de 2 puestos	1
Nevera de 7.1/2	1
Ollas en aluminio surtidas	4
Lámpara coleman	1
Vajilla plástica	1
Chocolatera de aluminio con su molinillo	1
Fredidora en aluminio	2
Caneca para basura con tapa	1
Metro de hule metros	2
Camilla de lona	1
DE CONSUMO	
Jeringas de 10 cc	4
Jeringas de 5 cc	6
Jeringas de 3 cc	3
Jeringas de 1 cc	3
Docena de agujas hipodérmicas No. 18,20,21,22,23 y 26	6
Docenas de agujas semicirculares redondas y cortantes	2
Docena de guantes No. 7 y 8	1
Tubos de hilo amarillo y negro para sutura	2
Tubos de catgut simple 30	2
Sondas de Nelaton 12 y 14	2
Sondas de Foley 12 y 14	2
Docenas de hojas de bisturi No. 10-11-20 y 21	2
Docenas de vendajes de yeso 6 y 5	1

Docena de vendajes de tela (4 x 5) y (6 x 5)	1
Docena de vendajes elásticas (4 x 5) y (6 x 5)	1
Termómetros orales	3
Termómetros rectales	1
Termómetros de máxima y mínima	1
Carpetas para legajar	20
Cartulinas	20
Cuadernos	20
Caja marcadores	1
Tinta para sellos	1
Cinta pegante	1
Sobres de manila	50
Papel carbón paquete	1
Lápices - unidades	6
Lápices - unidades	6
Ganchos para cosedora - caja	1
Lápices vidriográficos - unidades	2
Trapeadoras - unidades	2
Escobas - unidades	2
Jeringas desechables surtidas - unid.	100
Jeringas de 20 cc. - unid.	4
Guantes para aseo - pares	4
Microporo y espadadrapo - cajas	3
Prepodyne solución - cajas	2
prepodyne jabón - cajas	2
Sulfato de magnesia - sales libra	1
Talco para guantes - libra	1
Cepillos quirúrgicos - unidas.	4
Aplicadores - paquete	1
algobdón - rollo libra	1
Alcohol - botella	1
Bajalenguas - paquete	1
Caucho para torniquete - metros	1
Gasa x 100 yardas - rollo	1
Violeta de genciana (según poblac. escolar)	
Piedra pomez (según poblac. escolar)	
Fluoruro de sodio (según poblac. escolar)	
Vasos plásticos (según poblac. escolar)	
Cepillos para higiene oral (según poblac. escolar)	

A manera de ejemplo, a continuación se presenta la situación encontrada en los Puestos de Salud de Damaquiel y Santa Fé de las Platas.

PUESTO DE SALUD DE SANTA FE DE LAS PLATAS

INFRAESTRUCTURA

Un Puesto de Salud construido por CORPOURABA Holanda en 1982, época desde la que viene funcionando. Desde su construcción ha permanecido en igual estado. Cuenta con

- * Una sala de espera
- * Sala de curaciones
- * Consultorio
- * Habitación para la Enfermera
- * Habitación para pacientes
- * 4 baños
- * Patio y cocina
- * 2 Tanques para recolección de agua lluvia/500 litros

Desde su construcción los canales de recolección del agua van al suelo impidiendo esto que puedan ser utilizados.

DOTACION

- * Planta eléctrica
- * Escritorio
- * Camilla
- * 2 Camas
- * Ventilador
- * Microscopio

- * Implementos para curación (suturas, partos de bajo riesgo, - diarreas, deshidratación primero y segundo grado, aplicación de tratamientos).
- * Droga autorizada por la Unidad Local a partir de febrero de 1985.
 - Antiparasitarios
 - Antibióticos
 - Analgésicos
- * Droga para el Programa de Malaria no se cobra
- * Centro de Documentación : Se empezó a organizar en el año / 85.

SUMINISTROS

Personales :

- * Auxiliar de Enfermería

Implementos para curación (gasa, prepodine, esparadrappo, alcohol. bajalengua, etc). Material educativo.

DOTACION : Personal : 1 caballo con aperos completos

- * Promotores Rurales de Salud

- 1 caballo con aperos
- Maletín
- 3 jeringas
- 1 cubeta
- 2 pinzas
- 1 tijera
- portaobjetos
- pesa bebe
- 1 mechero

- campana de pinar
- 1 linterna
- 2 toallas
- 1 jabonera
- 2 atomizadores
- 2 paquetes de agujas hipodérmicas
- 1 torniquete
- 1 vendaje
- papelería

NOTA : Esta es la dotación (menos el caballo), que le fue entregado al Promotor Rural de Salud al terminar el Curso.

En el año 1981 se entrega :

- 1 romana
- 1 tensiómetro
- 1 fonendoscopio

En el año 1982 se entrega :

- 1 botiquín o cajón de madera
- silocaina
- y algún material educativo en cantidad suficiente

Los suministros han sido proporcionados por el Hospital Local o por el Puesto de Salud.

La dotación fue hecha por el Servicio de Salud y el Convenio.

En el año 1983 se entrega :

- 1 morral
- 1 tijera recta
- 1 pinza
- 3 agujas para suturar
- Sales rehidratantes

En el año 1984 se entrega :

- Herramientas para huertas caseras
- Toallas
- Jabonera
- Metro
- Atomizador

En el año 1985 se entrega :

- 1 pera
- 3 jeringas
- 3 paquetes de agujas para vacunación

NOTA : La dotación que ha sido reemplada es : Las agujas hipodérmicas y las jeringas.

SUMINISTROS

Durante todo el tiempo de trabajo se les ha suministrado :

- Alcohol
- Gasa
- Esparadrapo
- Baja lenguas
- Prepodine
- Furacin
- Guantes
- Analgésicos (10 por mes pastillas).

PUESTO DE SALUD DAMAQUIEL

El Puesto de Salud fue construido por el Servicio de Salud en 1979. Desde su construcción ha permanecido en igual estado. Presenta daños en el piso, cieloraso, es muy oscuro, no tiene ninguna seguridad las ventanas no tienen rejillas, ni angeos, hace falta pintarlo.

Cuenta con:

- Sala de espera
- Sala de curaciones
- Habitación para pacientes
- Habitación para la Auxiliar
- Patio
- Cocina
- 4 baños

DOTACION

- Planta eléctrica de 1500 vatios
 - 2 tanques para recolección de agua lluvia / 500 litros
 - 3 camas para pacientes
 - 1 camilla
 - 1 escritorio
 - 1 microscopio
 - Implementos para curación (pinzas, jeringa, cubetas, etc)
- No tiene pesa bebés.

La dotación no permite atender casos de alto riesgo, solo la prestación de los primeros auxilios y tratamiento de algunas enfermedades, por este motivo muchos de los casos tienen que ser remitidos a San Juan de Urabá o al Hospital Local de Arboletes

- Droga autorizada por Unidad Local a partir de 1985

Antiparasitarios

Antibióticos

Analgésicos

Droga para el Programa de Malaria (Gratuita)

Centro de Documentación : Se empezó a organizar en el año 1985.

Dotación Personal : 1 caballo con aperos completos; desde su llegada éste está enfermo y no se puede utilizar.

SUMINISTROS

* Auxiliar de Enfermería

Implementos para curación (Gasas, esparadrapo, bajalengua, alcohol, etc). Material didáctico.

* Promotores Rurales de Salud

Las dos Promotoras que salieron del Curso en 1980/81 se les entregó :

- 2 pinzas
- 1 tijera
- 1 cubeta
- 2 termómetros
- 1 tenciómetro
- 1 fonendoscopio
- 1 campana de pinar
- 1 metro
- 1 maletín
- 2 jeringas
- 2 toallas
- 1 atomizador
- 1 paquete de agujas

En el año 1982 se entregó :

- 1 caballo

En el año 1983 se entregó :

- 1 botiquín a cada una y algunas cartillas con material educativo.

En el año 1984 se entregó :

- Sales rehidratantes y cartillas (2) como material educativo

En el año 1985 se entregó :

El Manual Educativo de UNICEF y materiales para toma de muestra de malaria.

La Promotora que salió en 1983 se le entregó :

- 2 jeringas
- 1 pinza
- 1 tijera
- 1 cinta métrica
- 4 agujas
- 1 linterna
- 1 jabonera
- 1 atomizador
- 1 tensiómetro
- 1 fonendoscopio
- 1 caballo con aperos

NOTA : Ninguna tiene pesa bebé

SUMINISTROS

Durante todo el tiempo de trabajo se les ha suministrado mensualmente :

- Alcohol
- Gasa
- Algodón
- Prepodine
- Gantricín
- Furacín
- 4 analgésicos
- Guantes
- Bajalenguas
- silocaina
- algún material didáctico

Los suministros han sido proporcionados por el Hospital Local o por el Puesto de Salud.

Los suministros son hechos por el Servicio de Salud y la dotación por el Servicio y el Convenio.

C A P I T U L O T E R C E R O

ATENCION A LAS PERSONAS

MARCO TEORICO

Desde el principio del Proyecto, se ha tenido como objetivo llevar servi -
cios de Salud a la población rural de la zona de UraBá. Durante los prime -
ros años el peso de las acciones recayó en el personal de Auxiliares de En -
fermería y Promotores Rurales de Salud, quienes deberían prestar Primeros- -
Auxilios, controlar tratamientos ordenados por Médico, detectar las embara -
zadas y promover el control por el Médico, promover la vacunación y aten -
der alguna morbilidad sencilla.

A pesar de esta gama de acciones, el personal no estaba autorizado para -
prescribir medicamentos ni recibía apoyo de otros niveles; tampoco se ha -
bían estructurado los Programas (Materno-Infantil, T.B.C., etc.). Una limi -
tante importante, fue la reticencia para delegar funciones a este personal.
Poco a poco se fué ampliando el radio de acción en inmunizaciones, involu -
crando a Promotoras y Auxiliares en actividades directas; de esta manera -
los Operarios de Campo (Vacunadores) se integraron al Equipo de Atención-
Primaria.

Con la organización de visitas médicas a los Puestos de Salud y visitas de
Supervisión por las Enfermeras, los Profesionales encontraron que el perso
nal que estaba en el Area Rural, era útil para mejorar y racionalizar los-
servicios; esto significó un cambio de actitud muy importante.

A partir de 1984 se comenzaron a implantar los programas en las Sedes de -
UPA y Unidades de Cobertura, para lo cual se hicieron cursillos de Capaci -
tación al personal.

También se diseñó una metodología para controlar el Paludismo, mediante la instalación de puestos de lectura de gotas gruesas en las Sedes de UPA, delegando la prescripción y administración de tratamientos; para esto las Auxiliares de Enfermería recibieron capacitación específica y se les dotó con microscopio y medicamentos.

Todo lo anterior se ha ido implementando en la región, pero en una forma poco uniforme. Algunas Unidades Locales están bastante adelante en este proceso, pero otras apenas comienzan.

A continuación se presenta el desarrollo actual de cada Programa en la Regional y algunos datos de la morbilidad hospitalaria atendida.

1. PROGRAMA MATERNO-INFANTIL.-

Control Prenatal:

Programa iniciado en la Región desde 1982, con asesoría del Servicio Seccional de Salud de Antioquia; poco a poco fué introduciéndose en las Unidades Locales, Puestos de Salud, Centros de Salud y Unidad de Cobertura.

Actualmente se lleva en todas las Unidades Locales, pero en Mitatá y San Pedro se han presentado muchos tropiezos para su normal desarrollo.

En Bajirá no se tenía establecido como programa, atendiendo solo la demanda por parte del médico, desde 1983. En este momento ya las Auxiliares se encuentran motivadas a realizar controles de enfermería. Las Promotoras Rurales de Salud se limitan a dar Educación en Salud sobre el embarazo, sus molestias y cuidados especiales, así como los signos de peligro. No hacen controles.

En San José de Apartadó el programa es llevado por la Auxiliar de Enfermería, quien realiza todas las actividades propias del programa y las remite al hospital de Apartadó en caso necesario.

Las Promotoras Rurales de Salud remiten al Puesto de Salud o al Hospital, los casos que ameriten una evaluación especial; además ubican los pacientes renuentes, hacen control y brindan Educación en Salud.

En los partos en la mayoría son atendidos por parteras cuando la paciente es del Area rural, haciéndose necesario la capacitación de estas personas para que hagan remisiones oportunas, evitando así las complicaciones del parto y post-parto.

Parto y Puerperio:

Al revisar la información encontramos que el número de partos, la mayoría de los meses es inferior al número de visitas post-parto, confirmando la gran influencia de las parteras en el área rural.

Las visitas a puerperas son realizadas por el Promotor Rural de Salud y en menos ocasiones por la Auxiliar de Enfermería, quien no tiene claras sus funciones con la Comunidad.

ACTIVIDADES DE LA PROMOTORA RURAL DE SALUD - 1981 - 1985

ACTIVIDADES \ AÑOS	1981	1982	1983	1984	1985	TOTAL
PARTOS ATENDIDOS	55	59	29	69	79	291
NACIDOS VIVOS	54	114	156	237	102	663
VISITAS A PUERPERAS	778	1129	629	506	311	3353

ACTIVIDADES DE AUXILIARES - 1981 - 1985

ACTIVIDADES \ AÑOS	1981	1982	1983	1984	1985	TOTAL
PARTOS ATENDIDOS	92	135	420	297	162	1106
NACIDOS VIVOS	-	-	-	-	-	-
VISITAS A PUERPERIAS	19	100	226	237	126	708

PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR RECURSO HUMANO Y POR MUNICIPIO

1 9 8 4

MUNICIPIO	PARTOS ATENDIDOS	MEDICO	AUXILIAR ENFERM.	PARTERA	PROMOTOR
APARTADO	2983	62.4 %	25.4 %	12.5 %	0.2 %
ARBOLETES	746	39.1 %	40.5 %	15.7 %	4.7 %
SAN PEDRO	119	0 %	16.8 %	64.7 %	18.5 %
MUTATA	175	50.9 %	46.9 %	0 %	2.3 %
NECOCLI	539	41.4 %	28.2 %	30.1 %	0.4 %

Planificación familiar:

A nivel de la Sede de UPA solo se distribuyen los anovulatorios orales, se hace promoción del programa o se da Educación en Salud sobre los de ficientes métodos de planificación.

A nivel de Unidades Locales y algunos Puestos de Salud (Apartadó y Arboletes) maneja bien el programa, incluyendo la clasificación del riesgo. Solo en Mutatá, Bajirá y San Pedro los controles del método son prescritos por el médico, en las demás unidades se ha delegado a enfermería.

Los Promotores Rurales de Salud solo hacen promoción del programa de Educación en Salud, búsqueda de renuentes y en algunos casos (Apartadó y Arboletes) distribución de anovulatorios orales.

El número de controles a Usuarios de Planificación Familiar por Auxiliares de Enfermería de 1981 a 1985 fueron los siguientes:

1981	-	350
1982	-	548
1983	-	844
1984	-	527

2. PROGRAMA DE INMUNIZACIONES:

Antecedentes:

La vacunación se aplicaba se pudiera decir sin ninguna meta fija, ya que se hacia por campañas e institucional cuando había el recurso y tiempo

La vacunación requería un incremento con el fin de obtener una reducción efectiva de la incidencia de las principales enfermedades inmunoprevenibles: Difteria, Tétanos, Tosferina, Sarampión, Poliomeilitis y Tuberculosis.

Para obtener este incremento se retomaron todos los recursos existentes del estado y estructuró el programa ampliado de inmunizaciones

(P.A.I.) en el año de 1979; cuyo objetivo específico era vacunar el 100% de los niños menores de un año y el 100% de las embarazadas principalmente en zonas endémicas con T.T. y el 100% de escolares con B.C.G.

Desarrollo:

Para este programa se utilizaron los Operarios de Labores de Campo y participación de Enfermería, ya en el año de 1980 se integraron a este programa los Promotores de Salud.

La metodología empleada en la vacunación era la de casa a casa e institucional en la zona urbana; en la zona rural era por concentración, previa motivación o información a la Comunidad.

En la zona urbana casa a casa la realizaba el Operario de Labores de Campo y la institucional por Enfermería.

En la zona rural la realizaba el Operario de Labores de Campo con ayuda de Enfermería donde existía el recurso humano y la información de la fecha y lugar de la concentración corría por parte a veces del Promotor de Salud.

La función del Promotor de Salud en la inmunización fué en un principio nula, ya que no se tenía en cuenta a estos funcionarios, pues era un cargo nuevo y no se conocían sus metas, ni se confiaba en ellos.

Como habían sido capacitados con financiación por extranjeros, se tenían muchos interrogantes de la presencia de Holanda en la zona, entre otros se comentaba: Que Holanda estaba interesada en yacimientos de Uranio o productos radioactivos existentes en la zona y que por medio de los Promotores iban a tener esta información; también se creía que estos funcionarios pertenecían a Corpourabá, etc. menos a la Unidad de

salud, y además se podía decir que en general colaboraba con lo anterior el celo profesional pues la mayoría creíamos que ellos en caso de ser útiles a algún programa, era para llevar razones a la Comunidad. Ya directamente en inmunizaciones se dió información y se participó en su capacitación pero solo en forma teórica y de observación, nada de práctica, en casos esporádicos aplicación de la vacuna contra la polio melitis o llenar algún registro del programa.

Al paso que se iba incrementando el número de Promotores y que en parte se iban despejando las dudas existentes y que ya muy someramente se hablaba de Atención Primaria, se fué ampliando más en la educación sobre inmunizaciones en teoría y práctica con supervisión de enfermería y el Operario de Labores de Campo; se les motivó más para que promovieran a la Comunidad en la necesidad de la vacunación y se formó en ellos la necesidad de solicitar este servicio para su comunidad, llegando al caso de que ellos ya exigían la presencia del vacunador en su área de influencia, actividad que en su mayoría ellos mismos realizan hoy en día.

No se contaba con buen recurso de cadena de frío para los biólogos. Se empezó de la Regional a las Unidades Locales la dotación de neveras de estas a los Centros y Puestos de Salud, proceso que no ha terminado ; también se empezaron a entregar termos adecuados para estos organismos como para cada uno de los Promotores de Salud; ya habiendo nevera en los Centros y Puestos de Salud se delegó la actividad a la Auxiliar de Enfermería, la cual vacunaba en la zona rural dando prioridad a las veredas donde había Promotor de Salud.

Luego de esta etapa se capacitó a los Promotores en la aplicación de los Biológicos de D.P.T., T.T., Polio y Sarampión con la Supervisión del Operario de Labores de Campo ó la Auxiliar de Enfermería (1983).

A partir de 1983 se fueron evaluando los Promotores y se les delegó la función de vacunar, no a todos por razones de habilidad; se ha seguido este proceso de capacitación y delegación de funciones hasta la fecha en la cual se está empleando la estrategia de canalización y a varios se les ha delegado la aplicación de la B.C.G., o sea que en la actualidad han dejado de ser razones para ser un vacunador más.

La Comunidad en parte ha participado en el programa, ya que con la presencia del Promotor de Salud ha dejado de ser renuente en un 80% y el 20% restante son familias flotantes por razones de la zona.

La situación actual del programa se puede decir que es favorable, ya que se ha mejorado la cadena de frío y por el momento se cuenta con términos para el adecuado transporte de las vacunas.

En estos logros ha tenido un papel muy importante el Convenio Colombo-Holandés, ya que a través de ellos se han realizado obras de infraestructura, como Puestos de Salud, dotación de implementos, como termos, medios de transporte (Moto), recursos humanos.

En el cuadro siguiente se aprecian las coberturas alcanzadas en 1983 y 1984.

COBERTURA COMPARATIVA EN PORCENTAJE 1983 - 1984 POR DIFERENTES BIOLÓGICOS, PARA CADA MUNICIPIO

BIOLOGICO MUNICIPIO	D. P. T.				P O L I O				S A R A M P I O N				B. C. G.				T E T A N O	
	1 9 8 3		1 9 8 4		1 9 8 3		1 9 8 4		1 9 8 3		1 9 8 4		1 9 8 3		1 9 8 4		1983	1984
	-1 AÑO	1-3AÑS	-1 AÑO	1-3 AÑS	-1AÑO	1-3 AÑS	-1AÑO	1-3 AÑS	-1 AÑO	1-3AÑS	-1AÑO	1-3AÑS	-1 AÑO	1-3AÑS	-1AÑO	1-3AÑS	EMBAR.	EMBAR.
APARTADO	27.8	23.5	46.6	37.7	27.8	21.7	46.7	36.8	43.6	32.3	56.1	54.8	121.1	27.5	105.3	18.7	7.8	37.9
ARBOLETES	10.5	19.8	40.1	51.5	11.7	19.0	41.2	51.8	32.8	37.3	42.7	49.2	54.3	28.3	49.3	20.8	18.4	24.8
CHIGORODO	19.3	26.8	71.9	65.3	19.3	26.8	74.3	68.5	40.7	50.5	65.0	76.5	113.4	35.8	86.4	28.0	11.9	25.3
MUTATA	5.7	18.3	56.8	71.3	6.5	19.7	60.6	75.6	28.8	34.9	85.6	94.5	61.9	25.0	67.0	26.4	14.6	42.7
NECOCLI	14.4	28.3	46.4	44.8	14.2	27.6	46.7	51.6	42.2	43.1	63.6	53.5	80.0	34.7	71.1	19.8	6.8	32.6
SAN PEDRO	14.0	17.2	43.2	43.8	14.0	17.9	42.9	43.3	36.7	33.3	62.3	67.4	85.6	31.5	42.9	22.1	19.5	29.2
TURBO	18.4	19.5	76.3	52.9	19.4	17.2	40.9	52.3	48.0	51.2	54.9	66.8	100.6	41.0	63.5	17.8	19.5	29.2
TOTAL	18.4	22.9	50.8	49.3	18.6	21.8	48.2	50.3	41.0	40.5	57.3	61.8	94.3	33.1	74.1	20.7	13.7	30.5

FUENTE : SECCION DE ESTADISTICA S.S.S.A.

Crecimiento y desarrollo:

Se lleva el programa en 5 Unidades Locales (faltan Mutatá y San Pedro-de Urabá), se tienen inscritos 1023 niños y la cobertura es del 5.5%.

Solo a nivel de Arboletes se lleva este programa en Puestos de Salud y en el segundo trimestre de este año se capacitaron lo 19 Promotores en el manejo de este programa.

Control de E D A y Rehidratación Oral:

Es llevado en todas las Unidades Locales (en Mutatá y San Pedro está comenzando), además en los Puestos de Salud de Turbo, Apartadó y Arboletes.

Los Promotores de Arboletes y Apartadó manejan el programa, controlan los pacientes, los rehidratan y remiten según necesidad

En promedio se atienden mensualmente 124 niños en cada una de las Unidades Locales de la Regional.

3. PROGRAMAS ESPECIALES.-

Malaria:

Se tienen 32 Puestos de lectura de gota gruesa en la Regional, atendidos por Auxiliares de Enfermería, capacitadas y dotadas en 1984 por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia, toman en promedio 440 muestras mensuales, de las cuales 10% son positivas para Vivax y 7% para Falciparum; se distribuyen tratamientos gratuitos proporcionados por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

Los Promotores fueron capacitados en 1984 pro Servicio de Antioquia para toma de muestras de gota gruesa y precoloración con azul de

Metileno; las remiten al Puesto de Lectura mas cercano. La Auxiliar - de Enfermería reporta el resultado y adjunta la droga cuando es necesa rio para que sea administrada por el Promotor de Salud.

Salud Oral:

A nivel preventivo se han realizado campañas de topicación con fluor - a escolares de las diferentes Unidades Locales.

Los Promotores de Salud proporcionan Educación en Salud sobre higiene - oral, pero no realizan otras actividades.

Tuberculosis:

El programa es llevado en todas las Unidades de Salud.

Actualmente hay 252 pacientes activos. La droga es suministrada por - el Servicio Seccional de Salud de Antioquia. A nivel de Unidades Loca - les, Puestos y Centros de Salud y Unidades de Cobertura se estudian - los casos sospechosos, se hacen exámenes para diagnóstico y si resul - tan positivos se ingresan al programa, se administra la droga, se con - trolan periódicamente y se estudian los contactos.

Venéreas:

Solo se atiende la demanda ya que los contactos de los pacientes diag - nosticados son generalmente población flotante, haciéndose difícil el control; además, los pacientes no proporcionan estos datos por temor, por no tener conocimiento y por patrones culturales arraigados e inti - mamente relacionados con su fuente de ingresos económicos.

Solo en diagnóstico a prenatales es posible hacer algún tipo de estu - dio a contactos.

4. COMISIONES MEDICAS Y CONSULTAS.-

De acuerdo a la disponibilidad médica se hace consulta a nivel de Puestos de Salud de las diferentes Unidades Locales; no han sido periódicas por diferentes limitaciones de personal y transporte.

En las veredas no se realizan consultas médicas; solo a partir de 1985 con la chiva de la salud se inició un programa rural de atención médica y odontológica, pero su frecuencia por vereda no es periódica, además no hay continuidad en el seguimiento a pacientes.

Primeras causas de morbilidad por grupos de edad (1984)

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA

H O S P I T A L D E A P A R T A D O			
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		POBLACION DE 1 - 4 AÑOS	
C A U S A	No. CASOS	C A U S A	No. CASOS
ENTERITIS	800	ENTERITIS	490
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	270	BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	470
INFLUENZA	240	PALUDISMO	350
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	70	ENFERMEDADES DE LA PIEL	160
ENFERMEDADES DE LA PIEL	60	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	20
NEUMONIA	20	NEUMONIA	20
SEPTICEMIA	10	-	-
OTRAS CAUSAS	2.370	OTRAS CAUSAS	2.119
T O T A L	3.840	T O T A L	3.529

HOSPITAL DE ARBOLETES			
POBLACION MENOR DE UN AÑO		POBLACION DE 1 - 4 AÑOS	
C A U S A	No. CASOS	C A U S A	No. CASOS
ENTERITIS	230	BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	350
INFLUENZA	130	ENFERMEDADES DE LA PIEL	130
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	100	ENTERITIS	80
ENFERMEDADES DE LA PIEL	90	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	70
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	30	PALUDISMO	50
OTRAS CAUSAS	414	OTRAS CAUSAS	688
T O T A L	994	T O T A L	1.368

HOSPITAL DE MUTATA			
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		POBLACION DE 1 - 4 AÑOS	
C A U S A	No. CASOS	C A U S A	No. CASOS
ENTERITIS	190	ENTERITIS	130
INFLUENZA	80	BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	120
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	70	PALUDISMO	110
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	40	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	80
SEPTICEMIA	3	ENFERMEDADES DE LA PIEL	40
OTRAS CAUSAS	39	NEUMONIA	10
		OTRAS CAUSAS	83
T O T A L	422	T O T A L	573

H O S P I T A L D E N E C O C L I			
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		POBLACION DE 1 - 4 AÑOS	
C A U S A	No. CASOS	C A U S A	No. CASOS
ENTERITIS	190	BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	250
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	150	PALUDISMO	170
INFLUENZA	90	ENTERITIS	110
ENFERMEDADES DE LA PIEL	40	ENFERMEDADES DE LA PIEL	110
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	30	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	80
OTRAS CAUSAS	263	OTRAS CAUSAS	508
T O T A L	763	T O T A L	1.228

C E N T R O D E S A L U D S A N P E D R O			
POBLACION MENOR DE 1 AÑO		POBLACION DE 1 - 4 AÑOS	
C A U S A	No. CASOS	C A U S A	No. CASOS
ENTERITIS	70	ENTERITIS	40
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	20	PALUDISMO	40
-	-	BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	40
-	-	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	20
OTRAS CAUSAS	25	OTRAS CAUSAS	96
T O T A L	115	T O T A L	236

T A S A S D E M O R B I L I D A D

POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y OTRAS
CONSOLIDADO REGIONAL DE U R A B A

C A U S A S	T A S A
SARAMPION	0.06
POLIO	0.06
TOSFERINA	0.19
TETANOS	0.20
DIFTERIA	-
TUBERCULOSIS	1.45
MALARIA	54.45
VENEREAS	2.95
HIPERTENSION	4.09
FARMACODEPENDENCIA	-
CANCER	0.44
POR ACCIDENTES	-

MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD REGIONAL DE URABA

TASAS X 1.000 HABITANTES . 1 9 8 3

MENORES DE 1 AÑO	45.39
1 - 4 AÑOS	7.19
5 - 14 AÑOS	1.42
HOMBRES 15 - 44 AÑOS	3.76
MUJERES 15 - 44 AÑOS	1.90
45 - 59 AÑOS	5.35
60 Y MAS AÑOS	18.58
TOTAL	5.39

UNIDAD LOCAL DE ARBOLETES

PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

DESCRIPCION

Objetivo: Inmunizar a corto plazo el 100% de los menores de 4 años y me-
diano plazo la erradicación de algunas enfermedades como la POLIO.

El programa se ejecuta a partir de una programación quincenal o mensual -
que debe repetirse cada tres meses en zonas de difícil acceso por el invier-
no, cada dos o tres meses en época de verano.

Para la ejecución del programa en sí se cuenta con una estrategia llamada-
canalización que consiste en un censo previo a la vacunación donde pueden-
detectarse las personas renuentes aparte de que se sabe la cantidad exac-
ta de niños que se van a vacunar, donde no se puede hacer el censo de vacu-
nación, se realiza esta por concentración.

Para la continuidad del programa a cada familia se le realiza una historia
donde se anotan las vacunas recibidas por cada miembro de la familia ya -
que la mayoría de las vacunas son multidosis.

El programa va dirigido especialmente a los menores de 4 años y se conside-
ra que un niño está inmunizado cuando haya recibido 8 dosis en total.

El programa adolece de promoción y educación suficientes debido a que no -
se tiene una estrategia clara en este sentido y por la falta de tiempo del
vacunador.

A partir del año 1984 se ha trabajado más en Educación gracias a la parti-
cipación de las Promotoras Rurales de Salud y a las Auxiliares de Enfermería

de los Puestos de Salud, quienes han sido capacitadas.

Se tiene además un programa de VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA que tiene como objetivo el control y seguimiento de 13 enfermedades: Polio, Difteria, Tosfe rina, Tétano, Sarampión, Tuberculosis, Rubeola, Paratoditis, Hepatitis Tipo A., Burcelosis, Meningitis, Lehismaniasis y rabia humana. El programa - empezó este año.

ANOTACIONES:

Los datos de cobertura para el área San Juan Damaquiel disminuyen un poco- por que al realizarse las campañas de la Patrulla Aérea no se obtienen re- gistros. Se está compensando esta disminución con MICRO CAMPAÑAS organiza- das a partir del 1985

COBERTURA EN VACUNACION PARA LOS AÑOS 1984 y 1985 SEGUN DATOS OBTENIDOS EN LA OFICINA DEL HOSPITAL LOCAL.

El vacunador actual está al frente del programa en esta localidad hace dos años y medio.

El Municipio de Arboletes tiene además de la zona urbana más o menos 70 - veredas que son atendidas en la siguiente forma:

El Vacunador 18 veredas

El Promotor Rural de Salud 19 veredas a partir de Agosto de 1984

Auxiliar de Enfermería 5 corregimientos a partir de la misma fecha con- más regularidad.

Para un total de veredas atendidas de 42.

Los datos obtenidos de SUSCEPTIBLES fueron tomados de la programación de actividades y los datos de IMUNIZADOS fueron obtenidos de los informes mensuales.

COBERTURA AÑO 1.984

BIOLOGICO	EDADES	POBL SUCEP	POBL INMUN	PORCENTAJES
Polio	- 1 año	789 niños	389 niños	50.57 %
Polio	1 a 3 años	<u>1.588 "</u>	<u>1.462 "</u>	92.00 %
	Totales ..	2.377 "	1.851 "	
D.P.T.	- 1 año	789 niños	381 niños	48.28 %
D.P.T	1 a 3 años	<u>1.654 "</u>	<u>1.390 "</u>	84.03 %
	Totales ..	2.453 "	1.771 "	
B.C.G.	- 1 año	789 niños	443 niños	56.14 %
	1 a 3 años	<u>359 "</u>	<u>552 "</u>	153.00 %
	Totales..	1.148 "	995 "	
SARAMPION	- 1 año	789 niños	397 niños	50.31 %
	1 a 3 años	<u>698 "</u>	<u>1.221 "</u>	174.00 %
	Totales ..	1.487 "	1.618 "	
T.T	Embarazadas	1.092	316	28.66 %

UPA SANTA FE DE LAS PLATAS

DESCRIPCION

- No. de Veredas : 11
- No. apoximado de familias : 674
- No. aproximado de habitantes : 3854
- No. aproximado por familia : 7 a 8
- No. de familias en las que predomina el trabajo en la explotación (predio) 280 aporximadamente.
- No. de familias en la que predomina el jornaleo de tiempo completo: 384 - aproximadamente.
- No. de predios para las familias que predomina el trabajo y la explotación está entre 3 y 20.
- Los principales cultivos son: el maíz, ñame, de los cuales se vende el 75% de la producción.
- La producción más importante es: Los bovinos y porcinos, de los que se vende el 100% y el 25% de la producción.
- En las 11 veredas se cuenta con una escuela y uno o dos maestros.
- Todas las veredas menos el corregimiento de Santa Fé de las Platas que cuenta con acueducto, consume agua lluvia de pozos y quebradas.
- El Puesto de Salud localizado en el corregimiento está distante entre 3 y 20 kilómetros a cada una de las veredas.
- De las 11 veredas, 5 cuentan con Promotor Rural de Salud.
- Las organizaciones existentes en cada vereda son: la Acción Comunal y la Asociación de padres de familia.
- Las instituciones que prestan alguna asistencia a esta zona son: El ICA y Fondo Ganadero a nivel pecuario. SEM, Servicio Seccional de Salud y el Convenio Colombo Holandés.
- NOTA: La información se obtuvo de la FICHA SOCIO-ECONOMICA elaborada por CORPOURABA en 1.984.

POBLACION ASIGNADA A LA SEDE DE UPA Y UNIDAD DE COBERTURA AÑO 1.984
(TOTALIZADA) PARA EL UPA Y 4 VEREDAS.

# de viviendas	310	
# de familias	314	
Menores de 1 año	44	
De 1 a 4 años	192	
De 15 a 44 años	279	(Mujeres)
Otras personas	886	
Total personas	<u>1.381</u>	

UPA (Santa Fé de Las Platas) año 1.985

# de viviendas	77	
# de familias	77	
Menores de 1 año	22	
De 1 a 4 años	75	
De 15 a 44 años	102	(Mujeres)
Otras personas	321	
Total de personas	<u>520</u>	

NOTA : No se tiene información de años anteriores sobre datos de población por que no se encontraron los censos

UNIDAD DE COBERTURA

	1.980	1.981	1.982	1.983	1.984	1.985
<u>PALTAS ARRIBA</u>						
# de viviendas	84	80	85	70	76	76
# de familias	91	91	91	77	82	82
Menores de 1 año	27	27	29	16	16	17
De 1 a 4 años	68	70	79	49	67	72
Mujeres de 15 a 44	125	116	120	80	39	110
Otras personas	306	306	344	340	183	271
Total de personas	<u>566</u>	<u>519</u>	<u>523</u>	<u>470</u>	<u>527</u>	<u>470</u>
<u>PLATAS DEL MEDIO</u>						
# de viviendas	65	—	65	57	62	65
# de familias	70	—	70	50	66	68
Menores de 1 año	16	—	64	—	12	14
De 1 a 4 años	64	—	88	—	48	60
Mujeres de 15 a 44	86	—	85	—	62	77
Otras personas	258	—	256	—	245	241
Total de personas	<u>424</u>	—	<u>493</u>	—	<u>357</u>	<u>392</u>
<u>BOCA AL REVES</u>						
# de viviendas	45	45	45	45	47	43
# de familias	45	45	45	45	45	46
Menores de 1 año	6	10	13	9	6	6
De 1 a 4 años	23	23	30	26	31	18
Mujeres de 15 a 44	44	46	49	49	57	53
Otras personas	152	161	165	176	167	165
Total de personas	<u>215</u>	<u>229</u>	<u>246</u>	<u>260</u>	<u>281</u>	<u>242</u>

EL VOLCAN

	1.982	1.983	1.984	1.985
# de viviendas	48	45	124	52
# de familias	50	50	124	54
Menores de 1 año	11	14	10	14
De 1 a 4 años	65	30	44	38
Mujeres de 15 a 44	73	54	67	53
Otras personas	139	179	153	207
Total de personas	<u>299</u>	<u>279</u>	<u>572</u>	<u>312</u>

CAMPANITO

# de Viviendas	—	—	79	67
# de familias	—	—	76	67
Menores de 1 año	—	—	16	11
De 1 a 4 años	—	—	69	60
Mujeres de 15 a 44	—	—	92	84
Otras personas	—	—	299	271
Total de personas	—	—	<u>476</u>	<u>426</u>

NOTA : En el Volcan y Campanito los P.R.S empezaron a laborar a finales del año 1.982. En Campanito aparecen datos del año 1.984 y 1.985
 En algunos de los datos que aparecen son contradictorios, pero los P.R.S no tienen explicaciones a ellos

ATENCIÓN A LAS PERSONAS

Desarrollo del componente

- A través del Puesto de salud se desarrollan los siguientes programas

1-Materno infantil : Control prenatal

Se implementa a partir de abril de 1.984

Cobertura / 84 59 mujeres

/ 85 19 "

Partos atendidos

Cobertura / 84 10

/ 85 —

Planificación familiar

Se inicia a partir del año /84

Cobertura / 84 13

/ 85 23

Inmunizaciones

Aparece en el informe del programa de vacunación

Crecimiento y desarrollo

Se inicia en diciembre del año / 84

Cobertura / 84/85 43 niños

Control de diarreas y rehidratación oral

Se esta realizando el programan desde el año / 84
pero no se obtuvieron datos sobre cobertura.

2- Programas especiales :

Malaria : Casos examinados : 44

tratamientos suministrados : 21

NOTA : El programa de malaria empezo a ser llevado por la auxiliar a partir de enero de 1.985

Salud oral : Para este programa la auxiliar maneja la parte de educación

T.B.C y Vénereas : Detección de pacientes, no se han presentado casos durante el tiempo que lleva la auxiliar

Otros : Huertas caseras : 7 realizadas en / 84
Toldillos : 23 año / 85

3- Consultas médicas : Se empieza a realizar a partir del año 1.984 una vez cada mes se programa pero pero no se cumple siempre con esta frecuencia.

Cobertura / 30 a 70 pacientes por consulta.

Características : Se realiza la consulta y se vende droga ese día.

- A traves del P.R.S. Se desarrollan los siguientes programas.

1- Materno infantil : Control prenatal de controles

Año / 82	201
/ 83	1.350
/ 84	855
/ 85	813.

NOTA : No se pudo precisar el % de mujeres en
el programa en el periodo / 82-84 .

/ 85 36 mujeres .

// de personas atendidas en las visitas

Menores 1 año

/ 82 164

/ 83 102

/ 84 75

/ 85 71

1 a 4 años

/ 82 113

/ 83 248

/ 84 202

/ 85 133

Embarazadas

/ 82 25

/ 83 48

/ 84 70

/ 85 41

Puerperas

/ 82 28

/ 83 54

/ 84 42

/ 85 32

Otras personas

/ 82 389

/ 83 884

/ 84 456

/ 85 531

de partos atendidos

/ 82 2

/ 83 3

/ 84 23

/ 85 8

de nacidos vivos

/ 82 -

/ 83 19

/ 84 27

/ 85 18

Crecimiento y desarrollo

Se empieza a partir de mayo / 85

Cobertura : 78 niños inscritos

Control de diarrea y rehidratación oral

Empieza el programa a partir de Agosto/84

Cobertura : /84-85 : 37

Nota : El # de personas atendidas en la visita no aparece los motivos de atención (enfermedad u otros)

Nota : En el control de diarreas y rehidratación oral el dato es el recordado por el P.R.S pero no aparece registrado.

2- Programas especiales : Malaria : 27 muestras tomadas y remitidas al puesto de salud

3- Otros programas : Saneamiento básico : Instalacion de 1 taza sanitaria en la casa da cada promotor
 Instalación de 13 tazas en una vereda
 " de 1 letrina de hoyo seco en otra vereda

Toldillo : Se empezo el programa con 5 familias este año.

de remisiones :

/ 82 2

/ 83 3

/ 84 47

/ 85 17

Nota : No aparecen causas de remisión

POBLACION ASIGNADA A LA SEDE DE UPA Y UNIDAD DE COBERTURA (TOTALIZADA) PARA EL UPA Y 3 VEREDAS

DAMAQUIEL	1.983	1.984	1.985
# de viviendas	108	211	138
# de familias	115	223	138
Menores de 1 año	63	247	23
De 1 a 4 años	65	204	88
De 15 a 44 años-mujeres	88	232	174
Otras personas	329	120	241
Total personas	<u>620</u>	<u>720</u>	<u>624</u>

NOTA : No se tienen datos de los años anteriores

UVEROS			
# de viviendas	117	—	104
# de familias	170	—	125
Menores de 1 año	27	—	19
De 1 a 4 años	70	—	
De 15 a 44 años mujeres	106	—	115
Otras personas	437	—	381
Total personas	<u>810</u>	—	<u>705</u>

EL FILO DE DAMAQUIEL

# de viviendas	41	---	40
# de familias	41	---	40
Menores de 1 año	8	---	5
De 1 a 4 años	39	---	36
De 15 a 44 años mujeres	41	---	37
Otras personas	168	---	170
Total de personas	<u>256</u>	---	<u>248</u>

NOTA: La Promotora empezó a trabajar desde 1981. No existen copias de los censos en el Puesto de Salud; su archivo personal se quemó en 1984.

EL DESCANSO 1.985

# de viviendas	47
# de familias	47
Menores de 1 año	9
De 1 a 4 años	42
De 15 a 44 años mujeres	47
Otras personas	164
Total de personas	<u>262</u>

NOTA : La P.R.S. empezó a trabajar en al año 83 finales.

ATENCION A LAS PERSONAS

Desarrollo del componente

- A través del puesto de salud se desarrollan los siguientes programas

L-Materno infantil : Control prenatal :

Cobertura / 84 17 mujeres
 / 85 15 " que han terminado
 embarazo y 8 que hay actual-
 mente

Partos atendidos

Cobertura / Julio/ 84 y 85 se han atendido 6

Planificacion familiar

Se inicia a partir del año 1.984

Cobertura / 84 85 10 - pildoras
 10-ligadura de trompas

Inmunizaciones

Aparece en el informe del programa de vacunación

Crecimiento y desarrollo

Se inicia en diciembre de 1.984

Cobertura / 84-85 45 niños inscritos

Control, de diarreas y rehidratación oral

Se lleva el programa pero no se tienen datos regis-
 trados

2-Programas especiales : Malaria : Se implementa a partir de enero / 85

Casos examinados 72

Tratamiento suministrado 20

Salud oral : Para este programa la auxiliar maneja la parte de educación a través de una charla mensual en la escuela

T.B.C y Vénereas : Detección de pacientes y tratamiento . No se tienen datos registrados

Otros : Toldillos . Empieza en el año / 85
cobertura 26

3-Consulta médica : Se empieza a realizar en forma muy desordenada . de julio / 84 a junio / 85 se ha hecho consulta médica 7 veces .

2 comisiones médicas multidisciplinarias realizadas por la patrulla aérea de la salud (Cordura)

Nota : Riesgos y remisiones no se pudo establecer los datos (Programa materno infantil)

- A través del P.R.S se han desarrollado los siguiente programas :

1 Materno infantil : Control prenatal : # de controles

Año / 82	33
/ 83	354
/ 84	716
/ 85	513

No se pudo precisar el # de mujeres en el programa en el periodo / 82-84

/ 85 19 mujeres.

de personas atendidas en las visitas

Menores de 1 año

/ 82 0

/ 83 29

/ 84 48

/ 85 24

De 1 a 4 años

/ 82 0

/ 83 68

/ 84 60

/ 85 34

Embarazadas

/ 82 2

/ 83 60

/ 84 33

/ 85 47

Puerperas

/ 82 0

/ 83 17

/ 84 14

/ 85 15

Otras personas

/ 82 253

/ 83 539

/ 84 676

/ 85 224

de partos atendidos

/ 82 0

/ 83 1

/ 84 0

/ 85 0

de nacidos vivos

/ 82 0

/ 83 6

/ 84 2

/ 85 6

Inmunizaciones : Aparece en el informe de vacunación

Crecimiento y desarrollo

Se empieza a partir de mayo de / 85

Cobertura : 88 niños inscritos

Control de diarreas y rehidratación oral

Empieza el programa a partir de Agosto/84

Cobertura : / 84-85 10 CASOS

Nota : El # de personas atendidas durante la visita no aparece los motivos de atención (Enfermedad u otros)

nota : En el control de diarreas y rehidratación oral el dato es el recordado por el P.R.S, pero no aparecen registros.

2 Programas especiales : Malaria : # de muestras enviadas al puesto de salud 18

de remisiones

/ 82 0

/ 83 10

/ 84 65

/ 85 20

Nota : No aparece causa de remisión

C A P I T U L O C U A R T O

CAPACITACION , SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA

I. CAPACITACION

MARCO TEORICO

El Programa de Atención Primaria de Salud, contempló desde sus etapas iniciales la capacitación del recurso humano, como medida para contar con la infraestructura humana requerida para desarrollar el programa.

La capacitación de personal entendida como formación, ocupa un lugar destacada dentro del Servicio de Salud de Antioquia y el Convenio Colombo Holandés como la estrategia mas adecuada para contar con el Recurso Humano necesario para aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la Comunidad.

La habilitación de personal incorpora Promotores Rurales de Salud y Auxiliares de Enfermería iniciándose en la Regional de Urabá en 1980; dándose especial énfasis durante los años 80 y 81.

Mas tarde en 1982, se considera también como aspecto fundamental la supervisión del personal capacitado y del que labora ya en la Unidad Regional como una forma de hacer seguimiento y como una medida de apoyo al personal para el cumplimiento de sus funciones.

La supervisión se realiza en estos momentos en la Unidad Regional - en forma esporádica y se orienta básicamente al control de personal. El objetivo es entonces el de cambiar el concepto de Supervisión - como control hacia el de asesoría, apoyo y trabajo conjunto entre - Supervisor y Supervisado y la estructuración del componente de Su - pervisión como un Programa mas de la Unidad Regional .

Posteriormente en 1983 y aunque en años anteriores se viene haciendo la Educación Continua, surge la necesidad de estructurar este Compo - nente dentro de la Unidad Regional de Urabá de tal forma que se - constituya en elemento de apoyo y complementario de la Supervisión y Capacitación de personal.

La Educación Continua viene siendo responsabilidad de la Unidad Re - gional y cuenta con el apoyo de la Escuela de Auxiliares de Enferme - ría quien se encarga de la formación de Promotores Rurales de Salud y de Auxiliares de Enfermería a partir de 1982. Esta institución - durante los años 1983 y 1984 apoya al componente de Educación Con - tinua dando su mayor aporte en 1985, teniendo en este período la - responsabilidad directa de su ejecución.

A partir de 1983 se ha impulsado la integración de los componentes de Capacitación, Supervisión y Educación Continua para impedir que - estos tres elementos se sigan dando en forma aislada o inconexa. Actualmente, 1985 se considera una trilogía, donde la capacitación básica se complementa con la Supervisión en cuanto ésta signifique asesoría y capacitación en servicio, a su vez los resultados de la supervisión, orientan los temas de la Educación Continua y el análi - sis crítico de este proceso permite retroalimentar el contenido de la Capacitación básica, para ajustarlo a las necesidades reales de - la Comunidad.

II. ESTRUCTURA Y PROCESO

A. CAPACITACION DE PROMOTORES DE SALUD Y AUXILIARES DE ENFERMERIA

Se considera la capacitación como la formación y preparación del recurso humano , en conocimientos, técnicas y procedimientos que los habiliten para prestar servicios básicos de salud a la población.

1. Promotores Rurales de Salud y Auxiliares de Enfermería

La Promotora de Salud se considera como el personal de base de la Unidad Primaria de Atención, es una persona entre 18 y 35 años de edad, con escolaridad promedio de 5º primaria y quien recibe un curso de adiestramiento de 3 meses de duración que la habilita para prestar servicios básicos de salud a la población especialmente a la del área rural.

La Promotora de Salu es seleccionada por su comunidad y preparada por el Equipo Multidisciplinario de la Unidad Regional, de acuerdo al Programa de Capacitación elaborado por este mismo Equipo, adaptado a las necesidades, condiciones y patologías del área tomando como base las normas emanadas del Ministerio de Salud.

La responsabilidad de los primeros cursos realizados correspondió a la Unidad Regional (1980 - 81) a partir de 1982 fue delegada a la Escuela de Auxiliares de Enfermería de Apartadó y en 1984 los Promotores fueron capacitados por la Escuela de Auxiliares de Enfermería de Ciudad Bolívar.

La Auxiliar de Enfermería constituye junto con la Promotora Rural, los pilares de la Atención Primaria en Salud.

La Auxiliar de Enfermería es una persona mayor de 18 años, que tiene 9 años de educación básico y 18 meses de formación técnica, con orientación hasta la fecha, casi exclusivamente hospitalaria.

El primer curso de capacitación de Auxiliares para Apartadó, fue realizado por el SENA en Medellín (1980) a partir de 1982 la capacitación de este personal es responsabilidad de la Escuela de Auxiliares de Enfermería de Apartadó.

2. Etapas de la Capacitación

2.1. Promoción y Selección

Teóricamente se ha considerado que antes de seleccionar los candidatos, deberá hacerse la selección de las veredas, que se realiza mediante un reconocimiento de las Comunidad y de un plan de complementación de las UPAS.

La promoción en la comunidad para la selección de candidatos se hará utilizando las reuniones de la comunidad, mensajes radiales, volantes, boletines veredales, afiches, - otros, en donde se explique claramente las funciones que deberá desempeñar el Promotor Rural de Salud o la Auxiliar de Enfermería.

Los candidatos serán escogidos por la comunidad con la ayuda del personal del área social y en asambleas comunitarias.

A los candidatos presentados por la Comunidad se les hará una inducción en un Puesto de Salud con el fin de conocer sus aptitudes y motivaciones.

La selección final de los aspirantes al Curso corresponde al Equipo Multidisciplinario o Equipo de Salud de la Unidad Regional, dando mayor importancia a la opinión comunitaria y aplicando con elasticidad los requisitos de edad y escolaridad.

Evaluación

*** Promotores de Salud**

Inicialmente la promoción estuvo a cargo de las Unidades Locales y Trabajo Social, contenido con la poca experiencia de los funcionarios y la falta de un grupo que pudiera participar en ésta. Existía mayor dificultad porque la comunidad no conocía las funciones del Promotor de Salud y consideraba que era una especie de "médico rural", en la medida en que han conocido sus funciones y actividades van canalizando a través de él sus necesidades en salud.

Actualmente no es necesario promocionar los cargos para Promotores de Salud ya que a diario llegan solicitudes de veredas necesitadas de este tipo de personal.

La selección de Promotores de Salud ha sido difícil por las condiciones mismas de la comunidad, donde las mujeres deben desarrollar un trabajo en su casa al cuidado de los hijos y los hombres no tienen su situación militar definida por no haber sentido la necesidad antes y ser ahora área de conflicto armado.

En el último curso la selección de éstos se realizó en cada Unidad Local, encontrándose fallas en la preselección, lo cual hizo necesario nuevamente la promoción, - visitando algunas veredas.

Se utilizaron las pruebas enviadas por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia con participación del personal docente, la Trabajadora Social y un Sociólogo - del Convenio.

* Auxiliares de Enfermería

Para el primer curso no se hizo promoción de candidatos, la selección correspondió a CORPOURABA y el SENA y los Auxiliares fueron escogidos entre el grupo que se capacitaba en Medellín.

NOTA : La información sobre Auxiliares de Enfermería se presentará solamente de los cursos realizados por la Escuela de Auxiliares de Enfermería de Apartadó.

PRIMER CURSO

Se contó con un tiempo corto para éste, realizándose principalmente en las Unidades de Salud con la promoción a los Ayudantes de Enfermería (64% del grupo fueron Ayudantes de Enfermería) y comunicación a la comunidad por medio de la radio.

SEGUNDO CURSO

Hubo un mayor tiempo para la promoción, se conformó el Comité de admisiones, se estudió el envío de solicitudes proporcionalmente a los diferentes lugares, en todos los municipios de Urabá y se incluyó además Chocó y Murindó (8% del grupo fueron Ayudantes).

Selección

*** Auxiliares de Enfermería**

PRIMER CURSO

Por prueba escrita y entrevista individual, no se tienen datos consignados por escrito, se realizó en el Hospital Regional con participación de las docentes, la Jefe del Departamento de Enfermería y la Jefe de la Sección de Enfermería del Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

SEGUNDO CURSO

Después de estudiar las solicitudes presentadas por los aspirantes, se realizó un análisis de éstas, haciéndose necesario visitar algunos centros educativos por falsedad de documentos, informándose por escrito a la unidad correspondiente sobre la aceptación o no de las solicitudes y fechas de las pruebas de admisión.

Pruebas de Selección

* Prueba escrita :

Valor 50% a la cual se realizaron algunos ajustes teniendo en cuenta la experiencia de las otras Escuelas del Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

* Entrevista Individual

Valor 40% basado también en formatos previamente elaborados.

* Comité de Admisión

Valor 10% distribuido en los siguientes aspectos :

- Disponibilidad, ortografía, letra y presentación de la prueba.
- Observación durante las pruebas
- Ayudantes de Enfermería

2.2. Contenido de los Cursos

Se ha considerado que los contenidos de los Cursos deben establecerse teniendo en cuenta los siguientes aspectos :

- * Diseñarlo con base en la mortalidad prevalente en la zona.
- * El contenido debe darse en forma integral y no en módulos sueltos.
- * Incluir como unidades curriculares los de Atención a las Personas, Atención al Medio Ambiente, Participación de la Comunidad, Educación en Salud y Administración, teniendo cuidado de dar mayor énfasis a la prevención de enfermedades y la participación de la comunidad en Salud.

- * Preparar a los capacitadores en técnicas y métodos educativos.
- * Formar un grupo multidisciplinario que se encargue de planear y desarrollar los contenidos.

Evaluación

Contenido

Los Programas tanto para Promotores de Salud como para Auxiliares de Enfermería son enviados por el Ministerio de Salud realizando una adaptación de estos de acuerdo a las necesidades del área. El primer curso de auxiliares de enfermería no tuvo variaciones con relación al del Ministerio de Salud.

* Auxiliares de Enfermería

- Porcentaje de horas dedicadas a las siguientes áreas:

UNIDADES DEL AREA DE CONOCIMIENTOS BASICOS DE ENFERMERIA

UNIDAD	HORAS		
	PROGRAM.	1° CURSO	2° CURSO
I. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	17	20	19
II. EL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y LA COMUNICACION.	37	38	39
III. EL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y LA ETICA.	10	9	10
IV. ATENCION AL MEDIO AMBIENTE	23	20	28
V. LA ADMISION DE L PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD.	25	25	30

UNIDAD	HORAS PROGRAMADAS	HORAS REALIZADAS	
		1º CURSO	2º CURSO
VI. ACCIONES DE ENFERMERIA TENDIENTES A PROVEER CO MODIDAD Y SEGURIDAD AL PACIENTE.	52	66	58
VII. PROCEDIMIENTO DE ENFERME RIA PARA AYUDAR AL PACIENTE DURANTE LA ALIMENTACION Y/O ELIMINACION.	30	21	25
VIII. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA PARA AYUDAR AL PACIENTE CON AFECCIONES DEL SISTEMA MUSCU LO - ESQUELETICO.	36	33	37
IX. ADMINISTRACION DE MEDICINAS Y TRATAMIENTOS.	51	51	97
X. ATENCION DE ENFERMERIA AL - PACIENTE CON PROBLEMAS DE - COMPORTAMIENTO.	34	34	34
XI. ATENCION DE ENFERMERIA EN - EMERGENCIAS.	36	38	56
XII. SALIDA O ALTA DEL PACIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	9	9	9
- UNIDADES DEL AREA DE MEDICO QUIRURGICA			
I. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA PARA ATENDER AL PACIENTE DURAN TE EL PRE Y PORTOPERATORIO.	21	21	21
II. CUIDADO DE ENFERMERIA A PACIEN TES CON PROBLEMAS GASTROINTES TINALES.	29	29	24
III. CUIDADO DE ENFERMERIA A PACIEN TES CON PROBLEMAS DEL APARATO RESPIRATORIO Y CARDIOVASCULAR.	57	51	46

UNIDAD	HORAS PROGRAMADAS.	PRIMER CURSO.	SEGUNDO CURSO
IV. CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PROBLEMAS DEL APARATO URINARIO.	21	29	21
V. ATENCION DE ENFERMERIA EN GINECOLOGIA.	17	18	21
VI. CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PROBLEMAS NEUROLOGICOS.	18	14	12
VII. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA PARA AYUDAR AL PACIENTE CON AFECCIONES DE LA PIEL.	26	23	14
VIII. CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PROBLEMAS EN ORGANOS DE LOS SENTIDOS.	15	17	11
IX. CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PROBLEMAS DE CANCER.	17	13	13
X. CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PROBLEMAS ENDOCRINOS.	14	13	13
XI. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN, ASISTENCIA Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES.	38	40	30
XII. ORIENTACION DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TRABAJAR EN ZONAS DE CIRUGIA Y CENTRAL DE ESTERILIZACION DE MATERIAL Y EQUIPOS.	33	19	14
UNIDADES DEL AREA MATERNO INFANTIL			
I. INTRODUCCION AL AREA MATERNO - INFANTIL.	9	7	8
II. EL EMBARAZO	46	39	39
III. ACCIONES DE ENFERMERIA EN EL PARTO Y POST-PARTO.	51	59	60

IV.	PLANIFICACION FAMILIAR	10	7	17
V.	CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 - 4 AÑOS, EL RIESGO MAS FRECUENTE EN NIÑOS DE 0 - 14 AÑOS.	60	48	54
VI.	DESEMPEÑO ACTIVO DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL NIVEL LOCAL.	36	36	23
VII.	ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD,	14	28	38

* Promotores de Salud

	PRIMER CURSO H.DIC.	ULTIMO CURSO PROG..	HORAS DICTADAS	
I.	UBICACION DEL PROMOTOR COMO ESTU DIANTE.	18	23	19
II.	UBICACION DEL PROMOTOR DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	18	21	17
III.	LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD	14	24	24
IV	LA COMUNICACION, INFORMACION, SU PERSION.		69	62
V.	ATENCION AL MEDIO AMBIENTE	38	48	172
VI.	ATENCION A LAS PERSONAS			
	- NUTRICION	32		
	- OBSERVACION DEL INDIVIDUO		53	29
	- APLICACION DE TRATAMIENTOS Y PROVISION DE MEDICAMENTOS	20	29	29
	- PRIMEROS AUXILIOS	36	60	37
	- ALGUNAS ENFERMEDADES COMUNES	86	3	1
	- ATENCION MATERNO INFANTIL	122	46	80
	- SALUD ORAL		9	8
	- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		39	46

VII. INFORMACION Y SUPERVISION	36	18	21
VIII. SALUD MENTAL			13
IX. ELABORACION DE AYUDAS DIDACTICAS.			40
X. OTRAS ACTIVIDADES	92		

2.3. Metodología de Enseñanza

Se ha considerado importante utilizar métodos inductivos como estudio de caso, sociodrama, otros; dar énfasis a las fases desconcentradas durante el Curso, que permitan realizar un trabajo de campo supervisado y mejorar la calidad de la enseñanza.

Evaluación

* Auxiliares de Enfermería

Durante el primer curso se utilizó en su mayoría clases magistrales, por la poca experiencia docente y el mínimo de recursos con que se contaba (fotocopiadora).

Durante el 2º curso se presentó gran variación, ya que se dieron documentos, el personal docente fue más estable y se contó con más recursos realizando simulaciones, sociodramas, trabajo de grupos, estudios de casos de porcentajes, :

Horas prácticas : 48%

" " teóricas : 46%

" " extracurriculares : 6% (Biblioteca y deportes)

* Promotores de Salud

La metodología fue variada: trabajos de grupo, simulaciones, sociodramas, estudio de casos, estudio dirigido, además se incluían actividades recreativas.

Práctica hospitalaria y extramural : 220 horas
 Teoría : 173 horas
 Laboratorio : 279
 Práctica el : 74,2% Teoría : 25.7%

2.4. Recursos Instruccionales

La variación de recursos ha sido muy poca entre los cursos realizados . Se ha contado con los siguientes recursos :

Tablero	: 100 %
Laminarios	10 %
Rotafolios	10 %
Proyector de Diapositivas	20 %
Mimeógrafo y conferencias escritas	100 %
Cartulinas	80 %
Marcadores	80 %
Láminas	10 %
Laboratorios	90 %
Modelos	5 %
Manuales elaborados por el Servicio	10 %
Manuales propios del Servicio	60 %
Guías de observación	10 %
Guías de trabajo	80 %

NOTA : Estos recursos se utilizaron tanto en la Capacitación de Auxiliares como de Promotores

2.5. Etapas Desconcentradas

* Auxiliares de Enfermería

En el primer curso se desarrolló la práctica extramural en el área Materno Infantil en :

- Consulta externa con una práctica en comunidad en - Chigorodó y Turbo.
- Práctica en Centros y Puestos de Salud en : Nueva Colonia, Bajirá, Mutatá y Currulao.
- En Veredas de : San Pedro de Urabá, San José de Apartadó, Arboletes, Bajirá.

Total de Horas : 160

Las prácticas se realizaron al finalizar el curso

Experiencias de la Etapa Desconcentrada

La parte correspondiente a Atención Primaria es muy corta en el Programa de auxiliares, por lo cual tuvo que ampliarse con el fin de poder realizar la práctica extramural; además el personal docente requirió asesoría, ya que no se encontraba capacitado en Atención Primaria. La experiencia en la práctica fue muy positiva en los auxiliares y se logró la identificación, concientización y participación en las actividades del Promotor, brindando asesoría de acuerdo a las necesidades encontradas. Para el personal docente fue la inducción a trabajo comunitario y permitió realizar ajustes para el 2º curso de Auxiliares de Enfermería.

San Pedro de Urabá : Betania, San Juancito abajo

Práctica Urbana : Principalmente en trabajo comunitario.: Nueva Colonia

El Tres

La Playa (Turbo)

Las experiencias con la Comunidad fueron mas productivas, se desarrolló en cada una de las veredas correspondientes a cada Promotor , permitió aclarar una serie de inquietudes encontradas y logró la aplicación de conocimientos adquiridos.

La asesoría brindada fue directa, el docente permaneció en el lugar de práctica del alumno brindando la asesoría de acuerdo a las necesidades encontradas. Se contó con la participación de 4 docentes. La comunidad brindó alojamiento al alumno y participó en sus actividades : charlas educativas, reuniones, escritos domiciliarios. Hubo gran aceptación del Promotor y el Auxiliar en las Comunidades.

Actividades Programadas para la Fase Desconcentrada

* Auxiliares de Enfermería

AREA : MATERNO INFANTIL

SEGUNDO CUROS DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

OBJETIVOS :

Revisar y analizar con el (la) Promotor (a) de Salud, las funciones y actividades que desarrolla en su trabajo.

Asesorar al Promotor de Salud en el cumplimiento de sus funciones y actividades.

Estudio de la Vereda

- Croquis
- Ficha domiciliaria familiar
- Censo de población y vivienda
- Censo de planificación familiar
- Censo de canalización
- Censo de parteras
- Censo de embarazadas
- Censo de puerperas
- Censo de teguas
- Incidencia de enfermedades : Paludismo
 - Diarrea
 - Desnutrición
 - Deshidratación
 - Eruptivas
 - Tuberculosis
 - Fiebre Tifoidea
 - Tétano
 - Leishmaniasis, etc
- Aspectos físicos, sociales y culturales que inciden en el nivel de salud.
- Economía : cultivos, ingresos y fuentes de trabajo

Organización de la Comunidad

- Promoción de grupos organizados de la comunidad : salud, trabajo, deportes, biblioteca, folclóricos.
- Colaboración en los grupos organizados de la comunidad.

Promoción de los diferentes Programas y Servicios de Salud .

- Visitas, charlas educativas, carteles y reuniones, entrevistas, diferentes medios de comunicación.
- Conoce e informa a la comunidad sobre horarios, costos, normas y servicios que presta el Promotor y la Unidad de Salud.

Atención a las Personas

- Atención Materna : Control Prenatal
Control puerperio
Atención del Parto
Educación
- Atención Infantil: Cuidado al Recien nacido
Educación a escolares
- Atención al adulto: Educación
Controles
- Tratamientos delegados
- Primeros auxilios
- Reconocimiento de signos y síntomas de las enfermedades frecuentes.
- Remisión de pacientes
- Canalización : Promoción
Educación
Aplicación de biológicos

Atención al Ambiente

- Acciones que se han desarrollado sobre :
 - La adecuada provisión y tratamiento del agua
 - Disposición de basuras
 - Disposición de excretas
 - Control de insectos y roedores
 - Fomento de cría de animales y su cuidado en corrales
 - Huertas Caseras
 - Protección de alimentos

Administrativo

- Lleva el registro diario de actividades
- Elabora el informe mensual cumplidamente
- Planea sus actividades
- Asiste puntualmente a las reuniones mensuales programadas
- Distribución de su tiempo de trabajo
- Equipo de trabajo, mantenimiento, utilización y estado
- Manejo de papelería
- Medios que emplea para la comunicación con el personal de salud.

Personal

Concepto adquirido por el Auxiliar a través de las experiencias compartidas

- Relaciones interpersonales
- Responsabilidad
- Iniciativa
- Presentación y orden
- Capacidad de tomar decisiones y resolver problemas
- Interés por el progreso personal

NOTA : En las observaciones después de cada aspecto a evaluar, se puede dar a conocer las dificultades para el cumplimiento de éste.

Actividades de las alumnas en los Centros de Salud Práctica Extramural.

OBJETIVO

Realizar la Supervisión de las funciones y actividades de la auxiliar de enfermería en la unidad de salud.

- Observar los recursos con que cuenta la unidad de salud
- Conocer las actividades realizadas por el auxiliar de enfermería a la comunidad
- Dar enseñanza del manejo correcto de los registros
- Hacer preguntas a la comunidad sobre prestación de los servicios.
- Reunirse con los líderes o grupos de la comunidad
- Conocer el funcionamiento y metodología de los programas
- Dar enseñanza sobre el manejo de los programas
- Observar la atención a las personas y al ambiente
- Revisar los recursos disponibles y manejo de ellos
- Observar la programación y el trabajo de la auxiliar
- Observar los registros e informes de las actividades
- Conocer el manejo de la farmacia
- Conocer la forma de recaudación y utilización de las cuotas de recuperación
- Supervisar el control de inventario
- Evaluar la relación de la auxiliar con la comunidad
- Colaborar con la prestación de servicios a la comunidad
- Dictar charlas a la comunidad

En el segundo curso también se llevó a cabo la práctica extramural con un mayor éxito ya que se conocía debidamente la zona y los objetivos que se establecieron fueron en caminados a lograr una mejor ubicación del auxiliar para su futuro trabajo en puestos y centros de salud, teniendo como base la atención primaria con participación de la comunidad. Se realizó en los siguientes lugares : Arboletes: Las Platas y El Carmelo. San Pedro de Urabá Santa Catalina y San José de Apartadó.

El informe final se dió en base a la guía dada para la práctica extramural, además se consideraron algunos aspectos para la evaluación de la práctica.

En relación al informe anterior mejoraron algunos aspectos del promotor como : dotación , supervisión (para algunos) aunque en la mayoría de los Puestos no se ha logrado conformar un equipo gestor organizado lo cual repercute en el Promotor, contando éste con muy poca asesoría.

* Promotores de Salud

Se brindó al Promotor de Salud la oportunidad de realizar una práctica urbana y rural que permitiera un mejor desempeño en su trabajo futuro.

Se realizó la práctica extramural en las veredas de cada promotor :

Arboletes : Guadual arriba, Pavitas y El Descanso

Bajirá : La Primavera,

San José de Apartadó : Mulatos

Turbo : La Playa

- Realizar visitas domiciliarias
- Dar orientación y educación a la auxiliar de acuerdo a las necesidades.
- Elaborar diariamente el plan de actividades
- Presentar el resumen de las actividades realizadas
- Informar en la evaluación final las observaciones y su gerencias.

Actividades de las Alumnas en consulta externa Comunidad

* Auxiliares de Enfermería

OBJETIVO :

Identificar las funciones y actividades que realiza el personal de enfermería en los Programas Especiales y Materno Infantil.

- Conocer el funcionamiento y metodología de los Programas.
- Motivar a la comunidad sobre la importancia de cada uno de los programas
- Identificar y captar personas que puedan ser inscritas en cada programa.
- Inscripción de las personas que deseen ingresar a cada Programa
- Dar citas para los controles
- Dar orientación y educación adecuada a los usuarios de cada Programa.
- Organización del fichero de cada programa
- Tener en orden el cuaderno de citas
- Llevar los registros e informes de cada Programa
- Dictar charlas a la comunidad

- Elaborar material educativo para charlas con cada uno de los Programas
- Realizar actividades en el programa de vacunación
- Dar orientación al personal sobre el funcionamiento y metodología de cada programa
- Mantener en completo orden y aseado el área de trabajo

Actividades a realizar en la Fase Desconcentrada

* Promotores de Salud

- Reunión con líderes de la comunidad
- Reunión con miembros de la comunidad
- Elaborar croquis del área asignada
- Integración con la comunidad en el desarrollo de las actividades que ellos tengan
- Hacer el censo de la población asignada un total de 20 casas, con base en la ficha domiciliaria.
- Hacer el censo de parteras
- Hacer la clasificación del riesgo
- Hacer censo de mujeres en edad fértil (planificación familiar).
- Hacer censo de vacunación
- Hacer censo de embarazadas en control prenatal
- Plan diario de actividades
- Realizar actividades que le son propias
- Resumen de actividades diarias
- Informe general de las actividades realizadas y presentación del plan

Informe General de la Fase Desconcentrada en Arboletes,
Bajirá, San José de Apartadó y San Pedro

- La Comunidad identifica a la promotora como un elemento de la Salud que les puede dar atención de cualquier tipo y a cualquier hora.
- La comunidad no conoce cuales son las funciones y actividades de la promotora.
- La comunidad solicita el recurso de la promotora muy regular.
- Las promotoras se observaron con muchas inquietudes, fallas en sus funciones y actividades en cuanto a :
 - o Elaboración del estudio de la vereda incompletos
 - o Elaboración del croquis incompletos
 - o Elaboración de registros incompletos
 - o Elaboración del plan de actividades incompletos
 - o No sabían realizar promoción y orientación a la comunidad
 - o Charlas muy pocas
 - o Fallas en procedimientos
 - o Desconocimiento de atención primaria y participación de la comunidad.
- Dificultades de los Promotores :
 - o Las supervisiones por los otros representantes de la salud eran muy cortas y muy pocas, por primera vez.
 - o No se les realizó nunca asistencia en la práctica
 - o NO tenían un equipo suficiente y adecuado
 - o No les llegaba el pago a tiempo
 - o No les daban suministros

- No recibían educación continua
- No tenían medios de transporte, caminos de difícil tránsito.
- No les reconocían viáticos.

2.6. Equipo Docente

Cuatro Docentes : Enfermeras Profesionales

Preparación de las docentes (por el Servicio Seccional)

Curso de inducción en metodología educativa y asesoría de la dirección de las escuelas.

Selección de docentes :

Se hace por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia, anteriormente con tres cargos de rural, actualmente se pretende que esta persona personal sea más estable.

2.7. Evaluación de los Cursos

En la evaluación académica, deberán contemplarse los siguientes aspectos :

- Utilizar Pre-test y Pos-test
- Evaluaciones periódicas verbales y escritos
- Reuniones del grupo docente para analizar el desarrollo del Curso.
- Autoevaluación de los alumnos

2.8. Evaluación de la Capacitación

Autoevaluación de los alumnos : No ha sido posible por el nivel del alumno y el personal docente no le ha dado la importancia debida.

Evaluación sobre metodología y contenido : no se tiene una evaluación detallada de ésta, en el primer curso.

En el segundo curso de auxiliares se concluyeron los siguientes aspectos :

- Los contenidos de capacitación se realizaron con base en las necesidades de la región.
- Hubo estabilidad del personal docente
- Un mejor aprovechamiento de experiencias en el área hospitalaria con los conceptos teóricos dados previamente.
- Mayor rendimiento académico, considerando que la práctica extramural y rotación de turnos especiales se realizó al final del área.
- Variedad de experiencias que ofrece la Regional en todas las áreas.
- Falta evaluar el rendimiento de actividades docentes con base en el rendimiento de los alumnos

Evaluaciones conjuntas entre educandos y educadores. No se realizan evaluaciones calificadas a los alumnos.

5 % trabajos en grupo

5 % trabajos individuales

5 % participación en clase

5 % Quices

80% Parciales que evalúan el contenido de cada unidad

Para la evaluación de la práctica se utilizan 2 formatos:

Evaluación formativa : No tiene calificación cuantitativa.

Evaluación sumativa : Con parámetros de medida previamente establecidos.

Parámetros para definir el rendimiento y aprobación del Curso por parte del Alumno.

En la parte teórica :

- Calificación de 0-- 10 puntos

- Aprueba : mas de 6 puntos

Además el Comité de evaluación da un concepto del rendimiento del alumno.

En la parte práctica :

Optimo : 9.5 - 10

Satisfactorio: 8.1 a 9.4

Aceptable : 7 a 8

Deficiente : 5.5. a 6.9

Mínimo : menos de 5.5

Aprueba con 7 ó + de 7. Además el concepto del desempeño en la práctica clínica.

Aspectos que se evalúan durante la formación del Estudiante

Por Comité de Evaluación :

- Rendimiento académico

- Aplicación de conocimientos adquiridos

- Relaciones interpersonales

- Comportamiento

B. SUPERVISION

1. Concepto

La Supervisión es considerada como una parte fundamental del proceso administrativo y técnico. La Supervisión es asesoría, ayuda, trabajo conjunto entre el Supervisor y Supervisado y como un proceso dinámico de enseñanza - aprendizaje. La Supervisión contempla además el aspecto de control, pero sin que éste se convierta en su único objetivo.

Evaluación

Inicialmente la Supervisión estuvo encaminada a la revisión de registros y a averiguar las causas de fallas para establecer los correctivos; para ello se contaba con una guía de Supervisión, - que incluía todas las funciones del Promotor de Salud o la Auxiliar y era calificada como buena, regular o mala.

En vista que la situación continuaba igual y los conceptos de Supervisión policiva fueron evolucionando hasta supervisión, asesoría; fue necesario unificar el concepto a nivel de Auxiliares de Enfermería directas encargadas de la Supervisión a Promotores de Salud. Este concepto se unificó en el sentido de realizar visitas y asesorías que respondan a las necesidades del Promotor de Salud y tengan un objetivo específico que cumplir.

2. Supervisión de Personal

La Supervisión se realiza siguiendo el esquema de la regionalización . El Servicio Seccional de Salud de Antioquia hace la Supervisión del Nivel Regional a través de un Equipo Multidisciplinario que dá asesoría y controla las actividades que se desarrollan. Las visitas de este Grupo son esporádicas.

La Unidad Regional cuenta con un grupo integrado entre el otros por el Director, el Supervisor Administrativo, la Enfermera Regional y la Trabajadora Social. El objetivo de este grupo es de dar asesoría y revisar las actividades que ejecutan las Unidades Locales.

El Grupo Supervisor tiene programado hacer visitas mensuales a las Unidades Locales, de tal forma que cada Unidad Local reciba dos Supervisores por año.

Se ha considerado que cada Unidad Local tenga a su vez un grupo que se encargue de la Supervisión de los Centros y Puestos de Salud, el cual debe estar integrado por un representante de Atención Médica, Enfermería, Area Social, saneamiento, otros de acuerdo a necesidad , que pueda realizar dos visitas por año a cada Sede de UPA.

La Supervisión de la Promotora de Salud está a cargo de la Auxiliar de Enfermería de la Sede de UPA, apoyada por el Promotor de Saneamiento y personal del Area Social cuando sea posible. La visita se realizará cada dos meses.

Todos los grupos supervisores complementaron las visitas con informes, registros estadísticos, guías de supervisión. Lo importante en la Supervisión será la retroalimentación y el seguimiento que se de a las acciones.

Teniendo en cuenta los criterios ya expresados, las actividades serán :

- * Establecer un sistema básico que incluya el personal res - ponsable, la frecuencia de las visitas y los instrumentos utilizados.
- * Organizar los Grupos Multidisciplinarios encargados de la Supervisión.
- * Llevar registros individuales que permitan hacer un se - guimiento de cada funcionario .
- * En cada visita, el Supervisor debe conocer cómo se relaciona el Supervisado con su nivel inmediatamente inferior.

EJEMPLO: El Grupo del Nivel Local visita a la Auxiliar de la UPA, pero debe realizar con ella una visita al Promotor; el grupo del Nivel de UPA visita al Promotor, pero debe establecer contacto con la comunidad, acompañándolo en una visita domiciliaria o asistiendo a una reunión educativa, etc.

- * Aseguren el apoyo logístico necesario
- * Capaciten al personal nuevo que debe actuar como Supervisor
- * Mantenga una programación regular de cursillos de refrescamiento y educación continua.

Evaluación

Personal que participa en la Supervisión

1. Equipo Multidisciplinario o Equipo de Supervisión

Conformado por el Jefe Regional o Jefe de Atención Médica, la Enfermera, Supervisor Administrativo, Trabajadora Social, Supervisores de Saneamiento, Vacunación, Estadística, Regente de Farmacia y algunas veces asiste la Nutricionista.

Se programan dos visitas por año a cada Unidad Local y Centros de Salud; la mayoría de las 2 veces solo se realiza una visita por diferentes imprevistos, demasiado trabajo, o programaciones propias del S.S.S.A. o la Unidad Regional.

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

Actualmente hace las veces de apoyo, control y asesoría, pues cada uno de los miembros del equipo asesora en sus programas específicos, estas visitas sirven de apoyo al personal que se siente relegado en el área rural y controla cada una de las actividades realizadas buscando una optimización de los recursos.

Durante 1981 y 82, es posible que se hicieran visitas mas frecuentes a las diferentes Sedes de UPAS, por contar la Regional con menos número de Organismos de Salud; además no existía un sistema muy definido de regionalización.

Durante 1984 y 85, ha evolucionado el concepto de Supervisión con un mayor contenido de asesoría y partiendo de un objetivo específico.

Actividades que se han supervisado a las Auxiliares de Enfermería :

- Funcionamiento y cobertura de cada uno de los Programas que se estén desarrollando en la UPA.
- 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 Promotores 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 realiza
- Contenido de las charlas educativas
- Cuando es posible se acompaña al Promotor Rural de Salud en la actividad que le corresponde realizar el día de la visita de Supervisión.
- Tiene como función aclarar dudas respecto a las actividades que realiza, problemas con la comunidad y manejo de la papelería.

C. EDUCACION CONTINUA

Se considera la Educación Continua como uno de los mecanismos mas - eficaces para refrescar conocimientos, motivar, actualizar y habilitar al personal en servicio para que puedan implementar programas - nuevos y mejorar la calidad del servicio prestado a la población.

De acuerdo con esto los contenidos de la Educación Continua deben - desarrollarse con base en las necesidades detectadas a través de la Supervisión; tomando además como parámetro las necesidades de salud determinadas por las Comunidades.

Para realizar la Educación Continua se deben utilizar diferentes metodologías, bien sea en forma presencial o a distancia. Se pueden utilizar por ejemplo cursillos , talleres, seminarios, estudios de casos, boletines, revistas, documentos, intercambio de experiencias etc.

Evaluación

La Educación Continua es responsabilidad del S.S.S.A. , de la Unidad Local o la Escuela de Auxiliares de Enfermería de Apartadó, - quien tenga la iniciativa elabora la programación con asesoría de diferentes organismos. Participan todos los miembros del Equipo de Salud, según sea el tema.

Se programa generalmente siguiendo las políticas del S.S.S.A., para implementar los diferentes programas o por la Unidad Regional o Local de acuerdo a las necesidades detectadas en Supervisión.

Como no existía seguimiento de la Educación Continua era difícil su evaluación, solo se realizaba a través de registros o informes mensuales de actividades que muchas veces no son confiables.

Son financiados por el S.S.S.A. y el Convenio Colombo Holandés y en pocas oportunidades por CORPOURABA; se brinda todo el apoyo - posible de acuerdo con el presupuesto disponible.

La Educación Continua se realiza en su mayoría en forma presencial, por concentración, ya que es mas rápido y menos costoso, - generalmente se realiza en el Hospital Regional o en la Escuela de Auxiliares de Apartadó ; ésta última ha prestado un valioso - aporte en este último año (1985) y ha reforzado la Educación Continua con documentos.

El Convenio Colombo Holandés ha implementado las Unidades de Documentación a nivel de las UPAS, como una medida para reforzar la Educación Continua de Auxiliares de Enfermería y Promotores de Salud principalmente.

La duración promedio de los cursos es de 3 a 5 días; sólo el de lectura de gota gruesa dura tres semanas.

El número de participantes depende del tipo de Curso, pero generalmente asisten todos los Promotores de Salud o Auxiliares de Enfermería, según a quien vaya dirigido.

D. RESULTADOS

1. Capacitación

Los tres primeros cursos para Promotores fueron realizados en coordinación con el SENA, Unidad Regional, Convenio Colombo Holandés, los datos fueron los siguientes :

1980 Primer Curso de Capacitación : 2 Promotores Rurales de Salud de : Arboletes, 1 de Apartadó; 2 de San Pedro de Urabá y 2 de Mutatá.

1980 Segundo Curso. Se capacitaron 12 Promotores de Salud : 3 de Bajirá; 5 de Arboletes, 2 de Apartadó y 2 de San Pedro.

1981 Se capacitaron 25 Promotores Rurales de Salud así : 9 de Arboletes; 2 de Turbó; 3 de Necoclí, 5 de San Pedro; 3 de Bajirá ; 5 de San José.

Duración de los Cursos : 512 horas distribuidas en 17 semanas - así : teoría 187 h. ; práctica 263 h.,.; evaluación 50h.; y estudio dirigido 12 h.

1982 - 1985 La Capacitación tanto de Promotores de Salud como de Auxiliares de Enfermería , correspondió a la Escuela de Auxiliares de Enfermería de Apartadó, así :

	<u>1ºCURSO AUX</u> <u>1981 - 1982</u>	<u>2º CURSO AUX</u> <u>1983 - 1984</u>	<u>PROMOT.</u> <u>1983</u>
Nº de alumnos inscritos	31	35	12
Nº de alumnos que terminaron el Curso.	25	32	9
Deserción estudiantil durante el Curso	2	-	1
Mortalidad por bajo rendimiento	4	3	2
TOTAL :			
Auxiliares : inscritos	: 66		
capacitados	: 57		
Deserción	: 9		
Promotores : Igual al Cuadro Anterior			

De los Promotores capacitados por la Escuela hasta el momento no se ha retirado ninguno.

AÑO	P.R.S. CAPACITADOS	AUX. ENF. CAPACITADOS
1980	34	9 SENA MEDELLIN
1981	23	
1982	0	25 ESCUELA APARTADO
1983	14 = 5 indígenas + 9 en Apartadó	
1984	8 CIUDAD BOL.	32 ESCUELA APARTADO
1985	2 RIONEGRO	
TOTAL	<u>81</u>	<u>66</u>

Actualmente se encuentran vinculados 54 Promotores Rurales de - Salud, con una deserción de 27 promotores, quienes se han retirado por diferentes motivos, que corresponden a un 33%

2. Supervisión

La planeación de las actividades de Supervisión, se hace de acuerdo con el sistema de regionalización; siendo apoyados por el área administrativa, quien actualmente se encuentra mas interesada en la efectividad del Programa y su buen desempeño para mejorar la calidad de atención y ampliación de cobertura.

Frecuencia

El Grupo Multidisciplinario de la Unidad Regional, no ha podido cumplir con la totalidad de visitas programadas (2 por cada unidad Local del año) por diferentes motivos entre ellos; otras programaciones y exceso de trabajo.

A nivel de enfermería se ha centrado la labor de Supervisión , se tiene programado visitar a los Promotores de Salud dos veces por año y a las Auxiliares de Puestos de Salud cada tres meses.

Esta programación es válida para Arboletes, Necoclí, Turbo, Apartadó y Chigorodó , donde hay enfermeras.

Con relación a las visitas realizadas en Apartadó, no existen registros de visitas al Puesto de Salud por parte de las Enfermeras durante 1981 - 1983.

En 1984 no se realizaron visitas de Supervisión a los Puestos de Salud.

En 1985 solo se ha realizado una sola visita. En Bajirá donde no hay enfermera, la ha realizado la Enfermera Regional así :

1981 - 10 visitas durante el año
 1982 - 1 " " " "
 1983 - 1 " " " "
 1984 - 1 " " " "
 1985 - 3 " " hasta la fecha

Los datos anteriores fueron proporcionados por ADELA CORDOBA, - ya que no se encuentran archivos ni en Apartadó ni en Bajirá ; solo se encontraron informes de 3 visitas a Promotores Rurales de Salud por parte de Enfermeras en 1981.

Supervisiones realizadas por Auxiliar de Enfermería a Promotores Rurales de Salud *

AÑO	SAN JOSE	BAJIRA	TOTAL
1981	-	-	-
1982	4	-	4
1983	4	-	4
1984	4	-	4
1985	5	3	8
GRAN TOTAL	17	3	20

* Datos tomados del Informe mensual, SIS H, de los diferentes años, ya que no existe copia de informes de estas visitas a nivel de Puestos de Salud o Unidades Locales.

Otro personal que ha prestado asesoría son los Operarios de labores de campo cuando se va a delegar el Programa PAI en Auxiliar de Enfermería y Promotores Rurales de Salud. Se asesora antes, durante y después de la implantación.

Los Promotores de Saneamiento brindan asesoría cuando se establecen Programas de Saneamiento en una comunidad específica,

En la Unidad Local de Arboletes participan en la Supervisión, la Enfermera Jefe Local, la Auxiliar de Enfermería de cada UPA. El Equipo Gestor Local ha participado indirectamente pasando informes de acuerdo a lo que se detecta en las visitas a las UPAS.

En Arboletes la Enfermera Jefe tenía normatizada una visita de Supervisión por semana, pero se ha venido cumpliendo ocasionalmente de acuerdo con las posibilidades que deje la programación hospitalaria. Las Auxiliares de Enfermería programan la supervisión a Promotores en el plan mensual de actividades. Se realiza cada dos meses a través de una visita al Promotor y en la reunión mensual de la UPA.

Otro Personal que ha prestado Asesoría y Supervisión

Una docente de la Escuela de Auxiliares de Enfermería en 1985, realizó una visita al Auxiliar de cada UPA durante 1 día al Promotor Rural de Salud.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta son las reuniones mensuales. Las reuniones con Auxiliares se realizan en Apartadó , para evaluar y programar actividades. En Bajirá son esporádicas y se realizan cuando surge algún problema de tipo laboral, no quedan actas.

Con Promotores Rurales de Salud en Apartadó, reunión mensual, pa ra brindar Educación Continua, programar y evaluar actividades . Se elaboran actas.

En Bajirá manifiestan hacer reuniones mensuales hasta 1983, cuan do una nueva Auxiliar asume el Programa de Promotor Rural de Sa lud.

En las reuniones mensuales se contemplan aspectos de Educación - Continua y se entrega información sin análisis, no se discuten programas , ni se evalúan actividades realizadas.

Para la Supervisión se tiene una guía elaborada por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia, de la cual se anexa una copia . (Anexo # 2).. Hasta 1983 se tenía guía elaborada por el Conve - nio Colombo Holandés, que se unificó con la del Servicio de Sa - lud. Actualmente está en proceso la elaboración de una nueva - Guía de Supervisión, que se está probando en Urabá, para luego - ser aplicada en todo el Departamento de Antioquia.

En Arboletes se normatiza la reunión mensual de Auxiliares de Enfermería en el Hospital y la Reunión mensual en la UPA.

Como una forma de mostrar el proceso de Supervisión en la Unidad Local de Arboletes, se describirán los resultados de las UPAS de Santa Fe de las Platas y Damaquiel.

Supervisión Promotores de Salud

UPA SANTA DE LAS PLATAS

- Inicialmente los Promotores dependían del Hospital Local, - se hacía una reunión mensual para presentar los informes.
- Entre los años 80 - 85 tres Promotores han recibido 8 visitas de Supervisión. Los otros dos Promotores en los tres años de trabajo han recibido 5 visitas de Supervisión.
- A partir del año 82 con la construcción del Puesto de Salud y el nombramiento de 1 Auxiliar se establecen las reuniones de UPA en el Puesto de Salud y se realiza con mas frecuencia la visita de Supervisión por parte de la Auxiliar de Enfermería.

UPA DE DAMAQUIEL

- Inicialmente los Promotores dependían del Hospital Local. Se hacía una reunión mensual para la presentación de los informes.

Luego dependieron del Puesto de Salud de San Juan y a partir del año/83 del Puesto de Salud de Damaquiel.

La Promotora de UVEROS en 5 años de trabajo ha recibido 5 - visitas de Supervisión. La Promotora del Descanso en 1 año de trabajo ha recibido 4 visitas de Supervisión y la Promotora de Filo de Damaquiel ha recibido en 4 años de trabajo, 2 visitas de Supervisión.

3. Educación Continua

RESULTADOS APARTADO

Cursos Dictados

AÑO	PROM. SAL.	AUX. ENFER.	PERSONAL A. SOCIAL	EQUIPO MULTIDIS.	TOTAL
1981	-	-	-	2	2
1982	4	5	1	2	12
1983	4	4	-	1	8
1984	4	2	-	5	11
1985	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>3</u>
GRAN TOTAL	13	13	1	10	36

Temas Dictados

- 1980 : No hay archivos.
- 1981 : * Abril - Taller Seminario de Atención Primaria en Salud para el Equipo Multidisciplinario, dictado por el Convenio en Apartadó.
- * Seminario Taller sobre inducción, evaluación y programación de Supervisión dictado por el Convenio , Sasáima (Cundinamarca), para Enfermeras.
- 1982 : * Atención Primaria en Salud, Convenio Colombo Holandés y Unidad Regional. para Promotores de Salud y Auxiliares de Enfermería.

- * Ayudas didácticas para Promotores y Auxiliares. Convenio Colombo Holandés y Unidad Regional de Salud.
 - * Planificación familiar para Promotores de Salud. Convenio Colombo Holandés y Unidad Regional
 - * Saneamiento para Promotores de Salud. Convenio Colombo Holandés y Unidad Regional.
 - * Supervisión y manejo de Programas de Consulta Externa. Escuela de Auxiliares de Enfermería de Apartadó
 - * Seminario Taller sobre Participación de la Comuni - dad para personal del Area Social en Apartadó, Convenio Colombo Holandés y Servicio de Salud de Antio quia.
 - * Seminario de Evaluación y Programación de Supervi - sión en Sasaima (Cundinamarca).
- 1983 : * Ayudas didácticas para Promotores de Salud. Convenio Colombo Holandés y Unidad Regional .
- * Desnutrición y Parasitosis. Convenio Colombo Holandés y Unidad Regional.
 - * Vacunación y canalización. Unidad Regional .
 - * Refrescamiento de actividades para Promotores de - Salud. Escuela de Auxiliares de Enfermería. Apartadó.
- 1984 : * Taller sobre Atención Primaria para Equipo Multidis ciplinario en Apartadó. Unidad Regional, Convenio Colombo Holandés
- * Educación en Salud para Auxiliares y Promotores de Salud. Convenio Colombo Holandés y Unidad Regional.

- * Actualización para Promotores Indígenas, S.S.S.A. y Unidad Regional.
- * Programa de Crecimiento y Desarrollo, Rehidratación Oral, para Auxiliares de Enfermería, Unidad Regional.
- * Venéreas para Auxiliares de Enfermería. Unidad Regional.
- * Salud Oral. Auxiliares y Promotores. Unidad Regional.
- * Malaria para Auxiliares de Enfermería . Unidad Regional . S.S.S.A. Y SEM.
- * Actualización y nivelación para Auxiliares de Enfermería.
Escuela de Auxiliares de Apartadó, Unidad Regional
Convenio Colombo Holandés.
- * Crecimiento y Desarrollo para Promotores de Salud
Unidad Local de Arboletes .
- * Hipertensión. Unidad Regional.
- * Seguimiento al Curso de actualización y nivelación para Auxiliares de Enfermería. Escuela de Auxiliares de Enfermería de Apartadó.
- * Educación Continua. Escuela de Auxiliares de Enfermería. Apartadó . Ver anexo # 1.

Número de Cursos que se han realizado	Nº de participantes Respe	
1983 - 1985 Promotores de Salud (2)	26	19
1982 - 1985 Auxil. de Enferme. (2)	68	14
1983 - Promotores de Sanea (1)	11	
1982 - 1985 Otros (2)	132	124

Temas que se han dictado a :

* Auxiliares de Enfermería

- 1982 : * Manejo de Programas de Consulta Externa
 * Supervisión y Asesoría a Promotores de Salud
- 1983 : * Seguimiento del Taller de nivelación del Auxiliar

* Promotores Rurales de Salud

- 1983 : * Refrescamiento de actividades del Promotor de Salud
- 1985 : * Crecimiento y Desarrollo, Arboletes

* Personal de Saneamiento

- 1983 : * Atención Primaria y actividades que desarrolla el Promotor de Saneamiento
 * Delegación de funciones

* Otros

- 1982 : * Uso y mantenimiento Hospitalario
- 1985 : * Inducción en programas y servicios que presta el Hospital . Primeros Auxilios.

NOTA : Cuando no se tienen cursos de Auxiliares y Promotores de Salud, se ha brindado la Educación Continua por la cual no se puede establecer una secuencia por año.'

Educación Continuada Arboletes

* Enfermera Jefe del Hospital Local

- Curso sobre Educación en Salud, año 1984. Duración 5 días, dictado por el Servicio de Salud de Antioquia, en la Escuela de Auxiliares de Ciudad Bolívar.
- Taller sobre Atención a las Personas. Duración 3 días, dictado por el Convenio, en Apartadó. año 1984.

* Médico Director

- Curso sobre, malaria. Duración 5 días, dictado por el Servicio de Salud en Medellín.
- Curso de Atención a las Personas. Duración 3 días. Dictado por el Convenio en Apartadó.

* Odontólogo

- Atención a las Personas. Duración 3 días. dictado por el Convenio Colombo Holandés en Apartadó.

* Auxiliares de Enfermería

Temas dictados : años 84 - 85

- Huertas Caseras
- Rehidratación Oral
- Parasitosis

- Manejo de antibióticos, antiparasitarios y analgésicos.
- Control prenatal
- Enfermedades infectocontagiosas
- Realización de la Supervisión y manejo de registros
- Taller de nivelación de auxiliares. Duración 3 días, - dictado por el S.S.S. y el Convenio.
- Taller sobre malaria (Toma de muestras, lectura, prevención y administración de droga). Duración 15 días, dictado en Apartadó.
- Refrescamiento sobre la elaboración de toldillos y malaria. Duración 1 día, Hospital Local.
- Taller sobre Crecimiento y Desarrollo, Hospital Local. Duración 1 día.
- Taller sobre el manejo de historia clínica única. Duración 1 día.
- Taller sobre Saneamiento Básico Rural. Duración 3 días Convenio Colombo Holandés, CORPOURABA, S.S.S.
- Taller sobre Hemorragias, Post-parto. Hospital Local. Duración 1 día.
- A los temas dictados en las reuniones mensuales de auxiliares y a los Cursos realizados se ha tratado de hacerles seguimiento en las visitas de Supervisión pero no - se alcanza a cubrir todos los aspectos en que se capacita si no, que se trata de reforzar en los elementos necesarios para los Programas que se estén realizando en la UPA.

* Promotores Rurales de Salud

- 1980 : * Charlas dictadas durante la reunión mensual en Hospital Local : Temas dictados :
- Suturas
 - Saneamiento Básico Rural
 - Atención de Partos
 - Enfermedades venéreas
 - Parasitosis
 - Tratamiento a pacientes con mordeduras de culebras
- 1982 : * Curso de refrescamiento para Promotores Rurales de Salud, duración 1 semana. Realizado - Por el S.S.S. en Apartadó.
- * Ronda hospitalaria durante 15 días, en el Hospital Local.
- 1983 : * Curso sobre ayudas didácticas. Duración 1 semana. S.S.S. y Convenio.
- * Curso sobre prevención de malaria, Duración 3 días, dictado por el SEM
 - * Curso sobre toma de muestra (gota gruesa) y prevención, duración 1 día. S.S.S.
 - * Canalización para el Programa de Vacunación . Duración 4 días . S.S.S. en Apartadó.
 - * Administración y manejo de papelería. Duración 2 días, dictado por la Administradora Hospital Local.

- * Instalación de tazas sanitarias. Duración 2 días. S.S.S., Convenio.
 - * Saneamiento Básico Rural. Duración 3 días. CORPOURABA, Convenio y Hospital Local.
 - * Alimentación materna. dictado por el S.S.S duración 2 días.
- 1984 :
- * Se realizó la Educación Continua a través de la reunión mensual de la UPA. Los temas dictados fueron :
 - Tratamiento Oral
 - Rehidratación Oral
 - Paludismo (Refrescamiento)
 - Huertas Caseras
 - Enfermedades respiratorias
 - Salud Oral
 - Planificación Familiar
 - Control prenatal
 - Elaboración de toldillos
 - Construcción Letrina Hoyo seco
 - * Taller sobre Saneamiento Básico , participaron 5 promotores. Convenio. S.S.S. Duración 4 días
- 1985 :
- * Crecimiento y Desarrollo. Duración 3 días . Escuela de Auxiliares de Enfermería. Hospital Local.
 - * Taller sobre Juntas Administradoras de Acueductos, participaron 6 promotores
 - * Rotación de dos días por el Hospital Local.

E. ANALISIS Y CONCLUSIONES

1. Capacitación

El Informe anterior permitió recopilar datos que se encontraban dispuestos. Además hacer una evaluación de los logros obtenidos de los diferentes cursos realizados, que en un momento dado pueden servir para la inducción de personal y evaluación docente. De la evaluación se pueden destacar los siguientes aspectos :

* Causas de Deserción de los Promotores de Salud

Inicialmente se presentaron problemas por el pago que no llegaba cumplidamente, especialmente en Arboletes, lo que originó el retiro de muchos Promotores.

Otras causas son : matrimonio, embarazo y partos, cambio de domicilio y consecución de otros empleos con mayor remuneración,

* Seguimiento del Personal Capacitado

El seguimiento ha sido mínimo, se hacen algunas visitas de Supervisión evaluando mas cantidad que calidad de trabajo.

La Escuela de Auxiliares de Apartadó ha obtenido alguna información del desempeño de los alumnos, preguntando a las Unidades Locales y Regionales, aunque el seguimiento como tal no se ha realizado, se ha incluido en la Educación Continua impartida a todo el personal de la Regional, Locales o Puestos de Salud.

2. Supervisión

Al inicio del Programa no se tienen unificación de criterios con relación a Atención Primaria y no existía una Guía de Supervisión.

1983 - 84 - 85, al incrementarse el número de Organismos de Salud el Equipo es insuficiente para cubrirlos, pues el tiempo es mínimo para todas las funciones que se deben cumplir.

Siempre han existido dificultades por insuficientes vías de comunicación que se hacen intransitables en invierno, los vehículos no son suficientes para atender la demanda, porque además debe hacerseles permanente mantenimiento.

Además hay limitaciones presupuestales, falta de personal para el seguimiento, falta de actualización para el personal profesional, en los diferentes aspectos de la Salud. Por otra parte los cambios de personal no permiten el seguimiento o secuencia de las actividades.

Aspectos positivos

Con la Supervisión se proyecta mas la labor del Puesto de Salud hacia la comunidad, se dá a conocer la Auxiliar, permite conocer de cerca los problemas que pueden tener los Promotores de Salud. Se conoce la comunidad con que se trabaja.

En Arboletes la Supervisión ha permitido durante los años 1984
85 :

- Mejoramiento en la forma de realizar cada uno de los Programas en la UPA.
- Elaboración de registros
- Aumento de la remisión de pacientes
- Disminución de casos de diarrea
- Establecimiento del Programa de malaria teniendo aspectos como: Prevención, detección precoz de la enfermedad y tratamientos administrados.
- Mejoramiento en la realización de control prenatal
- Conocimiento de los diferentes síntomas de la parasitosis y administración del tratamiento.
- Implementación de nuevos Programas (Crecimiento y Desarrollo, huertas caseras).

En cuanto a las reuniones mensuales se ha visto que permiten integrar el Equipo de Promotores de Salud y se puede lograr un intercambio de experiencias.

3. Educación Continua

La Supervisión y la Educación Continua han sido afectadas por algunos aspectos comunes como : falta de personal suficiente, falta de organización de los elementos que involucra este componente y cambio frecuente del personal que trabaja en el Programa y disponibilidad de tiempo y poco seguimiento.

La Educación Continuada no está estructurada a través de un plan previamente elaborado a Nivel Regional o Local, se han realizado algunos Talleres de Capacitación de acuerdo a los Programas con que se trabaja.

NOTA : Los datos presentados fueron tomados en su mayoría en forma textual de la Evaluación presentada por urabá. Por parte de la Oficina de Coordinación se completa la información de Educación Continua en relación a Cursos y temas dictados y se le dió una organización a la forma de presentación de la información y se adicionaron algunos aspectos conceptuales que aparecen antes de la Evaluación.

C A P I T U L O Q U I N T O

S A N E A M I E N T O

I. MARCO TEORICO

El Convenio Colombo Holandés dentro de sus actividades ha enfatizado en las acciones de Atención al Ambiente desde su creación , basado en que en las áreas seleccionadas, CHOCO, URABA, GUAVIARE Y VAUPES, dicha actividad ha tenido poco o ningún desarrollo dentro del Sistema Nacional de Salud. Es así que regiones como Guaviare y Vaupés para citar como ejemplos concretos al iniciar nuestro Programa hacia 1980, no contaban con la infraestructura necesaria ni personal ni física para desarrollar las actividades en Saneamiento y los pocos Promotores en período de formación dedicaban sus esfuerzos a acciones urbanas sencillas como control de establecimientos.

Siendo una de las políticas del Programa de Atención Primaria el trabajo en el zona rural, nuestras principales actividades van encaminadas a mejorar algunos aspectos de Saneamiento Básico, como Abastecimiento de Agua, Disposición de Excretas y Disposición de Desechos sólidos , haciendo mas énfasis en los dos primeros , los cuales se han integrado al Programa de Atención Primaria a través de los Promotores Rurales de Salud, Promotores de Saneamiento y Equipo interdisciplinario encargado de las actividades de Atención Primaria en cada sitio, los cuales tienen nuestro apoyo técnico y económico en algunas actividades concretas. Una forma de apoyar las actividades realizadas hasta ahora en las diferentes áreas, es la dotación de infraestructura física , razón por la cual y con el criterio de aumentar la cobertura de atención a los Programas de Saneamiento, se construyó en tres de las cuatro áreas programadas ,

el Taller Sanitario, a partir del cual se integraron las actividades - de saneamiento en Atención Primaria con programas tan importantes como Participación Comunitaria y Educación en Salud.

El desarrollo de actividades en Saneamiento Básico nos ha permitido de finir conjuntamente con cada una de las regiones, criterios que sirvan de guía para la realización de los diferentes trabajos en el área des tacándose los siguientes :

1. Realizar obras que respondan a una necesidad sentida de la comunidad y que no rompa las características socio-culturales de la misma.
2. Selección de sistemas apropiados y de costo razonables
3. Selección de sistemas de fácil mantenimiento

El cumplimiento de estos criterios requiere un nexo entre la Comunidad y la División de Saneamiento, razón por la cual una condición no indispensable para trabajar o realizar actividades en una comunidad es que haya Promotor Rural de Salud, ya que esta persona es clave para iniciar los Programas de Participación Comunitaria y Educación en Salud necesarios con la colaboración de Programas de Saneamiento, se dice que la existencia de Promotor Rural de Salud, no es indispensable porque en la práctica hemos logrado coordinar actividades con personal de otras Instituciones en sitios donde no hay Promotor Rural de Salud.

OBJETIVOS

1. ABASTECIMIENTO DE AGUA

Llevar agua suficiente y de buena calidad a comunidades o familias en las áreas de influencia del Convenio.

Potabilizar agua en regiones donde ya existe un Abastecimiento suficiente, recurriendo a técnicas desarrolladas y comprobadas como efectivas.

2. DISPOSICION DE EXCRETAS

Dar soluciones individuales o por grupos de viviendas, basándose en los siguientes lineamientos :

- * Detectar y corregir los problemas que se han presentado en la - instalación o utilización de tazas sanitarias.
- * Optimizar la instalación y el uso de las tazas sanitarias, trabajando con ellos , solo en donde existan las condiciones de suelo y abastecimiento de agua en cantidad .
- * Impulsar el uso de otros sistemas, que se adaptan a las caracte-rísticas del área donde se van aplicar.

3. DISPOSICION DE BASURAS

Esta solución depende mucho del nivel educativo y grado de consciencia que adquiera la comunidad , porque de otra manera los programas no funcionan; el aspecto educativo es básico para desarrollar una - de las siguientes actividades que se propone puedan realizarse.

- * Producción de Compost, nivel individual (familiar)
- * Relleno sanitario manual, grupo de viviendas o pequeñas comunidades.

4. CAPACITACION

Capacitar al grupo de técnicos en saneamiento en las diferentes áreas, a través de Talleres Teórico-prácticos, o inducir a otros para que por medio de Talleres dirigidos se pueda capacitar el grupo de personal de Promotores Rurales de Salud.

AREA DE CAPACITACION : - AGUA
 - EXCRETAS
 - BASURAS

DESARROLLO HISTORICO

REGION DE URABA

Hablar de la región de Urabá implica dividirla en dos principales zonas de trabajo, APARTADO con la UPA de San José de Apartadó y ARBOLETES, con actividades en las diferentes Sedes de UPA a partir de 1982 y algunas otras actividades que se describirán adelante.

1. APARTADO

Las actividades realizadas aquí conjuntamente con la División de Saneamiento empezaron hacia 1980 con algunos problemas, como falta de coordinación entre el Hospital - División de Saneamiento y Convenio Colombo Holandés, aspecto éste que nos permitió no planear actividades con base en las necesidades sentidas de las diferentes comunidades, sino realizar una programación superficial sin ningún objetivo que finalmente nos llevó a una ejecución mas baja en -

este año con respecto al presupuesto asignado.

Hubo dos aspectos que a mi parecer incidieron notablemente en lo expuesto anteriormente y ellos son : Falta de conocimiento de los objetivos concretos del Convenio por parte de la Unidad Regional y directamente la División de Saneamiento de la Regional, que se encontraba recién formada y falta de coordinación con otras instituciones, que en ese momento trabajaban en la zona, con los mismos objetivos, por ejemplo CORPOURABA.

Una serie de contactos por parte de la Oficina permitió a finales de 1980 coordinar entre tres instituciones a saber : Unidad Regional/Servicio Seccional de Salud de Antioquia, CORPOURABA y Convenio Colombo Holandés, la programación para construcción de los acueductos de San José de Apartadó, Santa Catalina y Santa Fé de las Platas, habiéndose ejecutado hasta la presente San José de Apartadó y Santa Fé de las Platas, de los cuales el primero se encuentra funcionando en perfectas condiciones en los momentos actuales. Esta podríamos decir fue la base para iniciar a desarrollar actividades alrededor de la UPA de San José coordinadamente con CORPOURABA y concretamente con el Programa PAAI y es así como entre 1983 - 1984 y principios de 1985 se programó la ejecución de actividades en el área de Abastecimiento de Agua y Disposición de Excretas, que nos permitieron cubrir las veredas ubicadas al rededor de San José de Apartadó tales como : La Balsa, La Victoria, La Linda, El Muerto, Buenos Aires, Bellavista y La Unión, trabajos éstos que nos permitieron un excelente desarrollo en los aspectos de Participación Comunitaria, Educación en Salud y aspectos técnicos de la construcción de acueductos, ya que las características de la zona nos ha permitido realizar todos los Abastos con suministro de agua a gravedad mejorando en cada uno de ellos, aspectos tan importantes como Bocatoma y Conducción.

Tal vez el desarrollo de esta zona en cuanto a Saneamiento puede tomarse como modelo, puesto que aquí se unieron todos los esfuerzos de tres Entidades; PAAI, UNIDAD REGIONAL Y CONVENIO, para con recursos como Promotores de Saneamiento, Promotores Rurales de Salud, Promotores Sociales, Ingenieros y Sociólogas, desarrollar toda una metodología integrada de trabajo que nos permitió concientizar, educar y lograr la participación comunitaria, aunque no en el mismo porcentaje en todas las comunidades si lo suficiente como para poder presentar la metodología aquí desarrollada como la ideal. Este aspecto se describirá al final de manera mas detallada.

Es importante anotar que al final de 1984 y principios de 1985 por inconvenientes institucionales, prácticamente el apoyo PAAI fue retirado en su totalidad, pero la dinámica ya creada fue suficiente para finalizar las actividades programadas y continuar con otras que nos permitan dar cobertura mayor y un seguimiento en el aspecto educativo y de mantenimiento de las obras.

Hacia 1983 y conjuntamente con la División de Arquitectura del Servicio de Salud de Antioquia se diseñó y programó la construcción del Taller Sanitario que fue el paso que nos permitió dotar de infraestructura física a la División de Saneamiento y crear con ello espacio para la formación de nuevos programas tanto internos como externos, entre los cuales podemos destacar, Programa de Control de Calidad del Agua que se logró con el montaje de un pequeño laboratorio de aguas, tanto para análisis físico-químicos como bacteriológicos, centro de demostración y pruebas pilotos especialmente en el aspecto de filtración lenta y rápida. Es importante anotar que el Taller Sanitario es el elemento a partir del cual se propone aumentar la cobertura en mantenimiento, aspectos educativos, control de calidad que otros programas dirigidos a los Abastos y Programas de Disposición de Excretas en las diferentes comunidades objeto.

2. ARBOLETES

El Programa de Saneamiento Básico Rural se integra al Programa de Atención Primaria a partir de 1982, antes se venía trabajando en atención al medio en aspectos como, control de zoonosis, vacunación, medicina preventiva, control ante y postmorten, asesoría en la ejecución de algunas obras como Santa Fé de las Platas y La Trinidad, esta serie de actividades hacían parte de la programación mensual presentada por el Promotor de Saneamiento al Médico Director del Hospital.

En el año 1983 se establece una serie de actividades a realizar en los lugares de trabajo del Convenio y Corpourabá, a través del programa de Saneamiento Básico Rural, donde se dió prioridad a la construcción de Abastos de Agua y Disposición de Excretas como acciones que en alguna medida darían respuesta a una de las propuestas presentadas por el SEMOP, como era la de trabajar en el área de salud. A partir de aquí se seleccionaron las acciones a realizar y las áreas para su ejecución, además del aporte financiero por parte de las Instituciones y los recursos necesarios para desarrollar el Componente de Educación en Salud.

RECURSOS UTILIZADOS PARA EL DESARROLLO DEL COMPONENTE

* Económicos

- Transporte y viáticos para los Promotores de Saneamiento
- Aportes de dinero para la ejecución del Programa por parte del Convenio, Corpourabá y Servicio Seccional.

* Humanos

- Promotor de Salud
- Auxiliar de Enfermería
- Promotoras Sociales Convenio - Corpourabá
- Líderes y organizaciones de la Comunidad

SERVICIOS PRESTADOS POR EL PROGRAMA

Se presta a nivel rural y a nivel urbano

* A Nivel Urbano

- Control de Establecimientos Locativos
 - o Trámite de licencias sanitarias
 - o Control ante y post mortem de animales de abasto
 - o Control de Zoonosis
 - o Control de áreas públicas
 - o Control locativo de viviendas

* A Nivel Rural

- Ejecución de obras a nivel rural, unidades sanitarias
- Unidad Sanitaria de la Vereda de Barrancuda
 - o Número de tazas sanitarias instaladas 4
 - o Sanitario con tanques para profesores 1
 - o Orinal 1
 - o Número de alumnos 85
- Suministro de Agua para la Unidad Sanitaria
 - o Construcción de un pozo para el bombeo
 - Tanques de eternit para el almacenamiento de agua 2

- Unidad Sanitaria de la Vereda de San Juancito

- Número de tazas instaladas 5
- Número de alumnos 150

Suministros de agua para la Unidad Sanitaria

- Después de su construcción el agua es cargada desde una re presa, una vez construído el acueducto, ésta llega por tu-bería

- Unidad Sanitaria de Uveros

- Número de tazas instaladas 7
- Número de alumnos 200

Suministro de agua para la Unidad Sanitaria

- Un pozo con sistema de bombeo y dos tanques de 1.000 litros para el almacenamiento.

Esta Unidad Sanitaria estuvo sin utilizar durante 6 meses por escasez de agua en el Corregimiento debido al verano y por da ño de la bomba manual.

- Unidad Sanitaria de la Vereda Pajillal

- Número de tazas instaladas 7
- Número de alumnos 150

Suministro de agua para la Unidad Sanitaria

- Construcción de un abasto por sistema de gravedad para alma cenamiento del agua en dos tanques de 1.000 litros.

- Unidad Sanitaria de La Trinidad

o Número de tazas sanitarias instaladas 7

o Número de alumnos 200

No cuenta con suministro de agua

NOTA : La construcción de esta Unidad Sanitaria se inició en el segundo semestre de 1984, su construcción estuvo a cargo de la Administración Municipal con dineros aportados por Corpourabá-Holanda, la construcción inicial no corresponde a los planos utilizados en la construcción de otras unidades sanitarias, tampoco la calidad de los materiales, esta Unidad Sanitaria está sin terminar.

ABASTOS DE AGUA

* Construcción de un Acueducto por sistema de bombeo en la Vereda de San Juancito.

Construcción en el Segundo semestre de 1983

Programado para 32 viviendas

Estado actual :

- Dos motobombas para realizar el bombeo
- Ocho tanques de 1.000 litros
- 16 casas que reciben el servicio
- 6 casas destruídas
- 3 casas desocupadas
- 7 casas que no reciben el servicio por no pago de la cuota asignada.
- Cuota mensual asignada \$ 200

Prestación del servicio

Durante el año de 1984 se realizó el bombeo cada 3 días, durante el primer semestre del año 85 se realizó el bombeo cada 5 días.

Desde la construcción del acueducto se ha utilizado un solo motor , el otro se ha utilizado muy pocas veces porque es mucho mas lento para realizar el bombeo. El motor que ha sido mas utilizado estuvo dañado durante tres meses en el año/85 y fue sometido a 3 reparaciones en el año/84.

El servicio del agua se ha prestado con mas frecuencia en la época del invierno, porque la capacidad de la represa no alcanza para prestar el servicio en la época de verano. A pesar de que el número de viviendas que recibe el servicio es muy bajo, la capacidad de la represa es suficiente para el número de viviendas que está programado el acueducto en la época de verano.

El gasto de combustible para el motor que se está utilizando es de 5 galones para 3 bombeos de 2 horas cada uno.

* Construcción de un Acueducto por bombeo en la Vereda La Trinidad

Construcción en 1983

Programado para 114 viviendas

Estado Actual :

- Dos motobombas realizan el bombeo
- Un tanque para el almacenamiento del agua
- 96 casas que reciben el servicio. El resto de las casas se encuentran deshabitadas.
- Cuota mensual asignada \$ 150

Prestación del servicio

El bombeo se realizó cada 2 días durante dos horas diarias en el año/84 para este primer semestre del año/85 reciben el agua 95 viviendas.

En el año/85 se prestó el servicio en los meses de enero y febrero cada dos días. Los meses restantes no se ha prestado el servicio por sequedad de la represa.

Una motobomba estuvo dañada durante 13 meses, se logró su reparación en mayo/85 a través de la Oficina de Saneamiento del Departamento.

La capacidad de la represa no es suficiente para prestar el servicio en la época de verano. Por intermedio de la Junta de Acción Comunal y la Junta Administradora del Acueducto, se tramitó ante la Oficina de Obras Públicas en Medellín la consecución de 68 horas de trabajo por la ampliación de la represa con aportes de \$165.000 de la Acción Comunal y \$31.000 por la tesorería general del Departamento. El Ingeniero de Obras Públicas asignado para esta zona dirigió los trabajos de ampliación y profundización de la represa realizada en el mes de abril/85.

* Estudio topográfico y construcción de acueducto por sistema de Gravedad en la Vereda La Barrancuda.

Se terminó de construir a finales de 1984

Programado para 50 viviendas

Dineros aportados por parte del Convenio Colombo Holandés

En el momento no se ha podido utilizar porque la represa no tiene agua por el verano.

- * Estudio topográfico y construcción del Acueducto por sistema de gravedad en el corregimiento de El Carmelo.

Programado para prestar el servicio al corregimiento y 3 veredas en la actualidad para un promedio de 400 viviendas.

Los dineros aportados por parte de : Servicio Seccional de Salud Convenio , y Corpourabá.

En la actualidad está en construcción

- * Construcción de dos Abastos de Agua (represa) en las Veredas de Pavitas y Las Lajas

Pavitas : Suministra el agua a la escuela y 12 a 15 viviendas

Las Lajas : Suministra el agua a la escuela y aproximadamente 30 viviendas.

La construcción fue responsabilidad de la administración municipal con dineros de Corpourabá Holanda, durante su ejecución no se tuvo ninguna asesoría técnica. Fueron construídas durante el segundo semestre de 1984.

- * Construcción Abasto de Agua en la Vereda Campanito

Programada para prestar el servicio de agua por sistema de gravedad a la escuela y 12 viviendas.

Hasta la fecha solo se tiene construída la represa, no se han hecho los estudios para definir la toma y distribución de la tubería.

Construída en el primer semestre del año/85.

* Construcción del Acueducto por bombeo en Santa Fé de las Platas

Programado para prestar el servicio a 70 viviendas

- Se terminó de construir en el segundo semestre de 1982
- Dineros aportados por el Servicio Seccional de Salud
- Debido a problemas en su construcción y al verano la represa y el acueducto funcionaron muy pocas veces.
- Dos motobombas realizan el bombeo
- Un tanque para almacenamiento del agua
- Cuota mensual asignada \$ 150

Prestación del servicio

Se bombea cada 3 días durante 4 horas que se llena el tanque

* Construcción de un Filtro Lento en la Escuela de San Juancito

- Se construyó en el segundo semestre del año/84
- Financiado por el Convenio Colombo Holandés
- Funcionó durante 7 meses y duro fuera de servicio durante 4 meses por daños en una de las mangueras.

TAZAS SANITARIAS

* Instalación de tazas sanitarias en Santa Fé de las Platas

- Se instalaron en el segundo semestre de 1983
- Número de tazas instaladas 84

El Programa de tazas se realizó en este Corregimiento por tener allí un acueducto, sin embargo por falta de funcionamiento de éste durante 8 meses, son muy pocas las familias que utilizan la taza.

* Instalación tazas sanitarias en San Juancito

- Número de tazas instaladas 34
- Número de viviendas 78
- Número de tazas utilizadas 31

Se instalaron en el segundo semestre de 1984

* Instalación tazas sanitarias en el Corregimiento de La Trinidad

- Número de tazas instaladas 80
- Número de viviendas 85
- Número de tazas utilizadas 80

Las tazas sanitarias instaladas corresponden a las viviendas que reciben el servicio de agua, en las viviendas restantes ya se tenía la instalación de la taza sanitaria.

El número de tazas utilizadas no es permanente, está sometido al suministro del agua que para los tres corregimientos es muy deficiente en la época de verano.

Tratamiento

Ninguno de los acueductos construídos ni el acueducto para el municipio cuenta con un sistema de tratamiento.

Como sistema individual se utiliza en el área rural para aclarar el agua piedra lumbre, otras prácticas son: pencas, matas de monte, etc.

SANEAMIENTO A NIVEL LOCAL

* Dotación

- Lienza de 20 metros
- Flexómetro
- Comparadores de Cloro
- Nivelabne
- Máquina de escribir
- Lactodénsimetro
- Termómetro veterinario
- Calculadora
- Material didáctico

Esta dotación es proporcionada por el Hospital Local y el Servicio Seccuonal de Salud. Formaleta para construir tubos, suministrada por el Convenio, motocicleta 135 centímetros, entregada en abril de 1983 utilizada durante un año y otro sin utilizar - por fallas mecánicas suministrada por el Convenio.

* Suministros

- Material didáctico (Cartulinas, marcadores, etc)
- Material de oficina (lápices, papel , etc)
- Anilinas, veterina y demás materiales que se necesitan

* Dotación personal

- Botas plásticas
- Hamaca
- Linterna
- Un par de zapatos cada año

* Materiales y equipos que hacen falta en la Oficina de Saneamiento

- Cámara fotográfica
- Grabadora
- Implementos de topografía (altímetro, regla o mira)
- Jalones
- Material educativo

CAPACITACION RECIBIDA POR LOS PROMOTORES DE SANEAMIENTO

- * Taller sobre adecuada disposición de excretas, aguas y manejo de equipo MILLIPORE y HACH. Duración 7 días
 - * Capacitación sobre Filtros Lentos y rápidos. Duración 3 días
 - * Curso sobre tratamiento de aguas y utilización del Cloro. Duración 3. días
 - * Taller sobre capacitación y funcionamiento de Juntas Administradoras de Acueducto, Duración 3 días
 - * Curso sobre Malaria. Participación de uno de los Promotores
- La anterior capacitación fue hecha por el Servicio Seccional de Salud y el Convenio Colombo Holandés
- * Dos cursos de refrescamiento de Saneamiento Ambiental duración de 3 días; dictados por el Servicio Seccional de Salud.

DIFICULTADES ENCONTRADAS EN EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS.

- * Retardo en la iniciación de las obras, por demora en la asignación de los dineros y el suministro de materiales necesarios para su ejecución.

- * Estado de las vías de acceso
- * Transporte
- * Falta de coordinación y planeación entre las instituciones encargadas del Programa y el personal asignado para su ejecución (Técnicos, contratistas, área social, comunidad).
- * El sistema de acueductos por bombeo a ocasionado dificultades en la conservación y mantenimiento de éste. Como : daño en las bombas, costo del combustible.
- * La capacidad de las represas construídas no es suficiente para prestar el servicio en la época de verano.
- * Falta de aclaración a la comunidad por parte de la institución encargada de la ejecución de la obra, los compromisos y responsabilidades de ésta.
- * Las obras realizadas no cuentan con seguimiento permanente
- * No se han establecido correctivos para mejorar el estado de las obras que están sin funcionar y cumplir así con los objetivos - propuestos al iniciar el Programa.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LA REALIZACION DE LOS PROGRAMAS

- * Algunas de las soluciones presentadas en el Programa de Saneamiento Básico Rural responden a solicitudes hechas por la Comunidad, se ha participado en la ubicación de los sitios, suministro de materiales existentes en la zona, aporte de mano de obra, - asistencia al Programa de Capacitación haciendo aportes en la reflexión sobre cada uno de los problemas existentes en el área salud y las posibles soluciones en la dotación y demanda de servicios.

APOYO A OTROS PROGRAMAS

Dentro del proyecto y en las actividades de asesoría hasta ahora realizados en la zona, se ha brindado apoyo técnico a los Programas de Disposición de Excretas y construcción de Unidades Sanitarias programadas por PAAI/CORPOURABA - HOLANDA - ALCALDIAS MUNICIPALES, el cual ha tenido un relativo éxito ya que su ejecución depende del conocimiento y motivación de los administradores municipales encargados de la ejecución presupuestal, pero que tienen el inconveniente de que son cambios con demasiada frecuencia.

RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS*** UPA SAN JOSE DE APARTADO**

- Población cubierta reportada : 2170
- Número de viviendas : 310
- Número de viviendas con conexión : 182, correspondiente al 58.7%

COBERTURA VEREDA	%
San José	100
Unión	23.9
Balsa	54.8
Victoria	100
Bellavista	52.3
Buenos Aires	33.3
Muerto	100
Linda	27.2
COBERTURA PROMEDIO	61.4

El dato cobertura promedio 61.4% no es tan significativo por las siguientes razones:

1. Algunas poblaciones como "El Muerto" se reporta el 100% de cobertura, pero no es tan significativa dado que es una población indígena muy pequeña y por tanto poco representativa.
2. Algunas Veredas como La Unión, La Balsa a pesar de poseer muchas mas viviendas y por tanto mayor población, es imposible realizar - en ellas una cobertura total por lo dispersa de su población.

VEREDA	Q (LT/HAB)
San José de Apartadó	230
Unión	2.000
Balsa	290
Victoria	394
Bellavista	561
Buenos Aires	1.400
Muerto	548
Linda	600

Los caudales aquí reportados nos indican que la cantidad de agua entregada a cada una de las veredas servidas es suficiente y en algunos sobrediseñada, pero esto es debido a las condiciones de la fuente y no ha implicado en los diferentes casos demasiados costos, las marcadas - diferencias entre invierno y verano permiten que en la época de sequía los caudales bajen la de manera impredecible en algunos casos hasta el 80% ó 100% de su caudal de invierno, por eso el diseño de bocatomas con niveles críticos en los cauces nos permiten caudales a veces un poco - exagerados en épocas de invierno - verano.

El funcionamiento de un sistema de agua se puede evaluar desde varios puntos de vista, para efectos de la presente evaluación tomaremos los siguientes :

* Calidad de Agua

Probablemente el criterio más difícil de evaluar con exactitud, ya que casi en ninguna de las comunidades se ha efectuado un completo seguimiento a través de análisis bacteriológicos ni físico-químicos precisamente por las condiciones geográficas y de accesibilidad, pero desde el punto de vista cualitativo y por el conocimiento de cada uno de los Abastos, podemos decir que su calidad va relacionada con la protección de la fuente, aspecto éste que se consigue en cada uno de los 8 abastos aquí analizados siendo ésto garantía - que al menos el agua ahora usada es mejor que la que tenían antes, aunque no ha sido posible medir cuál es el real impacto en la Salud de cada uno de estos servicios, si se sacaron conclusiones importantes a través de tesis efectuadas por estudiantes de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, tales como - que el servicio de agua en San José de Apartadó , si bien ha influido positivamente en algunos aspectos de la salud, también ha servido para crear nuevos focos e incrementar el poliparasitismo - por la falta de sitio adecuado donde ubicar las excretas y aguas - negras, elemento éste último que se convirtió en criadero de zancudos y foco para incrementar el paludismo en la zona.

Esta conclusión anterior y las políticas en salud por nosotros seguidas, han permitido que la atención de aquí en adelante sea conjunta para los dos principales problemas de Saneamiento en la Región , agua y excretas.

* Cantidad Disponible

Ya analizabamos en una tabla anterior que las condiciones geográficas concretamente para la UPA de San José de Apartadó, nos ha permitido entregar agua mas que suficiente, si ésta se compara con la norma nacional del Instituto Nacional de Salud, que permite entregar agua a comunidades rurales en un rango de 100 - 180 lt/hab/día, para nuestro caso concreto los promedios son del orden de 300 lt/hab/día en épocas de invierno - verano (transición) y pueden bajar en veranos muy fuertes, que se suceden cada 5 años aproximadamente hasta 100 lt/hab/día ésto es supuesto ya que lo nuevo de los acueductos no nos permiten tener experiencias de este tipo.

* Fiabilidad del suministro durante el día y durante el año

Garantizar el cumplimiento del suministro, para prestar un buen servicio depende de muchas variables algunas de ellas incontrolables, pero el hecho de existir Junta Administradora capacitada a través de un programa estructurado conjuntamente por las experiencias obtenidas por la Unidad Regional de Salud y Convenio Colombo Holandés, permite garantizar agua continuamente por día y por año, para este caso concreto está el de los Abastos por gravedad, a mas de que como norma se ha establecido una frecuencia de mantenimiento que oscila entre los 15 - 30 días en cada abasto y de que existe una Junta Administradora encargada de mantener y reparar los daños a través de un funcionario llamado FONTANERO, que también ha sido previamente capacitado.

* Proporción de las viviendas que usan agua

Ya analizabamos anteriormente que la cobertura promedio 61.4% a pesar de no ser significativa, nos muestra que el grado de dispersión existente en la mayoría de las veredas no permitieron nunca lograr una cobertura del 100%, pero sí un buen incremento si apoyamos la creación de soluciones individuales, asesorando al usuario técnicamente y en algunos casos económicamente como sucedió con algunas familias en las veredas Buenos Aires y Bellavista.

* Comodidad de uso

Tomamos este indicador por considerarlo muy importante especialmente en la población infantil femenina, que es la encargada de hacer el acarreo desde la fuente de abastecimiento disponible hasta la vivienda. Antes de este análisis ha sido de gran beneficio, ya que las fuentes de abastecimiento que antes existían no eran muy buenas y quedaban bastante distanciadas, algunas implicaban acarreo del líquido en bestia; tal vez el factor mas destacado aquí, es la disponibilidad de tiempo existente ahora al eliminar el acarreo, lo que permitirá emprender actividades mas productivas y que traerá mayor beneficio a cada una de las viviendas como es el cuidado de los niños, por ejemplo.

* Disposición de Excretas

Los métodos y las instalaciones de evacuación de excretas por la población tienen un efecto importante en la salud pública, casi todas las enfermedades relacionadas con el abastecimiento de agua, guardan en realidad una relación mucho mas estrecha con la mala evacuación de las excretas y la falta de buena higiene personal.

Generalmente en las zonas rurales las instalaciones dependerán de la propia familia mas que de la comunidad, aspecto éste que nos induce a definir los siguientes indicadores dentro de la variable de Disposición de Excretas y son :

- Cobertura : Número de viviendas con servicio adecuado de Disposición de Excretas.
- Eficacia Sanitaria : Indicador éste que es válido cuando el modo de evacuación existente impide el contacto de las excretas con el hombre, los animales, los insectos, el agua de beber y los alimentos.
- Fiabilidad : Consiste en que las instalaciones funcionen sin interrupción a pesar de las inclemencias del tiempo y no plantean problemas de olor o estética durante su vida útil.

Para efectos del análisis en la UPA San José de Apartadó, podemos decir lo siguiente :

VEREDA	COBERTURA - VEREDA		% COBERTURA ¹
	Nº VIVIENDAS	Nº TAZAS SANIT.	
San José	70	15	21.4
La Balsa	62	55	88.7
La Victoria	25	22	88
La Unión	71	26	36.6
Buenos Aires	30	25	83
Mulatos	-	3	-
Guineo	-	3	-
La Linda	22	2	-
La Esperanza	-	22	-
Muerto	9	10	100

- Observamos altos porcentajes en casi todas las veredas donde hemos construido Abastos de Agua, ya que ha sido un Programa llevado conjuntamente entre las Instituciones y la Comunidad, que ya con los programas educativos han adquirido un buen grado de concientización.
- San José a pesar de ser la cabecera conserva una baja cobertura, esto porque las condiciones del suelo, no han permitido desarrollar un programa funcional y solo ahora en 1985 se ha construido a través de CORPOURABA/CORDURA un alcantarillado el cual por falta de promoción comunitaria no ha tenido el éxito esperado, pero que con el tiempo y una buena asesoría técnica a la Comunidad, permitirá la conexión de todas las viviendas al sistema y con ello la solución a este grave problema.
- Veredas como La Unión y otras figuran con un buen número de tazas instaladas mas que las servidas por el Acueducto, pero es que en algunas viviendas existen soluciones de agua individuales y por tanto las condiciones para instalar una taza sanitaria.

* Unidades Sanitarias Escolares

Hasta la presente han sido programadas y ejecutadas con presupuesto PAAI y asesoría del Convenio las siguientes : La Unión, La Linda, Buenos Aires, remodelación de la Victoria y diseño de San José de Apartadó, no se poseen datos de población estudiantil servida porque solo se participó en ASESORIA E INTERVENTORIA.

EDUCACION SANITARIA

Por definición en la Atención Primaria en Saneamiento: agua, excretas los beneficios que una y otra reportan para la salud resultarán muy incrementados , cuando la comunidad comprenda y apoye los Programas de Educación Sanitaria, trabajados y encaminados a concientizar la comunidad en estos temas de Saneamiento, por ejemplo : La Educación Sanitaria estimulará la higiene personal si el Abastecimiento de Agua - es adecuado y fácil, pero en cambio tendrá poco efecto si es deficiente, es decir las simples construcciones en programas de Saneamiento - reportarán poco o ningún beneficio , si no van acompañados de un buen programa de Educación y especialmente Sanitaria.

Haciendo un análisis de la UPA San José podemos decir que este factor fue importante por cuanto se empezó con el proceso de concientización comunidad por comunidad y a pesar de la no existencia de una relación directa entre los dos Programas, la relación indirecta ha sido clave ya que a través de este Programa se han capacitado Promotores Rurales de Salud, Auxiliares y Técnicos en Saneamiento que son equipo de mayor contacto directo con la Comunidad, a través del cual se han realizado charlas y trabajos de grupo con las diferentes comunidades - para lograr concientizarlas.

Curso para Líderes Comunitarios y Juntas de Acción Comunal, en los temas :

AGUA : Importancia sanitaria
 Principales fuentes
 Principales enfermedades hídricas
 Técnicos de mantenimiento de pequeños abastos

EXCRETAS : Talleres Teórico - Prácticos
Importancia Sanitaria
Enfermedades transmitidas por la mala disposición de
excretas
Métodos correctos de evacuación

PARTICIPACION COMUNITARIA

Sin ser este el tema de nuestra Evaluación, consideramos de vital importancia narrar un poco lo que ha sido esta experiencia, tanto a nivel de San José de Apartadó como de Arboletes, donde se ha contado con buenos equipos y se han logrado desarrollar metodologías participativas a través de un equipo integrado por Promotores Rurales de Salud, Promotores de Saneamiento y Promotor Social, este pequeño equipo apoyado por otro equipo técnico, logró mostrar como la integración de la comunidad en el proceso de solución a sus problemas de participación activa en el proceso de construcción son claves en el futuro de cualquier obra de saneamiento, ya que este proceso permitió la concientización en cuanto a solución de problemas y la apropiación del Proyecto y la tecnología.

RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN ARBOLETES A NIVEL RURAL

VEREDA	UNIDADES		SANITARIAS			
	# TAZ.	INST.	ORINAL	# ALUMN.	FINANCIACION	DISEÑO/INTERVENTORIAL
BARRANCUDA	5		1	85	C.C.H.	C.C.H.
SAN JUANCITO	5		1	150	C.C.H.	C.C.H.,- CORPOURABA
UVEROS	7		1	200	PAAI	C.C.H.
PAJILLAL	7		1	150	PAAI	C.C.H.
TRINIDAD	7		1	200	HOL.ALCAL.	ALCALDIA MUNICIPAL

* Cada una de las Unidades construídas contemplaron su solución de abastecimiento de agua como prioridad básica y en algunas se han presentado mas problemas que otras como a continuación describiremos :

- En Barrancuda : Se construyó un pozo de 6.50 metros de profundidad , pero por calidad del suelo tuvo el inconveniente que se cargo de muchos cloruros, razón por la cual se puede usar en el lavado de servicios sanitarios y orinal, pero la prestación de su servicio ha sido continuo y bastante aceptable, las campañas de Educación Sanitaria realizadas conjuntamente con el equipo de Promotoras Sociales han sido importantes en el beneficio que presta actualmente esta Unidad Sanitaria.
- San Juancito : Se entrega agua por bombeo desde una presa de almacenamiento de agua lluvia construída, anexo al bombeo , fue instalado un filtro lento para la Escuela , con el objeto de mejorar la calidad y lograr que los niños puedan utilizarla sin ningún peligro , este filtro funcionó un año en forma aceptable

pero por falta de seguimiento y apoyo en el aspecto educativo y de mantenimiento, han permitido que el funcionamiento de este filtro sea intermitente; de todas maneras el almacenamiento existente en la escuela nos permite que funcionen los aparatos sanitarios en la Unidad.

En el proceso de construcción del acueducto y rehabilitación de la Unidad Sanitaria que había sufrido daños, el proceso educativo se incrementó y con ello el buen funcionamiento de la Unidad Sanitaria, pero una vez acabadas las actividades programadas - pienso que no hubo un seguimiento al Programa y con ello un apoyo al Promotor Rural de Salud , lo que permitió la caída del Programa.

- Uveros : Es uno de los mas recientemente construídos, faltó apoyo del área social en el proceso de construcción y por ello se presentaron algunas dificultades en la construcción por la ubicación de los materiales. Actualmente y por ser ésta una época de verano el pozo que casi nunca se había secado (falta de uso), no aumentó y terminó con su poco volumen de agua existente, en este momento parece que la bomba manual no funciona y esto implica que se requiere mas el apoyo del personal de saneamiento. La financiación de esta Unidad Sanitaria fue en su totalidad - PAAI y el diseño e interventoria por parte del Convenio.
- Pajillal : Tiene mas o menos el mismo proceso que la Unidad de Uveros, con la garantía que se les entrega agua a gravedad tomada desde un manantial u ojo de agua, encontrado a 300 metros de la Unidad , además se construyó anexo a la Unidad la vivienda para el profesor de la Escuela.

- Trinidad : Es parte del Programa Holanda - Alcaldías Municipales y ha tenido fuertes inconvenientes por falta de coordinación e interventoría nunca fueron tenidas en cuenta las sugerencias del Convenio respecto a su construcción y en este momento no funciona.

ABASTOS DE AGUA

<u>VEREDA</u>	<u>T.ABASTO</u>	<u># VIVIEN.</u>	<u># VIVIEN SIN SERVICIO.</u>	<u>COBER TURA.</u>	<u>AÑO CONST.</u>	<u>FINANCIA.</u>
SAN JUANCITO	BOMBEO	34	16	47	1983	C.C.H
TRINIDAD	" "	114	96	84	1983	S.S.A.
BARRANCUDA	GRAVEDAD	50	50	100	1984*	C.C.H.
EL CARMELO	" "	150				C.C.H/S.S.A/PAAI
PAVITAS	BOMBEO / ACARREO	35 + Escuela	15 + Escuela			ALCALDIA HOLANDA
LAS LAJAS	" "	30 + Escuela	30 + Escuela			" " " "
CAMPANITO	GRAVEDAD	12 + Escuela				C.C.H. / PAAI
S. FE PLATAS	BOMBEO	70				S.S.A.

* Sin funcionar

NOTA : Las observaciones del presente Cuadro son los entregados por el grupo de Arboletes y que se anexan al presente Informe.

DISPOSICION DE EXCRETAS

<u>VEREDA</u>	<u># VIVI.</u>	<u>TAZAS INSTAL.</u>	<u>TAZAS UTILI.</u>	<u>COBERT.</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
S. FE PLATAS	84	84	10	100%	El mal funcionamiento del acueducto no ha permitido el funcionamiento de tazas sanitarias, a pedar de la necesidad.
SAN JUANCITO	78	34	31	39%	
TRINIDAD	85	80	80	94%	

Existen problemas en en funcionamiento de los Acueductos por la irregularidad del bombeo, por multiples razones, falta de combustible y mantenimiento.

Aquí se ensayó el modelo de letrina BOTZWANA especial para zonas con poca agua, pero la falta de seguimiento no nos ha permitido determinar a la fecha si es funcional o no para la zona.

C A P I T U L O S E X T O

E D U C A C I O N E N S A L U D

O B J E T I V O S

Prevenir y mejorar el nivel de salud en la comunidad en el desarrollo - de cada uno de los Componentes de la Atención Primaria.

En el desarrollo de este componente han participado : El Equipo Gestor Local, la Auxiliar de Enfermería y el Promotor Rural de Salud.

Se hace de acuerdo a la implementación de cada programa y va dirigida a los participantes de éstos y en general a la comunidad.

M E T O D O E M P L E A D O

* Promotores Rurales de Salud

- Visitas Domiciliarias
- Charla mensual con la comunidad y en la Escuela

* Auxiliar de Enfermería

- Reuniones mensuales de la comunidad
- Reuniones con cada una de las personas inscritas en los Programas

* Equipo Gestor Local

- Desplazamiento de la Odontóloga : A las Escuelas Rurales pertenecientes a las 4 UPAS para trabajar con escolares de 5 a 14 años.
Se realiza una visita mensual/84.

- Médico : Se ha venido implementado un sistema de consulta en serie en el área rural y urbana con el objetivo de educar a los pacientes (niños) y a las madres sobre como prevenir cada una de las enfermedades mas comunes que éstos presentan (Diarrea, parasitosis, paludismo, desnutrición, etc). Esta modalidad no es permanente. Se implementó en el año/85.
- Bacteriólogo : Recolección de muestras de materia fecal (coprológicos) en cada Puesto de Salud a un promedio de 20 pacientes, generalmente niños, observación directa en el microscopio por cada uno de los pacientes, explicación individual y de grupo sobre tipo de parásitos, enfermedades ocasionadas, tratamiento y prevención.
- Promotor de Saneamiento : Asesoría a las Juntas Administradoras de - acueducto y P.R.S., Talleres Veredales en cada una de las comunidades sobre : enfermedades venéreas, paludismo, fiebre amarilla y enfermedades parasitarias (transmisión). Cursos a nivel urbano, de - mostraciones, prácticas.
- Vacunador : Explicación a la comunidad a través de reuniones sobre la importancia. Asesoría a Promotores Rurales de Salud y Auxiliares de Enfermería.

CONTENIDO

* Promotores Rurales de Salud

- Paludismo (Prevención)
- Control prenatal
- Prevención y tratamiento de diarrea
- Planificación familiar
- Primeros auxilios
- Higiene de la vivienda

- Enfermedades ocasionadas por contaminación de aguas y excretas a campo abierto.
- Adecuada disposición de basuras
- Higiene Oral y aseo personal en las escuelas
- Huertas caseras
- Elaboración de toldillos con la comunidad
- Crecimiento y desarrollo

* Auxiliar de Enfermería

- Mejoramiento y tratamiento de la calidad del agua
- Enfermedades ocasionadas por una inadecuada disposición de excretas y basuras.
- Prevención y tratamiento de diarreas, preparación del suero casero y uso de sales rehidratantes.
- Parasitosis
- Paludismo (Prevención, elaboración y uso de toldillos)
- Huertas caseras
- Algunos elementos de nutrición
- Control prenatal
- Planificación familiar
- Crecimiento y desarrollo

* Equipo Gestor Local

- Odontólogo : Se practican las diferentes técnicas de la higiene oral con los escolares, se explica aspectos de anatomía dental, enfermedades de la boca y primeros auxilios. Prevención (cepillado, cuidados, etc).

- Médico : Prevención de enfermedades mas comunes en los niños y posibles tratamientos.
- Bacteriólogo : Enfermedades ocasionadas por parásitos, prevención y tratamiento. Seguimiento a los pacientes hasta lograr la desparasitación total (no se pudo concluir por terminación año rural del bacteriólogo).
- Promotor de Saneamiento : Mejoramiento y tratamiento de la calidad del agua. Adecuada disposición de excretas y basuras, higiene de la vivienda, transmisión de enfermedades por aguas contaminadas y excretas a campo abierto, utilización de las soluciones llevadas - donde se ejecutan programas de saneamiento, instalación de tazas sanitarias y letrina de hoyo seco y adecuada manipulación de alimentos.
- Vacunador : Importancia de las vacunas, frecuencia y dosis necesarias para lograr la inmunización. Cuidados después de la vacuna.

RECURSOS UTILIZADOS

- * Promotor Rural de Salud
 - Material didáctico
 - Algunas cartillas de documentación
- * Auxiliar de Enfermería : Igual que el Promotor Rural de Salud
- * Equipo Gestor Local
 - Odontólogo : Solo se ha contado con el transporte y el material didáctico.
 - Médico : Transporte

- Bacteriólogo :

- Muestras
- Microscopio
- Audiovisual
- Drogas
- Ayudante de bacteriología

- Promotor de Saneamiento

- Transporte
- Audiovisual
- Materiales necesarios para demostraciones prácticas
- Colaboración del médico y el bacteriólogo en algunas charlas educativas.
- Recursos propios de la comunidad

- Vacunador

- Transporte
- Suministro oportuno de vacunas
- Material desechable
- Material esterilizable
- Suministro de pasajes por otros medios cuando se visitan zonas de difícil acceso.
- Termos, hielo suficiente para el transporte de la vacuna . P.R.S. y Auxiliares de Enfermería.

NOTA : Durante el desarrollo de este componente se realizó con una de las promotoras rurales, un audiovisual sobre Vacunación, una cartilla sobre Primeros Auxilios, un audiovisual sobre la elaboración del pan. (Barrancuda).

En cada UPA se está elaborando un periódico sobre las actividades realizadas por el Promotor Rural de Salud en cada vereda.

RECURSOS FALTANTES

- Mayor documentación a Promotores Rurales de Salud y Auxiliares
- Material didáctico suficiente
- Para el Programa de Higiene Oral : Cepillos dentales, pastillas reveladoras de placas, piedras póme^x, fluor para auto-topicaciones, mayor disponibilidad de tiempo para cubrir el área rural.

NOTA : Para cubrir el área adecuadamente se hace necesario contar con mas personal multidisciplinario.

OBSERVACION GENERAL AL COMPONENTE

- Como no se cuenta con un diseño metodológico para desarrollar este Componente, la Educación en Salud no corresponde a un plan previamente establecido; se desarrolla por la Auxiliar y el Promotor de acuerdo a la situación que se encuentra al realizar la visita domiciliaria, al iniciar un programa o por una charla mensual establecida, para la comunidad y en la Escuela.

Los temas seleccionados no tienen mucha secuencia y no se hace seguimiento, además de que carecen de objetivos propuestos por cada contenido a desarrollar.

EVALUACION PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA - MUTATA

DESCRIPCION

Cobertura de 1.500 personas en la zona urbana y 8 veredas de las cuales 2 tienen Promotor Rural de Salud. Queda a 3 horas por carro de Apartadó sobre la carretera Medellín-Turbo.

ANTECEDENTES

Es un hospital local, depende de la regional de Urabá.

Tiene para su funcionamiento un edificio en condiciones mas o menos aceptables, con una capacidad de 11 camas y 4 cunas, el personal está integrado por: 1 médico rural, 2 auxiliares de enfermería, 3 ayudantes de enfermería, un vacunador que atiende medio tiempo al municipio de San Pedro de Urabá, 1 promotor de saneamiento.

Dependen de este hospital 3 puestos de salud y un centro de salud. Cada uno de los puestos atendidos por una auxiliar de enfermería y el centro por una médica rural.

Se tiene ambulancia.

A partir de este año se empiezan a implementar los programas.

DESARROLLO DEL COMPONENTE

- No obedece a ningún plan previamente establecido, el personal del hospital no tiene capacidad suficiente para desarrollar este componente, ocasionalmente se programan charlas a grupos de la comunidad o se hace individualmente en la consulta y a grupos que participan en los programas.

EVALUACION PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA - MUTATA

DESCRIPCION

Cobertura de 1.500 personas en la zona urbana y 8 veredas de las cuales 2 tienen Promotor Rural de Salud. Queda a 3 horas por carro de Apartadó sobre la carretera Medellín-Turbo.

ANTECEDENTES

Es un hospital local, depende de la regional de Urabá.

Tiene para su funcionamiento un edificio en condiciones mas o menos aceptables, con una capacidad de 11 camas y 4 cunas, el personal está integrado por: 1 médico rural, 2 auxiliares de enfermería, 3 ayudantes de enfermería, un vacunador que atiende medio tiempo al municipio de San Pedro de Urabá, 1 promotor de saneamiento.

Dependen de este hospital 3 puestos de salud y un centro de salud. Cada uno de los puestos atendidos por una auxiliar de enfermería y el centro por una médica rural.

Se tiene ambulancia.

A partir de este año se empiezan a implementar los programas.

DESARROLLO DEL COMPONENTE

- No obedece a ningun plan previamente establecido, el personal del hospital no tiene capacidad suficiente para desarrollar este componente, ocasionalmente se programan charlas a grupos de la comunidad o se hace individualmente en la consulta y a grupos que participan en los programas.

- Se ha venido trabajando en educación sobre planificación familiar, vacunación, malaria, prevención y tratamiento de diarreas.
- La educación en salud se hace de acuerdo a la situación encontrada en la consulta.

EVALUACION PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA - SAN JOSE DE APARTADO

DESCRIPCION

Está localizado a una hora y media del municipio de Apartadó, tiene 70 familias aproximadamente, dispone de acueducto y alcantarillado.

Tiene puesto de salud construido por Corpourabá Holanda en 1981. Es atendido por una Auxiliar de Enfermería y a esta UPA pertenecen 6 Promotoras Rurales de Salud, que atienden aproximadamente 400 familias.

ANTECEDENTES

Se empieza a trabajar con el programa de Atención Primaria a partir de la llegada del primer auxiliar al puesto. Se encarga de la organización del UPA implementación de programas en el Puesto de Salud y por parte de los Promotores que antes dependían del Hospital Regional.

En enero de 1.982 se realiza por parte de Corpourabá Holanda el SEMPO (Seminario Operacional) para definir unos lineamiento de trabajo en la parte agrícola y social y la intervención de las instituciones que trabajan en la región. Una vez realizado el SEMOP se empiezan a organizar los TALLERES VEREDALES y tienen como núcleo generador el componente SALUD considerado en cinco veredas como el problema principal. Se empieza a desarrollar el componente de Saneamiento Básico Rural en la educación

hecha a través de los Talleres y a buscar con la comunidad las posibles soluciones a cada problema. Se concreta con Corpourabá, el Convenio y el Servicio Seccional de Salud, la ejecución de obras en las comunidades participantes en el SEMPOR.

En 1983 el Puesto es recibido por otra auxiliar de enfermería a quien no se hace entrega del puesto, ni recibe suficiente información del desarrollo de los programas, empieza a coordinar algunas actividades con Corpourabá y el Sena, previamente establecidos y que se desarrollan en la reunión de UPA.

RECURSOS UTILIZADOS:

- Cartulina
- Marcadores
- Alguna documentación

Se hace de acuerdo a la implementación de los programas en las visitas domiciliarias, charlas mensuales en la escuela, reuniones con la comunidad, charlas a grupos de personas participantes en cada programa.

M E T O D O:

- Selección y organización de temas por cada aspecto a desarrollar.

El desarrollo de este componente se coordina con Corpourabá y Sena, de acuerdo a las actividades que se realizan.

Se ha hecho mas énfasis en aspecto de saneamiento básico rural y nutrición con el programa de Huertas Caseras.

La Educación en Salud ha sido definida básicamente como la actividad a - cumplir por la Promotora para la enseñanza de nuevos conocimientos a la comunidad. Para el efecto, en Urabá a través del apoyo del Servicio Sec_ cional de Salud de Antioquia, el Sena, Corpourabá, etc., se hicieron cur_ sillos sobre técnicas y ayudas didácticas. En ellos participaron Promoto_ ras y Auxiliares, sin embargo, el trabajo de formación realizado en la - Escuela de Auxiliares indicaba a los docentes la necesidad de establecer la Educación en Salud como un componente integrado metodológicamente a - la Atención Primaria y en donde la participación comunitaria fuera real_ mente activa y no simplemente receptora pasiva de mensajes de salud, por lo cual se realizaron talleres sobre Educación en Salud y la producción_ de material educativo con participación de la comunidad. A estos talle_ res también asistió personal de la Regional.

De acuerdo a la experiencia adquirida, la Escuela de Auxiliares ha elabo_ rado documentos de apoyo para promotoras de salud y auxiliares. En este_ momento se está preparando un Manual sobre Educación en Salud. Parte de los materiales de apoyo se resumen en el Taller dictado en Diciembre de 1984 por los docentes, sus aspectos básicos son:

1. De acuerdo a las condiciones generales del país, existe la necesidad cada vez mayor de asimilar la comunidad como sujeto de su propio de_ sarrollo y no como "El Objeto de Desarrollo". Esto ha obligado a - las Instituciones a cambiar el enfoque tradicional de trabajo con la Comunidad. Prácticamente nadie discute que para ofrecer servicios - básicos a la población, el paternalismo y el sentido vertical de au_ toridad y conocimiento, son herramientas del pasado, hoy en día se advierte con optimismo la capacidad creativa de las comunidades, se_ valora su potencial crítico y constructivo y se aprende de su expe_ riencia cotidiana.

El sector de la Salud y particularmente en el Marco de la Atención - Primaria, se hace indispensable la integración del personal de Salud con la comunidad, para que los recursos destinados al mejoramiento - de las condiciones de vida, a través de los diversos programas cum - plan sus objetivos. Pero esta integración no solamente incluye la - atención directa a las personas o al ambiente, existe también una la - bor fundamental para la prevención de enfermedades y conservación de la salud, ésta es la que se define como Educación en Salud a la Comu - nidad. La Auxiliar de Enfermería, la Promotora de Salud y el Promo - tor de Saneamiento, son los principales impulsores de este trabajo - en la comunidad.

Sin embargo, para transmitir conocimientos, para enseñar nuevas prác - ticas, también debemos cambiar nuestro sistema de educación. Si de - seamos que un proceso de enseñanza-aprendizaje sea eficaz en la comu - nidad debemos aceptar que ella sea sujeto de dicho proceso, que par - ticipe y elabore conjuntamente con el personal de Salud de los medios educativos necesarios. Es preciso aceptar que la comunidad tiene - una capacidad creativa y una experiencia valiosa que puede señalar - el camino para obtener mejores resultados en el empeño de dar Educa - ción en Salud.

2. OBJETIVOS:

Facilitar una metodología de cómo elaborar material educativo, a tra - vés de medios de comunicación con un mínimo de complejidad y primor - dialmente a partir de un método de trabajo, en el cual la comunidad - y el personal de Salud intercambian experiencias y conocimientos; de sarrollando de esta manera un proceso educativo coherente, sistemáti - co y que refleje la realidad de cada una de las Regiones.

3. METODOLOGIA DE PRODUCCION:

a. IDENTIFICACION DE PROBLEMAS:

Investigar junto con la comunidad cuáles son los principales problemas de salud; se recomienda comenzar a trabajar máximo con los primeros tres que decida la gente.

b. IDENTIFICACION DE OBSTACULOS:

La Comunidad nos determina, para un mejor conocimiento de nuestra parte, cuáles son los obstáculos que impiden solucionar los problemas. Igualmente nos puede señalar las causas que piensa, están originando los problemas.

c. IDENTIFICACION DE LOS OBJETIVOS EDUCATIVOS:

Una vez conocidos los anteriores pasos, podemos fácilmente determinar sobre lo que necesitamos educar, mejor dicho conocer cuáles van a ser los objetivos que nos trazamos en la Educación en Salud.

Estos objetivos pueden ser de conocimiento o de acción; quiere decir que con la comunidad determinamos si se necesita conocer algo nuevo, por ejemplo: Conocer el uso del suero casero. Entonces el objetivo educativo es de conocimiento. Si se necesita realizar algún trabajo con la comunidad, por ejemplo: instalar tazas sanitarias o construir un abasto de agua, entonces el objetivo educativo es de acción. Sin embargo, no debemos complicar mucho este punto, por que es posible que los objetivos que se necesitan son ambos. Es decir la Comunidad quiere aprender algo nuevo y necesita hacer algo.

Por ejemplo la vacunación; se necesita conocer y aprender sobre el beneficio de las vacunas, pero también llevar a vacunar los niños.

d. REDACCION DE MENSAJES:

Una vez definidos los objetivos educativos con la Comunidad, trabajamos los mensajes que necesitamos. Comenzamos a escribir junto con la Comunidad muchos mensajes que sirvan para acercar a la gente, que estimule el interés por el material educativo, en el cual se van a escribir esos mensajes.

e. SELECCION DE MEDIOS:

Como ya habíamos dicho, necesitamos elaborar un material en algunos medios de comunicación (Cassette, carteleras, afiches, cartillas, etc.). La elección de cuál o cuáles medios vamos a utilizar se podrá hacer de acuerdo a dos aspectos:

- Discusión con la Comunidad para conocer cuál medio prefiere y entiende más.
- De acuerdo al tema y los mensajes, cuál es el medio de comunicación que más se adapta.

f. DISEÑO DE MATERIALES:

Cuando ya tenemos los mensajes, comenzamos a escribirlos y dibujar en el material que necesitamos. Esto es, comenzamos a diseñar la forma como va a quedar el material. No olvidemos que es muy importante hacer grandes dibujos, poco texto con letras claras.

g. PRUEBA DE MATERIALES:

A pesar de que en los pasos anteriores hayan trabajado algunas personas de la Comunidad, es necesario poner a prueba con toda la Comunidad el material elaborado.

Esto lo podemos hacer de acuerdo al trabajo que hemos realizado en la participación de la Comunidad.

h. AJUSTE DE MATERIALES:

Una vez recogidas las sugerencias y cambios solicitados por la Comunidad, realizamos lo necesario para tener el material definitivo.

Si hemos trabajado esta metodología con la Comunidad durante seis (6) meses o un año, lo que tenemos que hacer finalmente es evaluar el proceso. Esto significa conocer que estuvo bien o mal, o que tenemos que mejorar.

Teniendo en cuenta todo lo anterior podemos afirmar con más seguridad, que estamos haciendo Educación en Salud.

4. DESARROLLO DE EJEMPLO:

a. Selección del problema: BASURAS

b. Obstáculos:

- Costumbre en la mala disposición de basuras
- Desconocimiento de los perjuicios que trae para la Salud y el ambiente la mala disposición de basuras.
- Desconocimiento de la clasificación final de las basuras.

c. Objetivos Específicos:

- De Conocimiento:

- * Conocer los perjuicios que trae para la salud y el medio ambiente la mala disposición de basuras.
- * Conocer los medios utilizados para la disposición final de las basuras.

- De Acción:

- * Clasificar las basuras
- * Hacer un hueco
- * Hacer casetas en madera para obtener abono orgánico
- * Utilizar recipiente con tapa para recolección de basuras.

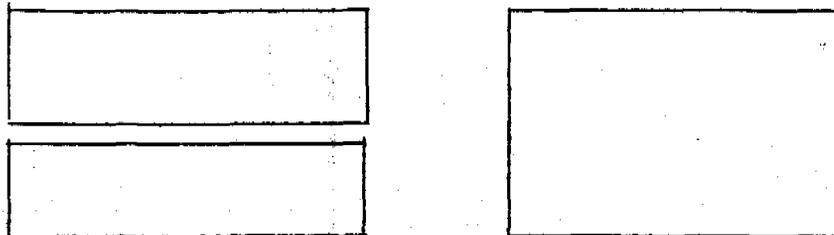
d. Mensajes:

- La basura atrae las moscas ; Tápela !
- La basura es causa de olores desagradables ; Quémela !
- Las basuras son peligros para su Salud, la de su familia y de su Comunidad. ; Entiérrela !
- Seleccione las basuras y ayudará a buena limpieza en su hogar.
- Las basuras son un peligro para su Salud.
- Utilice los recipientes viejos para recoger las basuras y verá su casa limpia.
- Las casetas para obtener abono le traen vida a las plantas y ayudarán en su alimentación.
- Las basuras que se pudren sirven para abono.
- En los basureros viven los animalitos y nos enferman.
- Si las basuras las tiran en los ríos, las aguas se ensucian y nos causan enfermedades.
- Las basuras pueden ser enterradas, quemadas para alimentar animales y producir abono para las plantas.
- Las basuras que se pueden enterrar son: vidrios, tarros, latas, plásticos.
- Los restos de alimentos sirven para engordar animales.
- Recogiendo y enterrando las basuras prevenimos enfermedades.

e. Selección de Medios (Afiche)

f. Diseño de Materiales:

L A S B A S U R A S



RECOGIENDO Y ENTERRANDO LAS BASURAS EVITAMOS LAS ENFERMEDADES

g. Prueba de materiales y concepto de la Comunidad:

- Análisis de las láminas (Tapando el mensaje)
- Análisis del Mensaje (Tapando el dibujo, como explicaría la Comunidad este Mensaje).
- Análisis del Mensaje y la lámina .

h. Análisis de la Prueba y Ajuste final del Material:

El diseño del material no fué adecuado.

ENCUENTRO DOCENTES 1 9 8 4**TRABAJO EN GRUPO**

1. Identificar problemas propios de las Comunidades de la Región donde se trabaja.
2. De acuerdo al problema seleccionado continuar el esquema de - producción de material educativo, hasta el paso No. 6

METODOLOGIA

- Exposición Ilustrada
- Trabajo en grupo
- Discusión de trabajo en Grupo .

EDUCACION EN SALUD / ARBOLETES

OBJETIVO

Prevenir y mejorar el nivel SALUD en la Comunidad.

En el desarrollo del Componente ha participado el Equipo Gestor Local, - la Auxiliar de Enfermería y el Promotor de Salud.

Se hace de acuerdo a la implementación de cada programa y va dirigida a los participantes de éstos y en general a la Comunidad.

METODO EMPLEADO : Visitas domiciliarias

* Auxiliar y Promotor

- Reuniones mensuales con la Comunidad
- Charlas educativas a grupos de personas que participan en cada programa.
- Charlas educativas a los niños en la Escuela.

* Equipo Gestor Local

- Prevención Oral: Se inicia en Junio de 1984 para el área rural . Tiene como objetivo instruir a los escolares en higiene oral y de esta manera prevenir las dos enfermedades principales de la boca- (Caries y enfermedad periodontal).
- Método utilizado: Desplazamiento de la odontóloga a las Escuelas rurales pertenecientes a las 4 UPAS para trabajar con escolares - de 5 a 14 años.
Se realiza una visita una vez al mes.

- Se practican las diferentes técnicas de la higiene oral con los escolares y se explica aspectos de anatomía dental, enfermedades de la boca y primeros auxilios en odontología.

RECURSOS UTILIZADOS:

- Solo se ha contado con material didáctico y transporte.

Para dar cumplimiento al objetivo propuesto se hace necesaria la utilización de otros recursos: Cepillos dentales, pastillas reveladoras de placas, piedra pómex, fluor para auto-topicaciones, recursos económicos y recursos humanos (Una persona que atienda el programa a nivel rural); por que la odontología solo alcanza a cubrir la demanda del hospital.

Para este programa solo se ha contado con apoyo del Convenio Colombo Holandés en Salud; hace falta mas apoyo y capacitación por parte del Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

- Consulta médica rural: Se ha venido implementando un sistema de consulta en serie con el objetivo de educar a los pacientes (niños) y a las madres sobre como prevenir cada una de las enfermedades mas comunes que estos presentan (Diarrea, parasitosis, paludismo, desnutrición, etc.)
- Método utilizado: Se hace la consulta en serie a los niños y en ella participan las madres.

Se ha venido implementando hace aproximadamente 4 meses.

OBJETIVO:

- Método utilizado: Recolección de muestras de materia fecal (coprológicos) en cada puesto de Salud.

- Observación directa en el Microscopio por cada uno de los pacientes.

Explicación individual y de grupo sobre:

Tipo de parásitos, enfermedades ocasionadas, tratamiento y prevención.

Seguimiento a los pacientes hasta que se logre la desparasitación total. (No se ha realizado por terminación año rural Bacteriólogo).

RECURSOS UTILIZADOS:

- Muestras, microscopio, audiovisual, droga, transporte, bacteriólogo y Ayudante.

- Dificultades:

El programa comienza hace 6 meses pero ha sido suspendido por terminación del año rural del bacteriólogo.

- Cobertura: Promedio de 20 pacientes por Puesto de Salud.

- Auxiliares de Enfermería:

- Mejoramiento de la calidad del agua:
- Adecuada disposición de excretas y basuras
- Paludismo (Fabricación y uso de toldillos)
- Prevención y tratamiento de diarreas (Preparación suero case-ro y uso de sales hidratantes).
- Parasitosis (Enfermedades ocasionadas, prevención.)
- Primeros auxilios
- Planificación familiar
- Huertas caseras

- Recursos utilizados: Material didáctico y cartillas de documentación.
- Promotores de Saneamiento:
 - Aspectos de saneamiento básico rural
 - Paludismo
 - Control prenatal
 - Prevención y tratamiento de diarrea
 - Planificación familiar
 - Primeros auxilios
 - Higiene oral y aseo personal en las escuelas.

Como no se cuenta con un diseño metodológico para desarrollar este componente, la Educación en Salud no corresponde a un plan previamente establecido; Se hace por la Auxiliar y el Promotor de Salud de acuerdo a la situación que se encuentra al realizar la visita domiciliaria, iniciar un programa o por una programación de una charla mensual a la comunidad y en la Escuela.

EVALUACION PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA - BARRANCUDA

La organización y participación de la comunidad efectuada en esta Vereda con apoyo de la Promotora Social del Convenio, Stella Rivera, posibilitó que la Promotora de Salud lograra efectuar un trabajo positivo en Educación en Salud. Esta Promotora fué una de las capacitadas en los talleres de Educación en Salud, realizados por la Escuela de Auxiliares de Apartadó. La puesta en práctica de un pequeño plan de trabajo en Educación en Salud y el desarrollo de la metodología para producir material educativo, tuvo como consecuencia directa la producción de variado material educativo,

entre este un audiovisual sobre vacunación, que a consideración de la -
Comunidad ha sido vital en la campaña de inmunizaciones, también otro so-
bre planificación familiar y finalmente una cartilla sobre primeros auxi-
lios, en general allí se advierte un eficaz proceso en una buena rela- -
ción de trabajo comunitario por parte de la Promotora de Salud.

C A P I T U L O S E P T I M O

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

A. I N T R O D U C C I O N

El desarrollo de la Participación Comunitaria en Urabá se ha dividido en tres etapas :

1. HASTA 1982 : Acciones sueltas, énfasis en la selección de Promotores de Salud.
2. 1982 + 1983 : Impulso por la Corporación de Urabá/PAAI con su metodología de los SEMOP.
3. 1983 : Seguimiento del proceso iniciado con los SEMOP, ensayos con la Investigación Participativa en algunas zonas y Educación en Salud.

Saneamiento Ambiental ha sido el hilo conductor de muchas acciones comunitarias en Salud. El ejemplo mas claro de eso se vé en la UPA de San José de Apartadó. Hay que destacar también la coordinación con CORPOURABA/PAAI, tanto en el desarrollo de una metodología como en las actividades concretas en Saneamiento.

Fuera de una Trabajadora Social en la Unidad Regional de Apartadó , - desde Enero de 1982, se ha contado con dos Promotoras Sociales a mediados de 1983. Este recurso es relativamente nuevo en el Sistema Nacional de Salud, aunque muchas de sus funciones son ejercidas también - por Trabajadoras Sociales de los Servicios Seccionales de Salud. Básicamente se trata de "Trabajadoras Comunitarias", cuyas tareas básicamente son la de promover la participación comunitaria, ayudar a las Promotoras de Salud en sus labores con las comunidades y promover las obras de Saneamiento.

Las dos Promotoras Sociales del Convenio están trabajando desde su vinculación en el área de Arboletes, lo que ha limitado un poco el desarrollo de Programas estructurados con las Comunidades de San Pedro y Bajirá; San José de Apartadó dispone de Promotoras Sociales por parte de CORPOURABA / PAAI quienes trabajan conjuntamente con las Promotoras de Salud de esta zona.

Como las demás áreas donde trabaja el Convenio, habían desde 1982 algunos fondos específicos para promover el trabajo comunitario y adquirir los elementos necesarios. No habían medios de transporte aparte para los desplazamientos del personal de Participación de la Comunidad, ya que todo dependía de la programación general, sin embargo últimamente se ha podido liberar un SUZUKI usado para esta actividad.

B. DESARROLLO DEL COMPONENTE

Cuando empezó el Programa de Atención Primaria, con el Convenio Colombo Holandés en Urabá, el Hospital Regional de Apartadó, responsable oficial de este Programa no estaba en suficientes condiciones para ejecutarlo. Le faltaban los mínimos recursos necesarios y buena organización. Por eso las primeras actividades, como los Cursos de Capacitación de Promotores de Salud, fueron desarrollados a través de CORPOURABA y el SENA.

La selección de estos Promotores la hicieron las Promotoras Sociales de CORPOURABA, según criterios del Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

En los dos primeros años de la existencia del Programa siguieron estos problemas a pesar de los esfuerzos realizados por algunas personas para mejorar la situación (entre ellos el Asesor Médico Holandés).

Participación de la Comunidad no fue mas que algunas acciones incidentales, como la selección de Promotores y el seguimiento de algunas obras en Saneamiento e Infraestructura.

En el año 1981, algunos estudiantes de la Escuela de Salud Pública - en Medellín hicieron un estudio del impacto y la presencia del Programa de Atención Primaria en Urabá. A pesar de sus limitaciones este Estudio lleva a algunas conclusiones interesantes.

En primera instancia este estudio mostró el insuficiente apoyo administrativo a los funcionarios de la Base (Promotores Rurales de Salud y Auxiliares de Enfermería). Les faltaba elementos de trabajo, transporte, pago de sueldo a tiempo, etc). En cuanto a las personas entrevistadas, se notó que no mas del 50% de la gente había participado en el proceso de la Selección de los Promotores de Salud, básicamente por falta de información. También fue bien claro que el papel de la Comunidad en esta época fue mas que todo pasivo, porque cuando se les pidió que precisaran en qué forma habían participado dijeron:

- "Asistencia a las Reuniones"
- "Participación en la construcción de obras, como Acueductos y Puestos de Salud"
- "La participación económica para adquirir elementos de trabajo,"

Entre las recomendaciones de este grupo de estudiantes, destacamos las siguientes :

- * Hacer mas promoción y dar mas información sobre el Programa

- * Promover la participación de la comunidad (incluyendo la toma de decisiones), en primera instancia las comunidades que tienen Promotor para reforzar la posición de éste .

1. SEMOP , COMO NUEVA ESTRATEGIA

Con la vinculación de una Trabajadora Social al Hospital Regional de Apartadó y la Organización de Seminarios Operaciones (SEMOP) , por parte de la Corporación de Urabá (CORPOURABA) con su sub-proyecto - PAAI comenzó la estructuración de la Participación Comunitaria.

Para entender los principios de un SEMOP presentaremos a continuación parte de la ponencia de MARTA INES MONTOYA, Cordinadora de la Unidad Social de CORPOURABA (PAAI).

- a. El Seminario Operacional es un método para la capacitación en el diseño de propuestas y contenidos educativos en proyectos de desarrollo rural, en Programas de Salud o en Proyectos de Organización de la Comunidad. Generalmente se han señalado como objetivos de un Seminario Operacional, los siguientes :
- * Como definir la función de una labor de alfabetización en el marco de un Programa de Desarrollo.
 - * Como elaborar una estrategia de alfabetización como un elemento integrante de empresa de desarrollo.
 - * Como traducir en términos de educación y formación los objetivos del desarrollo

- b. En Enero de 1982, iniciamos el primer Seminario Operacional, en el Corregimiento de San José de Apartadó. En este SEMOP participaron representantes Campesinos, Promotores de Salud, Maestros y Personal del PAAI. Además de los objetivos generales ya planteados, el Seminario de San José de Apartadó tenía como objetivos específicos, los de capacitar a Técnicos del PAAI en el manejo de esta herramienta (EL SEMOP) y vincular a las comunidades en los procesos de investigación, diagnóstico y elaboración de propuestas de trabajo (investigación participante). La realización del SEMOP, logra dar una respuesta en buena medida a nuestras expectativas.

El Evento comprende dos partes básicas : Investigación y Elaboración de contenidos educativos, nos permite ubicar una propuesta de trabajo con las comunidades que puede concretarse y ampliarse aún más en los talleres veredales.

El SEMOP nos permite ubicar unos contenidos educativos y una propuesta de educación no formal a desarrollar en las Veredas de San José. Además la evaluación de los resultados de este evento y de las acciones posteriores adelantadas en los talleres veredales, nos ayudan a aclarar y distinguir en nuestro proceso de trabajo con las comunidades "Niveles de Participación de la Comunidad" .

Entendemos por "Niveles de Participación de la Comunidad" , los distintos grados y modalidades del compromiso de los usuarios del Proyecto con las acciones emprendidas. Es decir que la participación no es un proceso masivo, ya que los individuos de una comunidad se involucran en las acciones de muy diferentes maneras de acuerdo a la comprensión de las acciones mismas, a su interés por ellas y a la consciencia de la importancia que ellas puedan tener, tanto a nivel individual como de la comunidad misma.

Proponemos entonces los Talleres Veredales, como lugares para la acción, en el sentido en que ellos no se agotan con la simple exposición de los contenidos educativos, ni pueden asimilarse al centro de educación de adultos, donde un educador transmite conocimientos a un grupo de educandos. Decimos que son lugares para la acción porque allí, a partir de los contenidos educativos detectados inicialmente en el Seminario Operacional, se continua la labor de investigación, en la medida en que es a partir de las principales necesidades de la comunidad que se estructura la programación educativa. El Taller entonces funciona inicialmente como un lugar para la promoción, que busca llevar a los participantes a la reflexión, sobre su actual situación y a formular propuestas y alternativas que dinamicen la comunidad en la búsqueda de soluciones a sus principales necesidades, alternativas con las cuales cada individuo se compromete.

Al principio de 1982 el Proyecto PAAI, subproyecto de CORPOURABA organizó su primer SEMOP en San José de Apartadó con representantes de cinco veredas y dos Promotores de Salud. Tal vez porque la promoción no fue amplia, el Hospital Regional de Apartadó interpretó este Seminario como un curso de alfabetismo y no hizo presencia en una forma mas continua. A pesar de eso, hoy podemos ver los resultados del SEMOP en la Vereda de San José, donde existe una estrecha coordinación entre las comunidades, los funcionarios locales y regionales. para el desarrollo de algunos proyectos, mas que todo en agua potable, tazas sanitarias y cursos de primeros auxilios.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD - NIVEL INSTITUCIONAL SAN JOSE DE APARTADO

En el año 1982 en Enero se inicia por parte de la Corporación PAAI, el SEMOP en el Corregimiento de San José de Apartadó con la participación de Representantes Campesinos, Promotores de Salud, Maestros y Personal del PAAI, teniendo como objetivos:

- * Definir la función de una labor de alfabetización en el marco de un Programa de Desarrollo.
- * Traducir en términos de educación y formación los objetivos del desarrollo.
- * Para San José se tenía como objetivo específico el de capacitar Técnicos del PAAI, en el manejo de esta herramienta (SEMOP) y vincular a las comunidades en los procesos de Investigación, Diagnósticos y elaboración de las propuestas de trabajo (Investigación Participativa).
- * Se realizó este Seminario como un método para la Capacitación en el diseño de propuestas y contenidos educativos en proyectos de Desarrollo Rural, en Programas de Salud o en Proyectos de Organización de la Comunidad.

El SEMOP comprendió dos partes básicas:

1. Investigación y,
2. Elaboración de contenidos educativos ubicando una Propuesta de trabajo con las comunidades concretadas en el desarrollo de los Talleres Veredales.

Para el caso de las veredas de San José de Apartadó se encontraron 3 núcleos generadores en el siguiente orden de prioridades:

- * Salud
- * Agricultura
- * Organización

De acuerdo a la priorización de problemas hechos durante el diagnóstico .

Los Talleres Veredales empiezan a funcionar inicialmente como un lugar para la promoción tratando de llevar a los participantes una reflexión sobre su actual situación y a formular propuestas en la búsqueda de soluciones en sus principales necesidades.

A partir del mes de Mayo se inició el montaje de los Talleres Veredales , se programaron y consolidaron las actividades y contenidos educativos del núcleo generador salud y la cartilla inicial de alfabetización para este tema. Se inicia el trabajo en 5 veredas y en las 4 restantes se continua con la parte de investigación.

La experiencia de los Talleres Veredales permite ubicar mecanismos de coordinación inter-institucional para desarrollar acciones y ubicar recursos.

Como soluciones primeras al problema Salud, se presentan propuestas por parte de la Comunidad para cubrir necesidades relacionadas con Abastos de Agua, Disposición de Excretas y Educación (Construcción y mejoramiento de escuelas) sin desconocer aspectos como la producción y el mercadeo.

Durante los Talleres se fueron desarrollando los contenidos educativos para el factor Salud y la parte de alfabetización, a medida que se fueron dando las charlas se elaboraron las propuestas para las instituciones a las soluciones presentadas por la Comunidad, que se inició con la construcción de Abastos de Agua en cada una -

de las comunidades y con programa de instalación de tazas sanitarias, en éste proceso interviene la Corporación, el Servicio y el Convenio, tanto el proceso de educación como ejecución de las obras es coordinado con personal del Servicio Seccional de Salud y Convenio. En la medida en que se avanzaba en la realización de estas acciones se van elaborando los contenidos para el núcleo generador Agricultura, iniciando la capacitación y realización de huertas caseras.

Se hace seguimiento a la experiencia de los Talleres Veredales - tratando de hacer una evaluación permanente con personal de las instituciones. El Taller Veredal abre campo a la acción de los Promotores Rurales de Salud y la elaboración de material complementario para la Capacitación.

Se continúa trabajando con esta metodología ampliando el proceso - con la conformación de Equipos Básicos Rurales, Comités de Salud, Educación, Recreación y obras, asignando tareas, programando actividades para realizar en cada Comunidad, logrando con este trabajo una amplia participación de la comunidad y el cumplimiento por parte de las Instituciones .

Durante todo este trabajo hubo una activa participación por parte de los Promotores Rurales de Salud, que eran los que movilizaban - la gente en torno a cada acción que se realizaba (ampliar esta información con personal de la Corporación que dió continuidad a los Talleres después de su iniciación).

2. EL SEMINARIO DE P A C O DE 1982

En Septiembre/82 se organizó conjuntamente entre la Unidad Regional de Urabá y el Convenio Colombo Holandés, un Taller-Seminario sobre Participación de la Comunidad en Apartadó. En este Taller participaron activamente representantes del Servicio de Salud de Antioquia y las demás áreas donde trabaja el Convenio. En este Taller se definieron algunas bases de trabajo en Participación Comunitaria para las cuatro áreas del Convenio, como partir de la realidad existente de las comunidades, sus necesidades sentidas y reales, su base socio-económica, cultural y su organización existente. El instrumento para realizar éstos lineamientos se llamó desde luego el "Diagnóstico Participativo", que también formaba parte de los SEMOP'S.

Fue notable también el interés creciente del Servicio de Salud de Antioquia, que directamente intervino a través de la doctora MARIA CRISTINA FERNANDEZ. Sus planteamientos enfocando la Capacitación Comunitaria por temas, partiendo de diagnósticos generales de las necesidades de las comunidades, reforzando el papel de la Promotora de Salud y enfatizando la organización de un equipo operativo por parte de la Regional, significaron un paso adelante en la estructuración del Componente de la Participación Comunitaria.

3. EL SEMOP Y LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN ARBOLETES

El tercer y último SEMOP , se organizó en la Región de Arboletes con la asistencia de representantes de seis comunidades, de las - cuales tres tienen Promotor de Salud , y representantes de las Ins - tituciones que trabajan en esta área.

Fue el primer SEMOP que se organizó con aporte directo del Conve - nio Colombo Holandés de Salud y el Hospital Local de Arboletes, - tanto en aportes financieros como apoyo logístico y recursos huma - nos. Con este fin vinculamos al área de Arboletes , dos Promotoras Sociales, una de ellas pagada conjuntamente con el Programa PAAI / CORPOURABA. Estas promotoras trabajan en la preparación y ejecu - ción del SEMOP y una de ellas está dedicada a desarrollar las ac - ciones posteriores (Talleres Veredales) en las seis comunidades

Para este SEMOP se fijaron los siguientes objetivos :

- a. Establecer diagnósticos socio-económicos básicos para la solu - ción de planes y programas de trabajo, capacitando a Promotores de Salud, Representantes de la Comunidad, Agentes de las Insti - tuciones participantes, para un mayor definición de las activi - dades que la Corporación, el Servicio y el Convenio adelantan en esta área , tratando de concretar y materializar una mayor - coordinación inter-institucional y el comprometimiento de las - demás Instituciones presentes en el Municipio.

De las 6 veredas participantes, 5 tenían Promotor Rural de Salud y 4 de ellas estaban dentro del Programa PAAI de la Corporación',

donde se trabajaría con la modalidad de Talleres Veredales , se da una espera de cuatro meses para definir los contenidos educativos a desarrollar en estos Talleres.

El área seleccionada para trabajar a partir del SEMOP era SALUD y ORGANIZACION, no se logró precisar los contenidos para empezar el trabajo, solamente se define impulsar las siguientes acciones :

- * San Juancito : Conformar la Junta Administradora del Acueducto, capacitando a la Comunidad en la parte de organización.
- * En Pajillal : Trabajar en la organización para el arreglo de la Escuela y realizar un Diagnóstico Social para conformar una Tienda Veredal.
- * Las Lajas : Conformación de un Comité de Salud y a partir de esta organización; impulsar la construcción de un Puesto de Socorro.
- * La Barrancuda : Trabajar en los temas de Organización y Salud impulsando alguna acción concreta.
- * Pavitas : Trabajar coordinadamente con el Promotor Rural de Salud y el Promotor Educativo de la Vereda.
- * Uveros : Capacitación en Salud sobre el tema de Primeros Auxilios. Se inicia el trabajo con esta serie de actividades, pero una vez cumplida esta etapa, no se define la continuidad del trabajo , se coincidió que era mucho personal concentrado en las seis veredas (CONVENIO , CORPOURABA) y que el trabajo desplegado no proporcionaba una acción concreta a nivel de Participación de la Comunidad; porque no contenía una respuesta a las necesidades presentadas en el Diagnóstico al realizarse el SEMOP.

El Convenio amplió su zona de trabajo para los Corregimientos de las Platas y El Carmelo que centraban un mayor número de Promotores Rurales de Salud y donde existían dos Puestos de Salud y no había mucha presencia institucional.

- b. Posteriormente se define una programación conjunta por parte de las 3 Instituciones enfatizando la parte de Saneamiento Básico y Educación en Salud. Se ejecutan varias obras que aparecen en la Evaluación al igual que el trabajo en Educación en Salud.

La participación y organización de las comunidades seguirá a partir de la realización de estas obras, obteniendo comprensión e interés por parte de la Comunidad de la relación de las soluciones presentadas con los problemas de Salud.

Vale la pena destacar dentro de la Participación de la Comunidad los aspectos y contenidos desarrollados durante el proceso de capacitación en las veredas de San Juancito, La Barrancuda, la Trinidad.

- c. Todo el trabajo que se hizo no permitió ampliar el nivel de participación por no tener respuesta institucional u otro tipo de problemas presentados por la Comunidad (Tenencia de tierra, empleo, venta de productos, vías de acceso).
- d. No se da consistencia a los Talleres Veredales como herramienta de trabajo con las comunidades por la deserción de los Promotores Educativos y por no haber una claridad sobre los contenidos educativos en Salud o trabajar durante los Talleres; sin embargo, el trabajo realizado permite que la Participación de algunos líderes de las Comunidades en el SEMOP apoye la demanda de algunos servicios a través de solicitudes presentadas a las Instituciones y al apoyo de la comunidad cuando hubo respuesta por parte de éstas.

- e. El apoyo desplegado por el personal del Convenio durante el año 1984 permite una mayor participación de la comunidad en torno a los servicios prestados por el Promotor Rural de Salud, sobre todo en Santa Fé de las Platas.

A las acciones desarrolladas en Saneamiento Básico Rural (ejecución obras y educación), se combinan otras actividades como Programa de Huertas Caseras y la iniciación de algunos diagnósticos sobre el factor Salud para estas Comunidades.

A pesar de que la participación comunitaria no ha sido un proceso continuo integral, se puede hablar de algunos niveles de participación propiciado con algunas acciones de las Instituciones y trabajo de Promotor Rural de Salud y Líderes de la Comunidad.

C. LOGROS Y OBSTACULOS

1. LOGROS

Tal vez el resultado mas notorio es el éxito de los Programas de Saneamiento con Participación de la Comunidad. Es el resultado de un trabajo estructurado entre Promotor de Salud, Promotores e Ingenieros de Saneamiento y Promotores Sociales .

Mas claro ésto se ha logrado en las Veredas de la UPA de San Jose de Apartadó a raíz del SEMOP que se inició en 1982 y aprendiendo de la experiencia en el núcleo San José mismo con el Acueducto (el primero construido por el Convenio). 7 Veredas se aprovecharon de este trabajo en el cual hay que destacar el papel del Proyecto CORPOURABA/PAAI, que organizó el SEMOP y aportó mucho al seguimiento de los proyectos veredales con ayuda financiera y técnica a través de su Unidad Social.

Los Promotores de esta UPA se han distinguido también por sus labores comunitarias e interés por el area de Saneamiento Ambiental.

Las comunidades de San José, aportaron no solo su mano de obra y elementos básicos, sino fueron en muchos casos quienes tomaron la iniciativa para las obras y dieron las pautas para la ejecución técnica (indicación de posibles fuentes, organización de labores, etc). Después de haber recibido las obras incluidas fueron ellos, los responsables del buen uso y mantenimiento de éstas, para lo cual se organizaron en Juntas Administradoras de los Acueductos y están recogiendo cuotas para elementos de purificación de agua y pequeñas reparaciones.

En la región de Arboletes se trató de repetir la experiencia de - San José de Apartadó, también se comenzó con un SEMOP (julio/83) y posteriormente con Talleres Veredales. Sin embargo el resultado ha sido diferente por varias razones:

- * Las comunidades escogidas no fue un grupo homogéneo con una - problemática similar a pesar de sus características de marginalidad. No todas las comunidades contaban con Promotor de Salud.
- * Por parte de PAAI/CORPOURABA , no había suficiente apoyo a estas comunidades por razones técnicas e infortunadamente debieron retirarse gradualmente de esta zona.
- * El Convenio no podía darse el lujo de dejar todos sus recursos (dos Promotores Sociales) para 6 comunidades y dejar abandonadas otras UPAS y Comunidades como Santa Fé de las Platas y El Carmelo.

En Santa Fé de las Platas se inició un trabajo intensivo con las 4 veredas que cuentan con Promotor de Salud. La situación económica (falta de tierra) y de orden público, limitaron la continuidad de estas acciones.

En El Carmelo se desarrollaron actividades en torno al Puesto de Salud y el Acueducto. En general la gente se mostró interesada y con iniciativa , cuando existieron compromisos reales por parte - de las Instituciones.

En las demás áreas de influencia del Programa como San Pedro de - Urabá, Bajirá y Necoclí, no se iniciaron programas comunitarios - estructurados ni tampoco actividades en Saneamiento. Básicamente se hizo énfasis al proceso de selección de Promotores y

posteriormente en el apoyo a este recurso humano para el beneficio de su comunidad.

2. OBSTACULOS

Los obstáculos para el buen desarrollo de la Participación de la Comunidad fueron múltiples y de diferente tipo :

- * Dos Promotoras Sociales (del Convenio) para fomentar la Participación de la Comunidad, no son muchas si se toma en cuenta la extensión de la región y los múltiples problemas que se deben afrontar.
- * Como el único recurso humano del Area Social -Una Trabajadora Social- que debe dedicar gran parte de su tiempo al trabajo - intrahospitalario.
- * En la región de Arboletes ha sido clave la retirada de CORPOURABA/PAAI para el desarrollo de esta zona. Por parte del Servicio/Convenio fue imposible ofrecer una alternativa para la situación socio-económica en que están viviendo los pobladores de esta área.
- * En casi toda la región se han presentado problemas de orden público con variaciones por épocas.
- * Las condiciones climáticas exigen una flexibilidad en programación y disponibilidad de medios de transporte adecuados. Muchas veces fue imposible cumplir con estos requisitos.

S E G U N D A P A R T E
E V A L U A C I O N C O M U N I T A R I A

GENERALIDADES	225
VEREDAS :	
PLATAS DEL MEDIO : UPA SANTA FE DE LAS PLATAS	227
UVEROS : UPA DAMAQUIEL	235
LA PRIMAVERA : UPA BAJIRA	241
LA Balsa : UPA SAN JOSE	254

EVALUACION C O M U N I T A R I A

G E N E R A L I D A D E S

O B J E T I V O

Describir el conocimiento que tiene la comunidad de los servicios de salud proporcionados por el Promotor Rural de Salud dentro de su área de influencia, para lograr el desarrollo de los diferentes componentes de la Atención Primaria.

M E T O D O L O G I A

Se seleccionaron cuatro (4) veredas de la Regional teniendo en cuenta :

- * El grado de apoyo brindado por la Institución que participan en la prestación de servicios de salud.
- * El desarrollo de los diferentes componentes de la Atención Primaria.

Estas Veredas fueron :

- * Arboletes : PLATAS DEL MEDIO (LAS PLATAS) y
- * UVEROS (DAMAQUIEL)
- * Apartadó : LA Balsa (SAN JOSE DE APARTADO)
- * Mutatá : LA PRIMAVERA (BAJIRA)

En cada vereda se encuestaron en promedio el 20% de las viviendas, elegidas al azar, después de dividir la vivienda en 4 sectores de acuerdo al croquis proporcionado por el Promotor Rural de Salud, de cada sector se encuestaron igual número de viviendas.

En las viviendas seleccionadas se aplicó la encuesta a una sola familia. A través del Promotor Rural de Salud se informó a la comunidad, cual sería el trabajo a realizar y el objetivo que pretendía alcanzar.

La encuesta final que se aplica fue el producto de una serie de cambios y modificaciones. Inicialmente se partió de una guía general de preguntas, elaborada por la Asesora Holandesa del Programa de Atención Primaria y las Promotoras Sociales del Convenio; con base en ella la Trabajadora Social Regional en coordinación con la Asesora Holandesa realizaron otra guía. Partiendo de ambas guías el Equipo Gestor Regional, elaboró un instrumento que fue presentado a los Coordinadores del Convenio del Nivel Central quienes consideraron que las preguntas debían ser cerradas por efecto de tabulación; para hacer esta tarea se realizó reunión extraordinaria del Equipo Gestor Regional, la encuesta resultante fue probada en la vereda La Victoria de San José de Apartadó por 5 integrantes del Equipo Gestor aplicando cada uno una encuesta.

Con base en las dificultades e inconsistencias encontradas en la prueba piloto se hicieron las modificaciones del caso a la encuesta, quedando lista para ser aplicada finalmente en las comunidades seleccionadas para la Evaluación.

EVALUACION PARTICIPATIVA EN LA VEREDA "PLATAS DEL MEDIO":**UPA SANTA FE DE LAS PLATAS**

OBJETIVO

Determinar el conocimiento que tiene la comunidad sobre las funciones y programas que el Promotor desarrolla en la Vereda y el grado en que las utiliza.

DESCRIPCION GENERAL DE LA VEREDA

Mirar datos poblaciones en U.P.A. Santa Fe de las Platas.

Se realizaron en total 15 encuestas a 15 familias siguiendo los lineamientos metodológicos de la Evaluación Participativa. De esta forma se cubrió un total de 89 habitantes.

INFORMACION GENERAL

El mayor número de personas está concentrado en los grupos de edades entre 15 y 44 años (34) y entre 5 y 14 años (24). Deduciendo que en su mayoría es una población adulta y adolescente.

Con relación al tiempo de permanencia en la Vereda se trata de una población estable, ya que 14 de las familias llevan mas de 4 años viviendo en la comunidad

Esto se explica por el hecho de que la elección de pareja (0) o compañera (a) es entre los mismos habitantes. Además hay cierta estabilidad en relación a la tenencia de la tierra (minifundios).

Es muy significativo en esta vereda que la población acuda en su mayor parte (14 familias) en caso de enfermedad o accidente al empírico. La persona donde acuden se ha capacitado empíricamente en Salud, lleva mucho tiempo de permanencia en el Corregimiento de Las Platas, la gente tiene mucha confianza y fé; tradicionalmente han acudido a él, además consideran efectivo los tratamientos que les da y en cuanto a transporte y costos es mas reducida. Esta persona tiene además buenas relaciones con el persona de salud.

Solo en uno de los casos la gente acude al Promotor Rural de Salud , justificado en que consideran que tiene pocos recursos para prestar atención en salud. Acuden a ella con mas frecuencia para la aplicación de los primeros auxilios.

ATENCION A LAS PERSONAS

CONTROL PRENATAL

De 15 mujeres encuestadas, 14 han estado alguna vez en embarazo. Esto se explica porque inician su vida sexual a muy temprana edad y sin ninguna medida anticonceptiva, pues 11 de ellas no planifican, éste último punto está relacionado con la prohibición por parte del compañero y por desconocimiento.

En el último año se ha visto una alta incidencia de embarazos (6) siendo éstos con muy poca diferencia en tiempo o muy seguidos.

Estos datos muestran la poca actividad que ha tenido el Promotor de Salud en lo que a educación y concientización y promoción de los Programas se refiere (control prenatal , atención de partos, planificación familiar).

$\frac{1}{4}$

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (P.A.I.)

Con respecto al número de personas vacunadas se presentó imprecisión en los datos obtenidos. Sin embargo el programa de vacunación es una actividad cumplida por el Promotor y reconocida por la comunidad, son pocas las familias renuentes. Se aprecia la promoción que ha realizado, pues 13 de las familias encuestadas ha recomendado la vacunación.

PROGRAMA DE MALARIA

Según los datos no se puede establecer concretamente la incidencia de paludismo en estas familias, ya que en caso de síntoma de paludismo se administran remedios caseros (4) o se automedican (5), solo en dos casos recurren al funcionario de Salud. Esto es significativo en cuanto a que en solo dos de los casos se han hecho el examen de gota gruesa en ninguno de los casos realizado por el Promotor.

En dos casos se realizaron examen de gota gruesa que resultaron positivos y se hizo el esquema de tratamiento completo.

PLANIFICACION FAMILIAR (VER LA PARTE DE CONTROL PRENATAL)

SALUD ORAL

En la mayor parte de los casos (12), ante problemas dentales se recurre al empírico, justificado en que le tiene mas confianza (100% de los que recurren a él), queda mas cerca a la vivienda (100%) y es mas corto (7%).

En ningún caso acuden al Promotor o al Odontólogo

Un alto número de personas tienen como cuidados con los dientes, el cepillado (14), utilizando crema dental (14). Es de aclarar que generalmente esté cepillado es una vez al día y mas en los adultos que en los niños . Con respecto al número de cepillos por familias, fue difícil precisar este dato, porque todos decían que cada persona tenía cepillos de dientes y se averiguó que en muchos casos un cepillo es utilizado por varios niños.

SANEAMIENTO BASICO

DISPOSICION DE AGUA

En un 100% (15) de los casos las familias consumen agua de pozo, de los cuales solo 9 la hierven, 5 la dejan reposar y 1 le agrega alumbre. 5 de las familias que hierven el agua es por recomendación del Promotor. Se dá mayor énfasis y educación en lo que a tratamientos de agua se refiere.

DISPOSICION DE EXCRETAS

Ninguna de las familias tiene un sistema adecuado de Disposición de Excretas, pues en un 100% (15) de los casos utilizan el campo abierto.

DISPOSICION DE BASURAS

Las prácticas mas utilizadas son: quemarlos (8) especialmente en verano a campo abierto 6, solo 1 en la tierra.

A este nivel el Promotor puede trabajar mas en lo que a campañas de educación y prácticas con respecto al tratamiento de las basuras se refiere (quemarlas o enterrarlas).

ZOONOSIS

Es notoria la ausencia de campañas de vacunación de animales, el 100% (29) de los perros de la vereda están sin vacunar.

En este aspecto la sección de Saneamiento Ambiental debe prestar mayor atención.

OTRAS ACTIVIDADES DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD

La actividad mas frecuente y mas reconocida por la Comunidad en el Promotor Rural de Salud es la realización de visitas domiciliarias (10 casos), charlas a reuniones (6), administración de droga y suero de rehidratación (7). En dos de las familias se ha presentado la necesidad de primeros auxilios y en ambos se recurrió a la Promotora Rural de Salud.

EDUCACION EN SALUD

Es muy bajo el número de personas que acude a las charlas educativas dictadas por el Promotor (3), lo que demuestra un bajo interés y motivación por la educación. En esto influye el hecho de que son pocas las charlas que da.

Los temas tratados con mas frecuencia son : parasitosis (5), vacunación, malaria, atención materna y atención infantil, son 4 respuestas para cada tema. Estos temas son huertas caseras (2) nutrición (2) hipertensión.

En temas como Salud Oral, Saneamiento Básico, venéreas, T.B.C. y prevención de accidentes, no se ha hecho ninguna educación, los que deben tratarse teniendo en cuenta los problemas de conocimiento y recursos que tiene la comunidad en esos niveles.

VISITAS DOMICILIARIAS

Las respuestas mas frecuentes dadas por las familias son de 2 ó mas de 8 visitas en el último año. 4 familias dieron este dato.

El mayor motivo para la realización de las visitas es la elaboración del Censo (11 casos), dar educación (8 casos). Es significativa la ausencia de visitas para atender enfermos, que pueden estar relacionados con el alto número de familias de acuerdo al empírico en caso de enfermedad o accidente.

SUMINISTROS

Es alto el desconocimiento que tiene la comunidad con respecto a la dotación de suministros que tiene el Promotor. Esto tiene estrecha relación con la baja utilización que tiene la comunidad de los servicios del Promotor.

Es igualmente bajo el número de remisiones que ha realizado el Promotor Rural de Salud, solo 3 al Puesto de Salud, ninguno al Hospital.

ORGANIZACION Y DESARROLLO DE LA COMUNIDAD

Teniendo en cuenta la enorme importancia que tienen estos elementos en el desarrollo de los Programas de Atención Primaria en Salud, es alarmante el dato suministrado por el 100% de la población en relación a no tener ningún conocimiento sobre la labor realizada por el Promotor Rural de Salud en este campo. La promotora lleva 4 años desempeñándose en la comunidad como tal, la comunidad en su mayoría es estable y por lo tanto es contradictorio que no tenga claridad ni conocimiento del tiempo que hace que tienen promotor lo que muestra la baja aceptación que tiene .

Sobre lo que cree la gente que puede hacer el Promotor Rural de Salud - por familia, 4 no supieron, dar respuesta, la mayor parte de las que respondieron se refieren a los primeros auxilios (5). Otros manifestaron mas frecuencia en las visitas, con énfasis en temas de Salud (2).

Con referencia a la vereda, la mayoría dicen no tener conocimiento sobre que actividades puede hacer el Promotor por la vereda; se aprecia - la falta de difusión de las funciones del Promotor.

En relación a los cambios observados con las presencia del Promotor se refirieron (9) que tienen prácticas de hervir el agua y tienen quien les preste primeros auxilios.

En la organización de la comunidad y educación en salud el 100% respondió no saber. Corroborando la falta de trabajo del Promotor en estos campos.

En general puede concluirse que para esta comunidad no hya conocimiento ni claridad con respecto a las funciones que desempeña el Promotor , de ahí la baja utilización de los servicios.

Para lo único que se tiene un mínimo de conocimiento y utilización es para la prestación de primeros auxilios. Se recomienda por lo tanto - que personal del Equipo de Salud se reúna con la comunidad y explique - nuevamente a la población las funciones que desempeña un Promotor Rural de Salud.

EVALUACION PARTICIPATIVA "VEREDA UVEROS" : UPA DAMAQUIEL

I. INFORMACION GENERAL DE LA VEREDA

El mayor número está entre 5 y 14 años (50), el resto de la población repartida según datos de la Encuesta para un total de 116 personas - en 17 casas encuestadas.

Ha sido una población estable, pero en el momento de esta evaluación - por problemas de orden económico se reúne presentando un proceso acelerado de emigración mas que todo en el caso de los hombres, desplazándose a otras zonas en busca de trabajo (Apartadó). Sin embargo - hasta el año pasado la permanencia era de mas de cuatro años.

En caso de enfermedad o accidente se acude generalmente donde el Promotor o en Centro de Salud de San Juan.

ATENCION A LAS PERSONAS

CONTROL PRENATAL

La diferencia entre un embarazo y otro es por lo general entre 1 a 2 años.

De los 17 encuestados, 11 han estado en control prenatal de los cuales 6 han sido recomendados por el Promotor Rural de Salud y realizados - también por él (7).

Se considera importante el control prenatal y tienen conocimiento de los aspectos que este contiene .

De los 17 que han estado en embarazo a 5 se les explicó Tixoide Tetá nico y 9 se les enseñó los signos de peligro del embarazo.

Los embarazos son generalmente de 9 meses y todos lo snacidos por el número de mujeres encuestadas han nacido vivos.

El mayor número de partos han sido atendidos por parteras y a domicilio.

La mitad de las mujeres encuestadas dicen què el Ptomotor Rural de Salud las visitó después del parto y examinó a la madre y al recién nacido; por lo general estas visitas han sido para dar recomendaciones. Es muy bajo el porcentaje de madres a las que enseñan cuidados con el recién nacido y después del parto.

VACUNACION

El número -e personas vacunadas no presenta relación con el número de integrantes de la familia para el cuadro edad en años, pero puede considerarse que en su mayoría los menores de 1 a 4 años han sido vacunados, presentándose menor número con esquema incompleto.

El programa de vacunación es una actividad que después de ser delegada en el Promotor Rural de Salud ha ampliado la cobertura.

MALARIA

En caso de presentarse paludismo, 6 personas buscan ayuda de un funcionario de salud, al Promotor lo buscan 4 personas.

El Promotor Rural de Salud ha tomado (7) muestras de gota gruesa con resultados positivos para 7 y se les ha dado la droga de malaria.

Se establece que de las personas que han presentado paludismo la mitad se autómédica y la otra mitad recurre al Promotor Rural de Salud o al Puesto de Salud.

Se observó que por casa hay 1 ó 2 toldillos para un promedio de 8 - personas.

PLANIFICACION FAMILIAR

De las 17 mujeres encuestadas 10 han estado en el Programa de Planificación Familiar, El método mas utilizado ha sido la pildora, la planificación ha estado entre 1 y 4 años y se ha realizado la planificación por recomendaciones de otras personas que planifican, considerándose - como efectivo el método que utilizan.

Es notorio dentro de este Programa, que son pocas las mujeres que realizan control. Las 7 que no planifican es por oposición del compañero.

SALUD ORAL

Cuando se presentan problemas se tratan inicialmente con remedios case-ros y analgésicos y cuando no son efectivos se va al empírico, se utilizan muy poco los servicios del Hospital, porque 7 dicen que el empírico vive mas cerca a la casa y ésto abarata los costos del transporte.

Las 17 familias cumplen con el cepillado utilizando 1 cepillo para los niños y por lo general una vez al día, cuando no hay crema utilizan sal o bicarbonato , es considerado como una práctica de la familia.

SANEAMIENTO BASICO

* El .Acueducto presupuestado y empezado , no se terminó de construir la gente consume agua lluvia o de pozo cuando ésta se agota.

De las 17 familias, 10 hacen tratamiento consistente en : hervirla 5, dejan reposar 4, y agregan otros elementos 3.

* Las excretas al campo abierto, las basuras se quemaron pero en su mayoría se arrojó al campo abierto.

* De los perros encontrados en su mayoría están vacunados por campañas realizadas por el Servicio Seccional de Salud.

* El Promotor Rural de Salud es conocido a través de las visitas domiciliarias y la prestación de los primeros auxilios.

EDUCACION EN SALUD

El conocimiento que se tiene sobre este Componente es la recomendación que el Promotor Rural de Salud dá en la visita domiciliaria de acuerdo a la situación encontrada, enfatizando en la atención a los niños. El número de visitas realizadas por el Promotor Rural de Salud a estas familias están entre 2 y 4 veces.

La consistencia de las visitas es en atención a enfermos, hacer censos, o cuando lo llaman. Por lo general el Promotor Rural de Salud permanece en el Micropuesto de Salud esperando que lo llamen para - prestar los primeros auxilios; se desplaza a las viviendas solamente en caso de urgencia. De las 17 familias el 50% ha llevado donde el Promotor Rural de Salud cuando se presenta algún enfermo especialmente niños.

Las personas que han visitado el Micropuesto conocen los elementos con que el Promotor cuenta para prestar los primeros auxilios, en su mayoría no sabe si cuenta con droga .

DE las familias encuestadas 10 han hecho remisiones al Puesto de Salud y al Hospital, todas las personas han sido atendidas.

Las 17 familias respondieron no saber que actividades realiza el Promotor Rural de Salud sobre organización y participación de la comunidad. El Promotor no ha desplegado mucha actividad en estos dos aspectos, por considerarse ésta una comunidad con muchos problemas políticos y donde el Promotor es considerado para otras actividades que no tienen que ver con éstas.

En su mayoría las familias dicen que el Promotor lleva trabajando mas de cuatro años.

Para las familias encuestadas las 2 últimas preguntas no fueron muy claras; al referirse a que actividades puede desarrollar el Promotor , por la familia y la vereda respondieron en su mayoría no sa - bery las que respondieron coincidieron, que debe hacer las visitas domiciliarias con mas frecuencia.

Los cambios considerados con la presencia del Promotor han sido : la prestación de primeros auxilios y la vacunación para los niños.

CONCLUSIONES GENERALES

* El Promotor Rural de Salud se ha limitado a prestar auxilios, - porque no ha encontrado respuesta ni apoyo en la comunidad para desarrollar otras actividades (organización, educación en salud) y muy pocos cambios al interior de las familias cuando realiza - las visitas domiciliarias por las mismas características de la comunidad.

* A pesar de que la Promotora Rural de Salud es de allí y lleva -
trabajando 5 años , hay una apatia general por el trabajo que ésta
pueda desarrollar, se limita a los primeros auxilios.

EVALUACION PARTICIPATIVA VEREDA "LA PRIMAVERA" : UPA BAJIRA

OBJETIVO

Describir el conocimiento que tiene la Comunidad sobre las funciones y servicios que presta el Promotor de Salud de la Primavera (Bajirá) y el grado de aceptación y utilización de los mismos.

DESCRIPCION GENERAL DE LA VEREDA

Situada aproximadamente a una hora de camino del Corregimiento de Bajirá, (perteneciente al Municipio de Mutatá). Durante el verano es posible llegar a la vereda en carro, pero en invierno debe ser caminando, a caballo, o en lancha. Según datos del último censo en 1985, la comunidad tiene una población de 205 habitantes, distribuidos en 36 familias y 35 viviendas, distribuidos en 36 familias y 35 viviendas. La mayoría de las viviendas son dispersas.

Predomina una economía de autoabastecimiento y minifundio, a través de la ganadería, explotación de la madera y pequeños cultivos como plátano, arroz, maíz y yuca.

Para la realización de la Investigación se hicieron 8 encuestas familiares, que equivale al 22.2% del total de familias, 22.4% del total de viviendas y en relación con la población cubre al 31.2% (64) del total de habitantes.

Como ya se había descrito para la realización de la Encuesta se dividió a la comunidad en 4 sectores, en cada uno de los cuales un funcionario de sa lud encuestó a dos familias seleccionadas al azar.

RESULTADOS OBTENIDOS

Según los datos obtenidos hay un promedio de 8 personas por familia, concentradas principalmente en los grupos de edades comprendidos 5 y 14 años (29 personas) y 15 - 44 años (19 personas). Es muy bajo el número de per sonas menores de un año.

En relación al tiempo de permanencia en la vereda se observa que es una comunidad estable, pues el 87.5% de las familias lleva mas de 4 años vi viendo en la comunidad, lo que dá posibilidad de tener conocimientos mas profundos y reales del promotor y las funciones que realiza.

Uno de los factores que explican la estabilidad de la población y la vere da es la tenencia de la tierra (pequeños propietarios). En caso de enfer medad o accidente el 87.5% de las familias acude primero al Promotor de Salud, lo que indica que éste tiene un alto grado de aceptación en la co munidad, este hecho se corrobora en la respuesta afirmativa dada por el 87.5% de las familias en relación a tenerle confianza al Promotor; hechos significativos para el desarrollo e implantación de los Programas de Aten ción Primaria en Salud.

Teniendo en cuenta de que en las comunidades (especialmente las mas ale jadas) existe la costumbre de acudir al empírico, vale la pena resaltar - de que ninguna de las familias encuestadas acude a él.

ATENCION A LAS PERSONAS

* Control Prenatal

En el 100% de los casos se encontró que la mujer cabeza de familia, ha estado alguna vez en embarazo o la mayor parte de ellos (72.5%) en embarazo hace menos de dos años.

Aunque es alto el porcentaje de mujeres que se han realizado el control prenatal, (75% de los casos) se observa que en este campo la actividad del promotor ha sido poca, pues solo en un 16.6% fue recomendado por el Promotor, en su mayoría lo realizaron por iniciativa propia o recomendaciones de otras personas. La mayor parte de quienes se han realizado el control (66.6%) han acudido a personal de enfermería.

Según las respuestas dadas los controles han consistido en la toma de signos vitales, examen físico y educación. En el 50% de los casos les solicitaron examen de laboratorio y se enseñó sobre los signos de peligro para embarazadas. Un 66.6% de quienes se han realizado control se hicieron aplicar el toxoíde tetánico.

En el 62.5% de los casos, el último parto fue hace menos de 2 años, que es el tiempo que el promotor viene desempeñándose como tal en la comunidad y muestra nuevamente la poca actividad del Promotor en este programa, ya que solo recomendó un control prenatal, no realizó ninguno de éstos. Además el 100% de los partos fue atendido a domicilio, siendo atendido por partera en el 75% de los casos. Por otro lado puede explicarse este hecho por la distancia que hay de la vereda al Puesto de Salud, dificultándose la salida en invierno y por la costumbre tradicional de tenerle mas fé a la partera. En el 25% de los casos de parto no había Promotor de Salud.

La mayor actividad del Promotor en este Programa se ha concentrado en realizar visitas después del parto (62.5% de los casos), en los que se dedica especialmente a dar educación sobre cuidados con la madre con un 80% de las visitas, cuidados con el recién nacido (60% de los casos) como alimentación, aseo, vacunación y revisión al menor. (60% de las visitas).

* Programa Ampliado de Inmunizaciones . PAI

Se presenta en la población un bajo porcentaje (39.06%) de personas que han recibido (39.06%) de personas que han recibido alguna vacuna, solo el 29.6% ha recibido esquema completo, lo que muestra la necesidad de incrementar las acciones de educación, motivación y promoción del Programa, lo mismo que las campañas de vacunación. Generalmente esta población sin vacunar es mayor de 4 años, pues hay un cubrimiento total (100%) en menores de 1 año y del 90.9% entre 1 y 4 años.

El hecho de que sea la población mayor de 4 años la que esté sin vacunar ; puede estar relacionado con las creencias de que la vacuna los enferma mas y es mas perjudicial; además en ese tiempo no hay Promotor.

Con respecto a la población vacunada, se aprecia la labor de educación y concientización del Promotor, pues en un 87.5% de los casos fue él quien recomendo la vacuna. Sin embargo, es necesario que incrementemente su labor de concientización y establezca los contactos necesarios para llevar las campañas de vacunación a la comunidad.

* Programa Control de Malaria

Según estadísticas de 1985 al primera causa de morbilidad en Bajirá es el paludismo , con una tasa de 719.5% por 10.000 habitantes.

Este dato queda confirmado por el hecho de que en el 100% de las familias encuestadas, mínimo una persona ha presentado síntomas de paludismo y en ese mismo porcentaje se ha hecho tomar la muestra de gota gruesa, resultados positiva en el 87.5% de los casos.

A este respecto se aprecia una intensa actividad en el Promotor, ya que en el 87.5% (7) de los casos la gente ha acudido a él para que le tome la gota gruesa y el 100% de los positivos se han hecho el esquema completo de tratamiento.

Estos datos muestran cierto nivel de conciencia en la población a identificar los síntomas del Paludismo, saber qué examen se necesita para diagnosticarlo, a quien debe recurrir, seguir el tratamiento dado por el Promotor o la Auxiliar de Enfermería y algo muy importante que en ningún caso se registró, la administración de remedios case - ros o droga sin fórmula médica.

* Planificación Familiar

La mayor parte de las mujeres cabeza de familia (62.5%) se encuentran planificando, el 60% de ellas a través de la píldora y el 40% se han hecho ligadura de trompas.

Se observa una relación entre el tiempo que llevan planificando con el bajo porcentaje de la población menor de un año, pues el 60% de ellas llevar ese tiempo planificando; además con el tiempo que lleva el Promotor ejerciendo sus funciones en la comunidad; en este campo, se nota mayor actividad de él en lo que se refiere a la motivación y promoción

del Programa, pues el 40% de quienes planifican lo hacen por iniciativa o recomendación del Promotor.

Con respecto a los métodos de planificación, es importante que la persona los considere efectivos y se sienta satisfecha con él, con el fin de tener continuidad en el Programa y lo promuevan, quitando así tabús y creencias que existen en las comunidades con relación a la planificación familiar. Es así como en el 80% de quienes planifican se presenta un alto grado de satisfacción y consideran efectivo el método utilizado.

* Salud Oral

Con relación a Salud Oral, el cuidado más frecuente que tiene la gente con los dientes, es el cepillado (87.5%), utilizando crema dental el 100% y algunos el 25% la combinan con sal y bicarbonato. Sin embargo, solo el 81.25% de la población tiene cepillo de dientes. Estas son las únicas medidas accesibles a la población, apreciándose como el Promotor de Salud ha contribuido en la enseñanza de ellos en un 37.5% de los casos. En su mayor parte 50%, éstas prácticas son enseñadas por el maestro.

Para esta comunidad es prácticamente inaccesible el recurso odontológico. El más cerca está en Chigorodó, pues no se presentó ningún caso de visita al Odontólogo ya sea para tratamiento o remisión.

La gente continua utilizando sus prácticas de autoadministrarse droga 37.5%; combinadas con remedios caseros 25%; en caso de dolores y cuando es insoportable acuden al empírico 37.5%; y por otras razones 37.5%. Esto puede ilustrar como la gente ante la inaccesibilidad de los recursos y su difícil situación económica tiene que recurrir a medidas en las cuales han confiado tradicionalmente, aunque no sean las más efectivas.

SANEAMIENTO BASICO

* Abastecimiento de Aguas :

La Comunidad no posee acueducto. Ante la necesidad de abastecerse de agua , el 100% de las familias utilizan pozos y el 25% utilizan también agua del río como complemento. En su mayoría 75 % se encontró satisfacción con el agua que consumen.

Se observa en las familias un alto grado de conciencia de la necesidad de hacerle algún tratamiento al agua antes de consumirla. El 75% la tratan, de estas familias que la tratan el 100% la hierven, además el 50% (3) la dejan reposar o acentar ; con relación a estas medidas es notable la labor de promoción, educación y concientización que ha tenido el Promotor de Salud.

El 100% de la población cuenta con el recurso de agua mas de 12 horas al día, a través de este sistema. (Siendo en todos los casos gratuito).

* Disposición de Excretas

Los Programas de Tazas Sanitarias todavía no ha favorecido a la Comunidad, el 100% de la población utilizan el campo abierto, lo que puede posibilitar la proliferación de las enfermedades parasitarias.

* Basuras

Se presenta una marcada división en la población con respecto a la disposición final de las basuras, puesto que un 50% las queman, existe una familia que las quema y las entierra. Algunas de las familias que utilizan el campo abierto encuentran justificación en la creencia de que sirven como abono.

* Zoonosis

Es alarmante el alto índice de animales domésticos (perros y gatos) que están sin vacunar. Se encontró un total de 32 animales (un promedio de 4 animales por familia) de los cuales solo está vacunado el 12.5% (4), el 87.5% (28) se encuentra sin vacunar.

Este es también un problema de recursos, puesto que el Centro de Salud de Bajirá no cuenta con Promotor de Saneamiento, por lo tanto el de Mutatá debe atender ambas localidades y no dispone de medios de transporte para ello. Con respecto a los animales muertos, predomina la costumbre de enterrarlos 62.5%; un 37.5% los tira a campo abierto.

OTRAS ACTIVIDADES DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD

* De acuerdo a las respuestas dadas por los encuestados las actividades a las cuales se dedica más el Promotor de Salud son:

- Dar charlas o hacer reuniones reuniones 87.5 %
- Hacer visitas domiciliarias 87.5 % y
- Toma de Gota Gruesa

ajustándose así al cumplimiento de sus funciones y dando atención a uno de los problemas de salud más sentidos por la Comunidad como es el Paludismo.

En un 50% de los casos presta los primeros auxilios y en otro 50% administra algún tipo de droga y sales de Rehidratación.

* Educación en Salud

Un alto porcentaje 75% de personas asisten a las charlas programadas por el Promotor, lo que indica que existe interés, motivación y aceptación en la gente por esta educación. Sin embargo un 25% no acuden; a este respecto se hace necesario incrementar el interés por la Educación y la aplicación de los conocimientos adquiridos.

Las personas que asisten respondieron que entre los temas tratados por el Promotor de Salud con mas frecuencia están: nutrición en un 83.33% (5), vacunación, malaria, atención infantil y salud oral en un 66% (4) cada uno; atención materna y prevención de accidentes en un 50% de los casos.

Temas como huertas caseras, parasitosis, venéreas 50% han sido tratadas en un 16.6% (1) de los casos, la T.B.C. no ha sido tratada, por las características de la comunidad se hace necesario que se haga un poco mas de énfasis en estos temas.

* Visitas Domiciliarias

Las respuestas dadas por las familias confirman el interés que el Promotor ha puesto por las visitas domiciliarias, pues en un 62.5% (5) de los casos ha realizado mas de 8 visitas en el último año. En un 12.5% de los casos ha realizado una visita, entre 2 y 4 visitas y entre 5 - 8 visitas, habiendo realizado visitas a todas las familias.

Se aprecia igualmente la disponibilidad que tiene el Promotor al responder un 62.5% (5) de las familias que el Promotor va cuando lo llaman y en este mismo porcentaje va a atender enfermos. También es frecuente para dar educación (50%).

Un 62.5% de las familias repondió que han tenido que llevar algún enfermo donde el Promotor, mostrando así su aceptación y confianza por él.

* Suministros

Las respuestas dadas en este punto se encuentran un poco equilibradas entre quienes responden que el Promotor si tiene suficiente cantidad de jeringas 50% y de gasa 62.5% y entre quienes responden que no lo tiene, en el primer caso 50% y en el segundo 37.5% . Un 50% respondieron no saber si tiene suficiente droga, un 25% (2) que no la tiene y otro 25% (2) que si la tiene.

* Remisiones

En un 50% (4) de los casos respondieron que el Promotor ha hecho remisiones al Puesto de Salud y en el 75% de estos casos remitidos ha dado nota por escrito, lo que ha facilitado que en todas las oportunidades los atiendan mas rápido .

Se aprecia así como el Promotor sabe hacer uso de los niveles de atención en salud y utiliza el inmediatamente superior como es el Puesto de Salud.

ORGANIZACION Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

El 25% (2) de las familias respondió que el Promotor no ha organizado ningún grupo en la comunidad. El 75% (6) restante se refirió a algún tipo de organización en especial a Comité de Deportes en el 50% (3) de los casos. Con respecto a las demás agrupaciones se aprecia un alto desconocimiento, lo que puede llevar a suponer que no existe mucha conciencia sobre el funcionamiento e importancia de estos grupos y del pago del

Promotor en ellos.

Con respecto a l Comité de Salud el 50% (3) respondió negativamente y el 50% (3) que no sabe.

No existe tampoco claridad sobre la pertenencia del Promotor de Salud a la Junta de Acción Comunal, el 50% (4) respondió negativamente, el 25% - (2) respondieron no tener conocimiento y el 25% que sí.

Esto puede explicarse por el hecho de que el Promotor participa de la Acción Comunal pero no forma parte de la Junta, y por ello la gente tiende a confundirse.

El hecho de que el 75% (6) haya respondido acertadamente que el Promotor de Salud lleva entre 1 - 4 años desempeñándose como tal, es importante - por que permite que la Comunidad haga una especie de seguimiento de la - labor desempeñada por él, teniendo mas fundamentos para emitir una opi - nión.

En relación a la pregunta sobre lo que cree la gente que puede hacer el Promotor con su vereda y su familia, las respuestas mas frecuentes fue - ron la atención en salud en forma permanente y educación en salud. Obser - vándose así como la gente reconoce éstas como funciones del Promotor , reconoce que éste las realiza y al mismo tiempo las demanda. Otras res - puestas fueron el suministro de drogas, realización de visitas, ayuda pa - ra que la comunidad consiga acueducto y tazas sanitarias, entre otras.

En su mayor parte la comunidad expresa que han habido cambios desde que el Promotor Rural de Salud se está desempeñando como tal. En relación a Saneamiento Ambientalla gente ha modificado hábitos, están empezando a - hacer una mejor disposición de basuras y animales muertos (al quemarlos) se hacen canales para evitar la formación de charcas.

Con relación a la Atención a Personas la gente siente que tiene a quien acudir y con quien contar en caso de enfermedad o accidente para que les preste sus servicios y los oriente con respecto a las medidas a tomar. Además el Promotor hace remisiones y ha impulsado el Programa de Vacunación.

Algunos opinaron que el Promotor de Salud motiva a la gente y participa en las reuniones de Comunidad. Pero no existe mucha claridad al respecto. Hay aceptación y satisfacción en la comunidad con la Educación en Salud dada por el Promotor, la consideran efectiva y práctica puesto que expresaron que tienen mas conocimiento sobre enfermedades como el Paludismo y como prevenirlas. Además hay cambio de hábitos con prácticas como hervir el agua, preparación de teteros, higiene oral, entre otros.

En conclusión hay un alto grado de aceptación de la comunidad hacia el Promotor Rural de Salud, factor determinante para el trabajo de organización y participación de la comunidad, además del cambio y modificación de hábitos y costumbres a través de la educación y concientización.

En gran parte esta aceptación y confianza se la ha ganado el Promotor, por la disponibilidad permanente de servicio y colaboración que presta a la comunidad y la preocupación que muestra por los problemas y necesidades de la gente.

Sin embargo, se hace necesario que incremente sus acciones en lo que a Educación, motivación y promoción se refiere de los programas de control prenatal, atención de partos, educación en salud y vacunación (tanto de animales como para humanos) que se llevan en el Centro de Salud y que el Promotor debe recibir, él puede llevar mas capacitación y asesoría en cuanto a trabajo con la comunidad y con grupos se refiere, aprovechando así la aceptación y acogida que tiene. Ya que no puede decirse que realice un verdadero trabajo de organización comunitaria, sus acciones son mas

bien de apoyo e integración.

Se deben programar campañas de vacunación en la comunidad, tanto para humanos como para animales.

Se debe hacer un reforzamiento en educación sobre la malaria, haciendo especial énfasis en las medidas preventivas.

EVALUACION PARTICIPATIVA VEREDA "LA BALSA" : UPA SAN JOSE

OBJETIVO

Describir el conocimiento que tiene la comunidad sobre las funciones y actividades que tiene el Promotor Rural de Salud de La Balsa - San José, para desarrollar los diferentes componentes de la Atención Primaria.

DESCRIPCION GENERAL DE LA VEREDA LA BALSA

Está localizada en el corregimiento de San José; al nororiente de la cabecera municipal de Apartadó a 15 minutos en carro por la carretera que conduce a la cabecera de dicho corregimiento. Esta carretera es transitable en verano y con alguna dificultad en invierno.

Está conformado por 69 viviendas de las cuales 15 son nucleadas ubicadas a ambos lados de la carretera ; las demás son dispersas con una distancia de hasta dos horas de la vivienda de la Promotora Rural de Salud.

Cuenta con Promotor Rural de Salud desde enero de 1981, que depende de la UPA San José de Apartadó , en el último censo 1985 se observa :

Total de población : 389 personas, 69 viviendas y 75 familias

Resultados obtenidos : Se encuestó el 28.3% (110) de la población; 21.7% (15) de las viviendas y el 20% (15) de las familias.

Las familias encuestadas son estables dentro de la vereda, pues el 66.66% (10) llevan mas de 4 años y el 20% (3), de 1 a 4 años; por lo tanto, el 86.66% de las familias deben tener un conocimiento mínimo de las actividades que desarrolla el Promotor Rural de Salud dentro de la comunidad,

conformándose con el alto porcentaje de familias (86.66), que acuden primero donde el Promotor cuando tienen algún problema de salud.

Todos los programas delegados al Promotor Rural de Salud han sido desarrollados en esta comunidad, observándose en diferentes estudios de su implantación, acorde al seguimiento y apoyo brindado por la Unidad Local.

Podemos concluir que en el Componente de Atención a las Preeonas se realizan acciones en los Programas : prenatal, planificación familiar, Programa Ampliado de Inmunizaciones, malaria, rehidratación oral, además - primeros auxilios , administración de drogas y toma de muestras para la boratorio.

También se estableció el componente de Atención al Medio a través de - construcción de Acueducto e instalación de tazas sanitarias y algunas actividades de control de zoonosis.

Todo lo anterior, sumado a los componentes de Educación en Salud (Visitas domiciliarias y charlas) y Participación de la Comunidad.

Consideramos que la Promotora Rural de Salud se ha desempeñado muy bien en su trabajo diario, pero se hace necesario evaluar lo realizado hasta el momento y establecer los correctivos necesarios a través de un seguimiento y asesoría permanentes, pues sí se ha logrado promocionar y motivar al 42.85% de las familias, para que las mujeres hagan control prenatal este porcentaje puede elevarse mucho mas delegando algunas actividades del control en la Promotora Rural de Salud y aprovechando la visita semanal del médico al Puesto de Salud para su evaluación. El porcentaje de familias que manifestó, reciben recomendaciones por parte de la Promotora, con relación al control es muy bajo (16.66%), pero el 50% manifiesta que fue por iniciativa propia; si tenemos en cuenta que una de las funciones de la Promotora es la promoción , es probable que la difusión del Programa haya motivado a la paciente para ingresar a dicho control.

conformándose con el alto porcentaje de familias (85.66), que acuden primero donde el Promotor cuando tienen algún problema de salud.

Todos los programas delegados al Promotor Rural de Salud han sido desarrollados en esta comunidad, observándose en diferentes estudios de su implantación, acorde al seguimiento y apoyo brindado por la Unidad Local.

Podemos concluir que en el Componente de Atención a las Preeonas se realizan acciones en los Programas : prenatal, planificación familiar, Programa Ampliado de Inmunizaciones, malaria, rehidratación oral, además primeros auxilios , administración de drogas y toma de muestras para el laboratorio.

También se estableció el componente de Atención al Medio a través de construcción de Acueducto e instalación de tazas sanitarias y algunas actividades de control de zoonosis.

Todo lo anterior, sumado a los componentes de Educación en Salud (Visitas domiciliarias y charlas) y Participación de la Comunidad.

Consideramos que la Promotora Rural de Salud se ha desempeñado muy bien en su trabajo diario, pero se hace necesario evaluar lo realizado hasta el momento y establecer los correctivos necesarios a través de un seguimiento y asesoría permanentes, pues sí se ha logrado promocionar y motivar al 42.85% de las familias, para que las mujeres hagan control prenatal este porcentaje puede elevarse mucho mas delegando algunas actividades del control en la Promotora Rural de Salud y aprovechando la visita semanal del médico al Puesto de Salud para su evaluación. El porcentaje de familias que manifestó, reciben recomendaciones por parte de la Promotora, con relación al control es muy bajo (16.66%), pero el 50% manifestó que fue por iniciativa propia; si tenemos en cuenta que una de las funciones de la Promotora es la promoción , es probable que la difusión del Programa haya motivado a la paciente para ingresar a dicho control.

La calidad de los controles según lo expresa la comunidad, es buena, pues realizan las actividades básicas del control. Donde se presentan algunas inconsistencias es en lo relacionado con los exámenes de laboratorio, la aplicación de tratamiento y la educación en salud, con relación al embarazo. Dadas las condiciones socio-culturales de la población en esta zona, es probable que quienes no se hicieron exámenes de laboratorio (33.33%) o no se aplicaron el tratamiento (50%), no hubieran contado en ese momento - con los recursos económicos suficientes para su desplazamiento hasta la Unidad Local.

La gran mayoría de partos (84.61%) son atendidos en el domicilio por parteras (53.85%) y otros (15.38%), haciéndose necesario organizar el grupo de Parteras Empíricas, que colaborarían en la promoción de los diferentes Programas, especialmente prenatal, inmunización, crecimiento y desarrollo y venéreas. También contribuirían a disminuir el porcentaje de mortenatos, abortos y prematuros, pues se encontró un 7.6% de mortenatos, una edad gestacional en el momento del parto de menos de 6 meses en 7.69% y de 6 - 8 meses de 7.69% .

Al parecer las visitas a puerperas manifiestan que en el momento de su último parto no había Promotor Rural de Salud en la Vereda. De las restantes, el 30.77% fue visitada por el Promotor y las demás no (23.07%). La calidad de las visitas es buena; todas están de acuerdo que se examina el recién nacido y el 75% dice recibir educación en salud pero solo el 50% manifiesta que fue controlada la madre durante la visita.

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Se encuentran buenas coberturas de vacunación , el 33.33% de menores de un año tienen esquema completo y al 50% de este mismo grupo ya se les inició el esquema, aunque no lo tienen completo, el 57.14% del grupo de 1 a 4 años tienen esquema completo y el 14.20% incompletos, quedando solo el 28.66% sin ningún tipo de inmunidad posiblemente por sus miembros de familias recientes o por factores socio-culturales o son población flotante.

Creemos que estas coberturas se han logrado básicamente después de iniciada la estrategia de canalización a fines de 1983, donde el Promotor Rural de Salud juega un papel básico para la promoción (58.33% recomendado por el Promotor), administración de biológicos, la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles y la educación en salud en temas relacionados con vacunación.

MALARIA

Se ha logrado una buena promoción del Programa extendiéndose hasta el área rural a través de los Promotores Rurales de Salud, es por ello que el 80% de las familias busca ayuda de funcionarios de salud cuando presentan síntomas de paludismo y solo el 26.66% administra remedios caseros y/o droga sin fórmula médica.

EL Promotor Rural de Salud cumple sus funciones asignadas en el Programa - como son : toma de muestras (*86.66%), distribución de tratamientos (73.33%) y educación en salud con relación a la importancia de administración de tratamientos completos (100%).

NOTA: No fue posible evaluar la existencia de toldillos para implantar este Programa por error en la transcripción de la encuesta.

PLANIFICACION FAMILIAR

Todas las familias encuestadas conocen el concepto de Planificación Familiar, aunque solo el 46.66% lleva algún método iniciado en el 71.7% de los casos durante el período que lleva laborando la Promotora Rural de Salud; por lo tanto puede deducirse que la promoción y difusión del Programa fue realizada por ella, a pesar de que ninguna de ella dice que fue por iniciativa de la Promotora Rural de Salud.

Del total de mujeres que están planificando al 57.14% no le han realizado ningún control y al 14,28% solo un control, dejando dudas con relación al manejo del Programa como tal por parte de la Promotora Rural de Salud, posiblemente motiva el trabajo de la comunidad para que planifique pero no promociona el programa "Control a usuarias de Planificación Familiar" .

SALUD ORAL

Este componente se ha desarrollado muy poco en la regional; sus actividades se limitan a Educación en Salud para lograr una adecuada higiene oral y promocionar la prestación de servicios odontológicos, evitando un poco el control con los empíricos.

Se ha logrado que el total de familias utilice el cepillo dental, pero solo el 82.72% de las personas tiene cepillo de dientes.

Posiblemente el porcentaje no es mayor por factores socio-económicos y culturales enunciados antes.

De acuerdo a lo que manifiesta la comunidad, el cepillado de dientes es enseñado por maestros (66.66%) o por algunos miembros de su familia, (46.66%) y/o por el Promotor Rural de Salud sólo en el 20% de los casos.

Se hace necesario coordinar actividades con el Departamento de Odontología para desarrollar un plan de educación continua en Higiene Oral, - aprovechando la chiva de la salud como complemento a este componente.

SANEAMIENTO BASICO

El 80% de las viviendas se beneficia del acueducto y todos ellos contribuyeron a su construcción con mano de obra o materiales. El 20% restante se provee de agua por pozo (6.66%) o por manantial (13.33%). Algunas veces en época de verano es necesario tomar agua de manantial por ser insuficiente el acueducto.

El 53.33% de las viviendas tiene conexión interna y el 93.33% dicen estar a gusto con el agua que les llega, aunque todos la hierven antes de tomarla y otros (21%) además la dejan decantar.

El suministro de agua no es permanente y deben pagar (86.66%) por este servicio para darle mantenimiento al acueducto (76.92%). El 23.07% manifiesta que no sabe que hacer con los fondos en la Junta de Acueductos.

DISPOSICION DE EXCRETAS

Se lleva a cabo un Programa de instalación de tazas sanitarias, ubicadas en el 73.33% de las viviendas, las restantes (26.66%) hacen su disposición de excretas en campo abierto.

El 93.33% de las familias participó en la instalación de estas tazas con mano de obra (66.66%), material (33.33%) y/o dinero (20%).

El uso y conservación de este sistema es bueno en la mayoría de las viviendas (73.33%), pero en otras (26.66%) observa buen uso de la taza como tal pero deficiencias en pozo séptico por problemas de terreno.

BASURAS

Al parecer se ha hecho poco énfasis en esta actividad, pues el 73.33% de las familias las arroja a campo abierto; el 20% las queman y el 6.66% las entierran.

Es importante resaltar que las actividades de atención al medio están íntimamente ligadas a patrones culturales y su cambio requiere mucho tiempo.

De todas formas vale la pena insistir en los mejores métodos existentes para la disposición de basuras que estén al alcance de la comunidad.

CONTROL DE ZONOSIS

El 53.33% de los animales no están vacunados, posiblemente son jóvenes que no existían cuando se realizó la última campaña de vacunación anti-rábica. Es importante que la Promotora Rural de Salud mantenga un censo de animales domésticos y programe en forma conjunta con los Promotores de Saneamiento este tipo de actividades en forma periódica. Los animales muertos son generalmente enterrados (86.66%), constituyéndose esto en una buena medida para el control del medio.

OTRAS ACTIVIDADES DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD

* Educación en Salud

La comunidad se encuentra motivada para asistir a las charlas programadas por el Promotor Rural de Salud, asiste el 80% de las familias encuestadas. Sus contenidos son diversos : Saneamiento Básico, Malaria, T.B.C., Nutrición, Vacunación, Huertas Caseras, Atención Materna y Parasitosis entre otros.

* Visitas Domiciliarias

La Promotora cumple la norma con relación al número de visitas programadas , pues visita 60% de las familias mas de 5 veces por año; 33.33% de 2 - 4 veces y solo 6.66% una sola vez.

Al parecer las visitas son programadas 73.33% para la educación o atender un enfermo, 40% para hacer censo y 13.33% para hacer control a pacientes de los Programas.

* Suministros

El 93% está de acuerdo que los suministros son suficientes y el 7% manifestó no saber. Esta respuesta afirmativa está relacionada con el hecho de que en el 73.33% de los casos con paludismo , es el Promotor quien suministra la droga y ésta es la patología mas frecuente en la comunidad.

* Remisiones

Existe un buen sistema de remisiones enviando a los pacientes al Hospital con una carta y algunas veces se desplaza la Promotora con ellos; este sistema es efectivo y la comunidad manifiesta que los atienden mas rápido 88.88% que si no trajeran nada.

Ha organizado grupos en la comunidad pero no existe mucha claridad con relación al tipo de grupo y mas del 60% manifiesta no saber sobre organización de grupos.

La Promotora Rural de Salud es conocida y estimada por la comunidad, participa en la Junta de Acción Comunal y en otras actividades; ha colaborado para que la Vereda salga adelante al desarrollar los componentes enunciados antes.

En relación a lo que cree la gente que puede hacer el Promotor por su familia y su vereda, las respuestas mas frecuentes fueron: el dar enseñanzas y educación en salud, ésto se convierte prácticamente en una demanda de la población que debe y puede ser atendida, pues muestra que la gente quiere tener mas conocimientos en Salud.

Igualmente manifestaron que pueden velar por el mejoramiento de la salud, remitir enfermos al hospital, y contribuir a la organización de la comunidad, entre otras.

Gran parte de las familias estuvieron de acuerdo en que se han visto cambios en la comunidad, con respecto a Saneamiento Ambiental el 53.33% reconocieron tener abastecimiento de agua a través del Acueducto, dando gran importancia a esta labor. El 80% se refirió a la Disposición de Excretas a través de las tazas sanitarias instaladas durante el tiempo que ha estado el Promotor. Algunos se refirieron a cambios con respecto a tenencia e higiene de la vivienda.

También señalaron como tienen mas posibilidad de acceso a los servicios de salud y de recibir mas atención que antes. El 60% respondió que tienen una mayor y mas oportuna atención.

Con respecto a la organización de la comunidad algunos respondieron que ésta se ve mas organizada y la gente ha empezado a tener conciencia de los problemas de la comunidad. Otros se refirieron a la formación de grupos (como Voluntarios en Salud)

Sobre la Educación en Salud se aprecia que la gente la valora y la acepta, pues en un 50% de los casos la gente reconoció que ya tienen mas conocimientos en cuanto a las enfermedades y como prevenirlas.

Algunos dicen que se pueden ver cambios en cuanto a hábito de higiene y costumbres se refiere.

En forma general con respecto a los Programas de Control Prenatal, Planificación Familiar y Salud Oral, se hace necesario mayor educación, concientización y promoción; pues en relación al tiempo de permanencia de la Promotora en la Vereda, la asesoría que ha recibido y la cercanía al Hospital Regional, los porcentajes de utilización de estos servicios por parte de la comunidad son bajos.

Igualmente para la disposición de las basuras (73.33% utilizan campo - abierto) es necesario coordinar con la Sección de Saneamiento Ambiental, acciones que conlleven a una mejor utilización de las mismas; lo mismo que para campañas de vacunación para animales. Todo ello acompañado de una efectiva educación.

Merece resaltar la alta participación que ha tenido la comunidad en la construcción del Acueducto e instalación de tazas sanitarias.