

CHS

827
CO.VA 85

Convenio Colombo Holandés



**Programa de Atención
Primaria en Salud**

827 COVA
85 4105

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VAUPES / CONVENIO COLOMBO HOLANDES

EVALUACION INTERNA
V A U P E S

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

P.O. Box 93190, 2309 AD The Hague
Tel. (070) 814911 ext 141/142

RN:

IAN 4105

LO:

827 (O.VA. 85

Bogotá, octubre de 1985

PRIMERA PARTE

EVALUACION INSTITUCIONAL

INTRODUCCION

CAPITULO PRIMERO	: ASPECTOS GENERALES	1
CAPITULO SEGUNDO	: INFRAESTRUCTURA, DOTACION Y SUMINISTROS.	19
CAPITULO TERCERO	: ATENCION A LAS PERSONAS	21
CAPITULO CUARTO	: CAPACITACION, SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA	94 - 1
CAPITULO QUINTO	: SANEAMIENTO BASICO	158
CAPITULO SEXTO	: EDUCACION EN SALUD	176
CAPITULO SEPTIMO	: PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD	185
CAPITULO OCTAVO	: COSTOS	209

I N D I C E
= = = = =

PRIMERA PARTE

EVALUACION INSTITUCIONAL 1

SEGUNDA PARTE

EVALUACION COMUNITARIA..... 253

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

Desde 1979 el Servicio Seccional de Salud del Vaupés , con apoyo del Convenio Colombo Holandés, ha realizado esfuerzos considerables para ampliar y mejorar los servicios de salud a las Comunidades, empleando la Estrategia de Atención Primaria.

Durante estos años se han realizado Evaluaciones Bilaterales periódicas (bianuales), cuyos resultados han servido para reorientar el proceso de ejecución del Proyecto.

Con la presente Evaluación Interna, nos proponemos describir y analizar el desarrollo del Proyecto en su conjunto y por cada Componente reconstruyendo históricamente los principales eventos ocurridos durante su ejecución.

La Evaluación tiene dos partes la Evaluación Institucional y la Evaluación Comunitaria. La Evaluación Institucional presenta los datos siguiendo el esquema de "Estructura, Proceso y Producto"; abarca el período 1979 - 1984 con algunos datos parciales del año 1985.

La Evaluación Comunitaria se ha realizado en forma participativa, presentando la opinión de las Comunidades acerca de la oferta de servicios institucionales.

El Documento tiene dos objetivos principales : apoyar la Misión de Evaluación Bilateral de Octubre/85 y permitirle al Servicio Seccional de Salud, reflexionar acerca de la implantación de la Estrategia de Atención Primaria.

La Evaluación Interna ha sido elaborada por los Funcionarios del Servicio y del Convenio en el Vaupés y complementada por la Oficina de Coordinación.

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

ASPECTOS G E N E R A L E S

I. DESCRIPCION DE LA REGION

La Comisaría Especial del Vaupés está localizada en el Sur-Este del País, en la Amazonía Colombiana, en límites con la República del - Brasil. Su extensión aproximada es de 48.000 Km² totalmente cubier - tos de selva, su clima es húmedo con una temperatura promedio de - 30°C.

La población total del Vaupés se estima en cerca de 29.000 habitan - tes, el 90% de los cuales son indígenas pertenecientes a diferentes tribus tales como Cubeos, Tucanos, Desanos, Sirianos, Guananos, Yu - rutíes , Barazanos, Piratapuyos y otros.

Los asentamientos humanos se localizan en las riberas de los princi - pales caños y ríos como son : Vaupés, Papurí, Apaporis, Cuáyarí, - Tiquié, etc , son pequeños caseríos entre 50 y 500 habitantes con - vínculos familiares muy fuertes.

La economía se basa en la caza pesca y cultivo de la yuca brava, - la cual constituye la base de la alimentación.

En algunas comunidades se ha venido incrementando la cría de anima - les domésticos, especialmente gallinas, cerdos y reses.

Las vías de comunicación son la fluvial y la aérea; la navegación - por los ríos se dificulta por la cantidad de raudales (cachiveras) - que la interrumpen; el transporte aéreo es costoso, pues el servicio se presta con avionetas monomotor ya que las pistas que existen en los poblados son cortas y de precarias especificaciones.

La población no indígena del Vaupés se localiza principalmente en su capital Mitú, en Carurú y Yuruparí; se compone de colonos, comerciantes y funcionarios institucionales.

Las instituciones con mayor influencia en la población son : la Perfectura Apostólica, que con su red de internados indígenas, imparte educación en cumplimiento de un contrato con el Gobierno (Educación Contratada); el Servicio Seccional de Salud , que ofrece atención hospitalaria y extramural en sus Centros o Puestos de Salud.

II. PROYECTO DEL CONVENIO COLOMBO HOLANDES

A. ANTECEDENTES

Las actividades de Salud con base en la estrategia de Atención - Primaria comenzaron a desarrollarse en la Comisaría Especial del Vaupés, a finales de la década del 70. Por aquella época se empezaron a diseñar programas que dieron como resultado la estructuración del Servicio Seccional de Salud del Vaupés como tal.

La situación en Salud de las comunidades indígenas del Vaupés, es deficiente debido a diversos factores condicionantes de tipo social, cultural y económicos de la población : el concepto Salud - Enfermedad que se tiene, temor para asistir al Hospital, difíciles desplazamientos de áreas apartadas al Hospital de Mitú o Puestos de Salud, desadaptación, carencia de adecuados Puestos de Salud, -

carencia de recursos humanos suficientes, etc.

En 1978 se elaboró un Plan Seccional para el período 1979 - 1981 tendiente a resolver la problemática presentada. Aunque se adelantó parte en 1979, debido al costo del plan solo se pudo programar para ese año un 30% a nivel de inversiones y un 50% a nivel de funcionamiento, planteándose entonces la posibilidad de obtener recursos extraordinarios de fuentes diferentes a las Oficiales.

En los primeros meses de 1979 se capacitaron Auxiliares de Enfermería Indígenas, 11 Ayudantes de Enfermería, Promotores Rurales de Salud, 1 Promotor de Saneamiento Ambiental; se construyeron y dotaron 3 Puestos de Salud, se dotaron y parcialmente empezaron a funcionar otros tres.

En 1973 la administración del Servicio Seccional de Salud del Vaupés presenta una "Propuesta de extensión de cobertura en la Comisaría Especial del Vaupés" "Proyecto Holanda primera Fase", que como su título lo dice, buscaba ampliar la cobertura en las áreas selváticas de población indígena dispersa, basados en un esquema simplificado de Atención Primaria.

Planteaban como fundamento del Proyecto la Capacitación de personal técnico y auxiliar de la región, delegación de funciones de Atención médica en Salud, construcción de infraestructura y actividades en Saneamiento Básico Rural. La Propuesta fue aprobada y el Proyecto para 1980 - 1981 fue así : (Ver páginas siguientes).

RUBROS	APORTE HOLANDA		TOTAL
	1o. AÑO	2o. AÑO	
I CAPACITACION			
1.1. Promotoras Rurales de Salud Indígenas (36)	1'712.240	907.344	2'619.584
1.2. Auxiliares de Enferm. Ind.(28)	1'850.000	2'220.000	4'070.000
1.3. Promotoras de Saneamiento II(6)	172.500	207.000	379.500
SUB-TOTAL I. 34.35%	<u>3'734.740</u>	<u>3'334.344</u>	<u>7'069.084</u>
II INFRAESTRUCTURA			
2.1. Const. Puesto de Salud (7)	2'050.000	1'000.000	3'050.000
2.2. Educación en Salud	200.000		200.000
SUB - TOTAL II 15.79%	<u>2'250.000</u>	<u>1'000.000</u>	<u>3'250.000</u>
III SUMINISTROS			
3.1. Dotación Puestos de Salud	3'294.000	1'000.000	4'294.000
SUB - TOTAL III 20.87%	<u>3.294.000</u>	<u>1'000.000</u>	<u>4'294.000</u>
Total Atención Personas 71.01%			
IV SANEAMIENTO			
3.1. Const. Acueductos (1.061)6	500.000	1'800.000	2'300.000
3.2. Const. Alcantarillado		700.000	700.000
3.3. Taller Sanitario	1'000.000	400.000	1'400.000
3.4. Dotación Laboratorio	140.000		140.000
3.5. Mejoramiento Viviendas	180.000	400.000	580.000
3.6. Unidades Sanitarias Escolares	600.000		600.000
3.7. Control Artrópodos y Roedores	146.000	100.000	246.000
SUB - TOTAL IV 28,99%	<u>2'566.000</u>	<u>3'400.000</u>	<u>5'966.000</u>
GRAN TOTAL	<u>11'844.740</u>	<u>8'734.344</u>	<u>20'579.084</u>
FLS.	592.237	436.717.20	1'028.954.20

RESUMEN VAUPES

I	CAPACITACION	7'069.084	34.35%
II	INFRAESTRUCTURA	3'250.000	15.79%
III	SUMINISTROS	4'294.000	20.87%
	SUB - TOTAL	<u>14'613.084</u>	<u>71.01%</u>
IV	SANEAMIENTO	5'966.000	28.99%
	TOTAL	<u><u>20'579.084</u></u>	<u><u>100.00%</u></u>
	FLS.	1'028.954.2	

III. PROYECTO INICIAL

- Nombre del proyecto : Atención Primaria en Salud en Vau
pés
- Entidad Ejecutora : Servicio Seccional de Salud del Vau
pés- Ministerio de Salud.
- Duración : Dos años
- Aporte Holandés : Fls. 1.000.000
- Contrapartida Nacional : Col. \$27.380.000
- Objetivos Generales : 1. Contribuir al desarrollo eco
nómico y social de los grupos
indígenas de la comisaría del
Vaupés mediante el meioramien
to del nivel de vida de salud,
con base en la extensión de Co
bertura de los Servicios a tra-
vés de la estrategia de Aten-
ción Primaria en Salud.
2. Diseñar Programas específicos de
Educación en Salud y dar apoyo pa
ra la adaptación y funcionamiento
de Puestos de Salud y Obras de -
Saneamiento Ambiental.

Metodología : Se desarrollará la estrategia de Atención Primaria en Salud adaptada a las condiciones de vida, de salud y culturales de la población indígena.

El proyecto forma parte del Plan de Salud. preparado por el servicio, garantizado en esta forma su ejecución, control y evaluación a través de los mecanismos administrativos y operativos que contemplan el servicio.

Así mismo se adaptará a los mecanismos de supervisión y evaluación específicos, establecidos para el proyecto de Cooperación Técnica.

Descripción de los Componentes del Proyecto :

1. Capacitación: Se capacitará 36 promotores de Salud indígena. 17 auxiliares en enfermería 3 promotores en saneamiento ambiental y el personal profesional vinculado al servicio.

- Programas de Educación en Salud y Saneamiento Ambiental dirigidos a las Comunidades.

2. Apoyo a la Infraestructura. Construcción 6 puestos de Salud ubicados en las siguientes localidades: Tapucuara, Arara, Villa-Fátima, Camanaos, Ibacaba Bocas de Humary. Baio Pirá, Paraná.

- Construcción de obras de saneamiento ambiental acueductos y alcantarrillados rurales. taller sanitario, laboratorio para el control de calidad de agua, mejoramiento de vivienda, unidades sanitarias escolares y control de artrópodos y roedores.

3. Dotación. Dotación de los equipos, materiales y drogas de los puestos de salud mencionados anteriormente.

La contrapartida nacional del proyecto estará representada en los aportes presupuestales.

Desde principios de 1981, el Servicio Seccional entró en proceso de reestructuración técnica y administrativa. Se comenzó a pensar en hacer de la Participación Comunitaria, el elemento que asegurara el desarrollo de la Atención Primaria; también se hicieron comisiones multidisciplinarias a Comunidades muy apartadas, En cuanto a la infraestructura, se redujeron o modificaron las metas propuestas.

Al final del Bienio se había logrado ejecutar en su gran mayoría, lo programado en Capacitación e Infraestructura. También se comenzaba a organizar un grupo multidisciplinario encargado de la capacitación de Promotores y de las Comisiones a las Comunidades.

Para el bienio 1982 - 1983 se dió mas énfasis a la asesoría técnica, vinculando a un Sociólogo Asesor.

Los lineamientos políticos y el presupuesto fueron los siguientes :

- * Integración de los componentes del Programa : Capacitación, Educación Continuada, Supervisión, Participación de la Comunidad, obras sanitarias.
- * Adaptación de los Componentes al nivel y a las necesidades de las comunidades.
- * Delegación de la coordinación y ejecución de este Programa a un Equipo Multidisciplinario ya existente: Enfermero-Coordinador, Enfermera-Capacitadora, Sociólogo, Ingeniero Sanitario y Médico.

PRESUPUESTO VAUPES

1982 - 1983

9

PROGRAMACION 82 / 83	HOLANDA	COLOMBIA	HOLANDA	COLOMBIA
	1982	1982	1983	1983
CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCAC. CONTINUADA				
1. Promotores Rurales de Salud		820.000		5'750.000
1.5.1. Capacitación	550.000	1'755.000	720.000	3'270.000
1.5.2. Educación Continuada		200.000		260.000
3. Auxiliares de Enfermería	300.000	624.000	570.000	2'450.000
1.6.1. Capacitación		28.000		42.000
1.6.2 Educación Continuada		100.000		130.000
1. Profesionales de Salud				
1.9.1. Simposio inducción	200.000	100.000	260.000	150.000
1.9.2. Seminarios Especificos	200.000	100.000	260.000	130.000
TOTAL CAPACITACION	1'250.000	3'727.000	1'810.000	12'182.000
MINISTROS Y DOTACION				
1. Dotación Puestos de Salud	1'800.000	-	-	-
TOTAL SUMINISTROS	1'800.000			
INFRAESTRUCTURA				
1. Construcción Puestos de Salud.	-	4'000.000	-	-
TOTAL INFRAESTRUCTURA		4'000.000		
PERSONAL TECNICO				
1. Profesionales Holandeses	3'000.000		3'000.000	
TOTAL PERSONAL TECNICO	3'000.000		3'000.000	
SANEAMIENTO				
1 Unidades Sanitarias	200.000			4'500.000
12 Asesoría	200.000		300.000	
TOTAL SANEAMIENTO	400.000		300.000	4'500.000
PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD				
1. Educación Comunitaria	430.000	1'020.000	490.000	1'060.000
5. Aplicac. modelo participación comunitaria		1'100.000		
TOTAL PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD	430.000	2'120.000	490.000	1'060.000
TOTAL PROGRAMACION 82 / 83	6'880.000	9'847.000	5'600.000	17'742.000

- * Desarrollar un buen Programa de Supervisión y Educación Continuada para Promotores de Salud y Auxiliares de Enfermería.
- * Información e Inducción en Atención Primaria para el personal del Servicio Seccional de Salud.
- * Asesoría para la ejecución del Programa en el futuro. En este sentido se propone un Profesional Holandés de las Ciencias Sociales, tiempo completo, primero para el Proyecto de Participación de la Comunidad y como Asesor del Grupo Multidisciplinario que coordina el Programa de Atención Primaria. Se piensa también en asesorías temporales para algunos componentes del Programa : Educación, Tecnología Apropriada y Saneamiento.
- * Integrar cualitativamente las acciones que desarrollan los Grupos Multidisciplinarios que visitan las Veredas con el Grupo de Participación de la Comunidad.
- * Impulsar las obras de Saneamiento Básico Rural
- * Dar cobertura a la población mas dispersa, mediante la movilización de los Promotores dentro de su zona de influencia.
- * Buscar la descentralización en la Capacitación de Promotores - para evitar la desadaptación que sufre el indígena al vivir en Mitú.

Durante este período se terminaron muchas de las obras de Saneamiento ejecutadas con el INAS y se comenzaron a integrar mas las acciones en este Componente con el Grupo de Participación de la Comunidad.

Asi mismo se estructuró mejor el Componente de Participación Comunitaria y se ampliaron las zonas de trabajo. También se comenzó a trabajar en Educación en Salud a la Comunidad. iniciando la

producción de cartillas con participación directa de los miembros de ella.

Cambios en la administración del Servicio, ocurridos en 1983, determinaron algún retraso en el ritmo de desarrollo de los Programas, especialmente en los Componentes de Atención a las Personas, Capacitación y Supervisión.

Para el bienio 1984 - 1985 que sería el último del Proyecto, se aprobaron los siguientes lineamientos políticos y presupuesto :

* Elaborar un Plan Operacional de Atención Primaria, que tenga en cuenta la situación socio-cultural y geográfica de la región, el cual debe incluir :

- Capacitación, Supervisión y Educación Continuada para Promotores de Salud, Auxiliares de Enfermería y Promotores de Saneamiento.
- Reorganización de las UPAS
- Establecer un mecanismo de programación y entrega de suministros, que responda a las necesidades de cada UPA.¹/₃
- Programación real de Saneamiento Básico Rural, con participación de la comunidad.
- Plan de Participación de la Comunidad, tanto a nivel comunitario como a nivel del Servicio Seccional de Salud.
- Prestación de servicios médicos y odontológicos permanentes , en los Centros de Salud construídos para tal fin.

A C T I V I D A D E S	1984	1985
1. CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUADA		
1.5. <u>Promotores Rurales de Salud</u>		
1.5.1. Capacitación	\$ 300.000	300.000
1.5.2. Educación Continuada	300.000	100.000
1.6. <u>Auxiliares de Enfermería</u>		
1.6.2. Educación Continuada	150.000	100.000
1.7. <u>Promotores de Saneamiento</u>		
1.7.1. Capacitación	150.000	
1.7.2. Educación Continuada	100.000	
1.9. <u>Profesionales</u>		
1.9.1. Seminarios	100.000	
1.10 <u>Asesoría</u>	500.000	500.000
SUBTOTAL I	1'500.000	1'000.000
4. PERSONAL TECNICO		
4.1. <u>Profesional Holandés</u>	4'500.000	5'290.000
4.3. <u>Promotor Social</u>	800.000	1'010.000
SUBTOTAL II	5'300.00	6'300.000
6. SANEAMIENTO AMBIENTAL		
6.8. Disposición de Excretas	150.000	140.000
6.9. Pequeños Abastos de Agua	1'000.000	500.000
6.12. Estudio y Asesoría	700.000	700.000
6.13. Tratamiento de Aguas	150.000	160.000
SUBTOTAL III	2'000.000	1'500.000
8. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD		
8.3. Investigación Participativa	500.000	400.000
SUBTOTAL IV	500.000	400.000
9. EDUCACION EN SALUD		
9.1. Materiales Educativos	300.000	200.000
9.2. Asesoría	400.000	500.000
SUBTOTAL V?	700.000	700.000
TOTAL I + II + III + IV + V	10'100.000	9'900.000
IMPREVISTOS	505.000	75.000
GRAN TOTAL	10605.000	9'975.000
=====	=====	=====

Durante el año de 1984 se trabajó con gran dinámica en la organización de los Programas, El Grupo de Atención Primaria orientó la ejecución de actividades y se hizo gran énfasis en la conceptualización de los diferentes Componentes. Las actividades en Participación de la Comunidad y Educación en Salud tuvieron gran desarrollo ; se logró integrar operativamente el Componente de Atención a las Personas, con los demás que se ejecutan.

Durante 1985 se espera consolidar mas la Estrategia de Atención Primaria, aunque un nuevo cambio en la administración del Servicio de Salud, determinó un cierto trastorno, normalizándose - la situación hacia mediados del año.

III EL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

A. ORGANISMOS DE SALUD

Al finalizar 1979 ya estaban funcionando los siguientes Organismos de Salud :

Hospital Local San Antonio : con sede en Mitú (único de remisión de pacientes en toda la Comisaría), Puestos de Salud de Acaricuara, Monfort, Teresita, Carurú, Arara Cuduyarí, Pacoa, Villafátima, Trinidad del Tiquié, Sonaña. Tapurucuara, Yuruparí , Arara Vaupés Ibacaba, muchos funcionando en locales improvisados.

En 1981 se instalaron los Puestos de Salud de Papunagua, Mandí y Piracuara.

Estos Puestos han sido manejados por Auxiliares de Enfermería, - los cuales mediante delegación de algunas funciones atienden pa - cientes con patologías sensibles recibiendo con el correr del tiem - po instrucciones directas de los médicos por medio de radiofonía, además hacen algunos controles de patologías (por ejemplo Tubercu - losis) y remiten pacientes al Hospital de Mitú.

En 1979 el Hospital San Antonio de Mitú tenía 20 camas, pero ya - para 1981 se había incrementado en 7 para un total de 27 camas. En 1979 se contaba con el siguiente recurso humano, en lo que res - pecta a Atención a Personas: Un Médico Director, 4 Médicos Rura - les, 2 Odontólogos Rurales, 1 Enfermera Licenciada, 2 Bacteriólo - gos, 1 Higienista Oral, 1 Ayudante de Odontología, 8 Auxiliares de Enfermería , 1 Vacunador.

Este personal también se incrementó en número y en 1981 ya se dis - ponía del siguiente recurso humano : 1 Médico Jefe del Servicio, 1 Médico Jefe de Atención Médica, 8 Médicos Rurales, 7 Odontólo - gos, (5 rurales) 2 Nutricionistas - Dietistas.

El número de Auxiliares de Enfermería en 1979 era de 8, en 1985 - de 22, aunque se han capacitado por el Servicio hasta esta fecha 28.

El número de Promotores de Salud es actualmente de 43 de los 73 capacitados , aproximadamente 20 de estos 73 fueron formados como Auxiliares.

En la actualidad funcionan 16 Puestos de Salud atendidos por Auxi - liares de Enfermería Indígenas. Estos son : Papunagua, Tapuru - cuara, Mandí, Yuruparí, Carurú, Arara Cuduyarí, Villafátima, Aca - ricuara, Yapú, Monfort, Teresita, Piracuara, Ibacaba, . Sonañá, Pa - coa y Trinidad del Tiquié.

B. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

El Servicio de Salud está conformado por la Jefatura, la División de Atención Médica, la División Administrativa y la Oficina de Saneamiento conformada por un Supervisor y Promotores.

Desde 1982 se comenzó a organizar el Grupo de Atención Primaria, que se consolida durante 1983; este Grupo está integrado por Jefe del Servicio, los Jefes de División, Coordinador de Enfermería, - Enfermera de Capacitación, Supervisor de Saneamiento, Coordinador del Grupo de Participación de la Comunidad. Las funciones de este grupo han sido las de asesorar a la Jefatura, programar y evaluar las acciones y coordinar la ejecución de actividades.

Desde 1980 existe un grupo de profesionales del Area Social (Sociólogo, Antropólogo, Trabajador Social), que a partir de 1981 se organizan como Oficina de Participación de la Comunidad. Al principio su función era la de acompañar a las Comisiones Multidisciplinarias y realizar Diagnósticos Socio-Culturales; posteriormente asumieron la responsabilidad de orientar la prestación de servicios, para hacerla acorde con las características culturales de los indígenas.

También desde 1980 ha existido una Oficina de Capacitación dirigida por una Enfermera, cuyas funciones han sido capacitar Promotores y dar Educación Continua a Promotores de Salud y Auxiliares de Enfermería,

IV. LA POBLACION

Dadas las características de la Comisaría del Vaupés (Territorio selvático) y lo disperso de su población, es bastante difícil conocer un dato real del total de sus habitantes. Por esta razón presentaremos los datos utilizados por el Servicio de Salud para la programación de actividades, los cuales se basan en estimaciones y proyecciones del DANE (Departamento Nacional de Estadística).

GRUPOS DE EDAD(AÑOS)	1 9 8 2		1 9 8 3		1 9 8 4	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MENORES DE 1 año	988	3.9	988	3.9	1.128	3.9
DE 1 AÑO	616	2.4	616	2.4	702	2.4
2 AÑOS	642	2.5	642	2.5	731	2.5
3 AÑOS	860	3.4	860	3.4	993	3.4
4 AÑOS	772	3.0	772	3.0	877	3.0
DE 1 a 4 AÑOS	2.890	11.3	2.890	11.3	3.303	11
DE 5 a 14 AÑOS	7.560	29.6	7.560	29.6	8.635	29
DE 15 a 44 AÑOS						
HOMBRES	6.384	25	6.384	25	7.301	25
DE 15 a 44 AÑOS						
MUJERES	9.223	20.4	5.223	20	5.957	29
DE 15 a 44 AÑOS						
SUBTOTAL	11.607	45.4	11.607	45	13.258	45
DE 45 a 59 AÑOS	1.966	7.7	1.966	7.7	2.245	7.7
DE 60 Y MAS AÑOS	546	2.1	546	2.1	624	2.5
TOTAL	25.557	100	25.557	100	29.193	100

La población que ha sido cubierta por los Promotores y Auxiliares, - se presenta en el Cuadro de población; los datos han sido obtenidos de los Censos anuales que ellos han realizado.

Conviene destacar que la población atendida ha disminuido a partir de 1982, posiblemente por dos razones : que se ha mejorado en la elaboración de los Censos y por lo tanto los últimos datos son mas confiables; que se ha disminuido el número de Comunidades visitadas por los Promotores , por restricciones en el suministro de combustible.

(Ver Cuadro de población).

De los datos anteriores podemos establecer datos de cobertura correspondientes a 1984

GRUPOS DE EDAD	POBLACION TOTAL ESTIMADA PARA 1 9 8 4	POBLACION ATEN- DIDA POR PROMO- TORES Y AUXILIA.	COBERTURA %
- 1 AÑO	1.128	448	39.7
1 - 4 AÑOS	3.303	1.500	45.4
MUJERES DE 15 - 44 AÑOS	5.957	3.069	51.5
OTRAS PERSONAS	18.805	7.481	39.8
TOTAL	29.193	12.498	42.8

POBLACION SEGUN CENSO DE PROMOTORES EN UPAS Y SUS ZONAS DE INFLUENCIA

Zona	Nombre de la Upa	1979				1980				1981				1982				1983				1984									
		Numero de l. a.	1-4 años	Mujeres 15-44 a.	Otras personas	Total personas	Numero de l. a.	1-4 años	Mujeres 15-44 a.	Otras personas	Total personas	Numero de l. a.	1-4 años	Mujeres 15-44 a.	Otras personas	Total personas	Numero de l. a.	1-4 años	Mujeres 15-44 a.	Otras personas	Total personas	Numero de l. a.	1-4 años	Mujeres 15-44 a.	Otras personas	Total personas					
1	PAPONASA	8	39	34	100	172	8	31	37	112	168	7	20	40	93	169	18	70	127	314	534	12	81	80	230	397	8	42	81	150	250
	TAPUNCUMANA	72	229	337	1,614	1,692	78	228	504	1,691	1,634	72	216	482	989	1,759	41	113	216	809	1,259	41	122	204	736	1,102	41	131	193	501	865
	SUB-TOTAL	77	258	371	1,719	1,864	82	258	541	1,783	1,802	79	236	527	1,082	1,923	56	191	342	1,203	1,792	53	103	293	970	1,499	49	178	264	737	1,254
2	MANDI	21	83	141	404	659	29	86	183	394	702	30	90	188	427	735	18	83	177	363	611	29	86	196	487	797	29	77	218	551	862
	YUPUPANI	36	106	240	687	1,071	49	146	328	672	1,195	52	153	321	770	1,252	79	130	142	642	1,061	53	140	161	379	933	27	81	180	513	803
	CARUMI	36	86	274	824	1,221	65	192	430	881	1,560	68	201	461	923	1,643	234	619	293	1,294	2,300	123	276	190	782	1,379	13	33	103	310	459
	SUB-TOTAL	92	259	655	1,915	2,927	143	424	951	1,947	3,464	160	444	960	2,078	3,630	331	770	612	2,699	3,972	205	401	556	1,610	3,009	79	191	490	1,370	2,104
3	ARARA (MUNYARI)	31	137	199	709	1,076	66	183	432	885	1,576	88	202	483	927	1,690	70	131	194	642	946	29	127	186	684	997	37	122	214	669	1,042
	VILLAFATIMA	34	173	250	872	1,277	89	208	480	943	1,677	73	218	482	987	1,767	86	170	446	800	1,370	41	157	323	767	1,283	20	130	200	629	909
	NITU	130	304	619	1,894	3,227	133	294	640	1,941	3,300	133	416	780	2,083	3,400	124	289	763	1,647	2,823	121	310	752	1,879	2,870	117	347	700	1,210	2,314
	SUB-TOTAL	195	614	1,078	3,475	6,500	267	700	1,732	3,769	6,566	274	833	1,693	4,007	6,807	199	590	1,364	3,193	5,365	181	517	1,200	3,100	5,190	180	603	1,194	2,008	4,045
4	ACARICARA	40	155	385	610	1,170	42	164	387	647	1,240	54	160	360	736	1,310	31	136	282	748	1,197	28	148	319	670	1,169	29	181	366	896	1,241
	YAPI	13	81	137	165	364	20	76	204	246	544	23	89	154	214	560	12	90	134	329	556	17	86	170	291	370	21	81	217	252	501
	SUB-TOTAL	53	236	522	775	1,534	62	240	591	893	1,784	77	229	514	1,050	1,870	43	229	416	1,065	1,753	45	231	495	961	1,739	40	230	573	850	1,742
5	NEWPORT	15	99	126	300	600	40	118	264	538	960	41	123	276	566	1,006	18	47	100	267	426	10	47	70	228	361	7	46	56	181	297
	TERESISA	19	120	281	746	1,166	30	169	370	799	1,340	30	173	386	795	1,414	14	127	234	540	823	12	96	190	473	773	18	84	150	390	627
	PIRACARA	13	43	89	180	331	17	67	130	269	443	19	66	130	268	481	11	30	110	300	447	12	50	107	286	449	13	40	92	192	347
	IBACABA	7	41	82	265	394	23	70	184	381	670	24	73	164	336	597	24	71	141	486	724	13	42	80	283	421	2	12	24	70	116
SUB-TOTAL	52	303	681	1,846	2,492	136	410	910	1,867	3,323	142	434	943	1,970	3,610	61	301	687	1,682	2,632	47	236	488	1,267	2,004	32	166	322	651	1,377	
6	SONORA	40	89	200	534	861	30	171	387	786	1,290	60	179	403	873	1,464	8	42	63	186	299	10	22	36	104	215	11	21	45	125	210
	PACCA	37	109	330	840	1,434	30	170	402	820	1,460	62	187	418	860	1,629	10	60	90	210	464	21	88	173	330	532	23	76	129	350	570
	TIGITE	23	61	164	390	637	29	89	196	406	733	32	93	206	425	798	14	30	83	216	351	14	38	92	194	340	14	37	90	176	327
	SUB-TOTAL	120	339	893	1,892	2,832	157	430	984	2,012	3,991	164	499	1,026	2,108	3,792	40	141	242	710	1,323	45	138	261	601	1,125	48	134	270	651	1,111
TOTAL	697	2,069	4,080	10,442	17,204	847	2,560	5,789	11,631	20,747	877	2,634	6,687	12,202	21,820	730	2,222	3,663	10,173	16,426	593	1,668	3,319	8,799	14,570	440	1,500	3,069	7,481	12,490	

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

INFRAESTRUCTURA, DOTACION Y SUMINISTROS

NO se presentó Informe por parte del Servicio Seccional de Salud del -
Vaupés, aunque la información sobre la Infraestructura, se encuentra -
distribuída en los demás Capítulos.

A continuación se presenta el Cuadro de la Infraestructura construída
por el Programa del Convenio Colombo Holandés .

INFRAESTRUCTURA VAUPES

PUESTO DE SALUD	AREA CONSTRUIDA	COBERTURA POBLACION	COSTO REAL			TOTAL	COSTO POR M 2	CLASE DE CONSTRUCC.	FECHA DE TERMINACION
			CONVENIO	SERVICIO	OTRAS				
VILLAFATIMA	140 M2	1.800	2.056.680	-	-	2.056.680	14.691	Madera	Dic./82
IBACABA	82 M2	700	995.820	-	-	995.820	12.144	Concreto	Dic./82
AULA DE PROMOTORES (Mitú)	165 M2	-	1.239.686	-	-	1.239.686	7.513	Concreto	
TALLER SANITARIO (Mitú)	200 M2	-	1.253.000	-	-	1.253.000	6.265	Concreto	
CASA DE PASAJE MITU	144 M2	-	2.300.000	-	-	2.300.000	15.972	Madera	Oct./82
REMODELACION									
VILLAFATIMA	-	-	356.529	-	-	356.529	-	-	Feb./84
PUNTA TIGRE	70 M2	-	523.570	-	-	523.570	7.480 *	Madera y Concreto	Dic./83

* Remodelación

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

ATENCIÓN A LAS PERSONAS

MARCO TEORICO

En vista de que la gran mayoría de la población del Vaupés se encuentra en comunidades fuera del casco urbano de Mitú, se hacía necesario ir hasta ellas para brindar servicios asistenciales entre otras cosas porque sus pobladores difícilmente se acercarían por sus propios medios al Hospital San Antonio de Mitú, ésto por diferentes razones de tipo económico, socio-cultural y educacional.

Es así como a mediados y finales de la década del 70 se empezaron a organizar Comisiones Médicas con destino a las Comunidades Indígenas de la Comisaría. Inicialmente estas comisiones no obedecían a ninguna programación previa, sino que mas bien se hacía de acuerdo a la demanda, por petición directa de los habitantes de la Comunidad o de manera caprichosa. Con el incremento de plazas para el personal profesional en 1980 y 1981, se pudieron integrar grupos multidisciplinarios para Atención Sanitaria Integral, para así a mediados de 1980, empezar a diseñar una programación de comisiones a diferentes sitios de la Comisaría de una manera mejor planificada.

De acuerdo a los datos existentes, para 1982 en el Vaupés dividido en 5 zonas se hicieron aproximadamente 300 días de comisión al año, con un cumplimiento del 65% y se llevó atención a todos los sitios que inicialmente se programaron por lo menos una vez al año. Desde aquella época estas comisiones se convirtieron en uno de los programas prioritarios para la División de Atención Médica.

Las cinco zonas en las cuales estaba dividida la Comisaría en 1982 (para efectos operativo-administrativos) abarcaban 12 UPAS (Unidades Primarias de Atención) y varias Unidades de Cobertura (UC) y eran las siguientes :

- ZONA A : Mitú, Papunagua, Mandí, Virabazú, Santa Marta, Bocas del Yí, Camanaos,
- ZONA B : Acaricuara, Carurú, San Gerardo, San José, Yuruparí, Arara-Vaupés.
- ZONA C : Arara-Cuduyarí, Monfort, Trinidad, Camutí, Querari-Mirí ; Wacuraba, Teresita, Piracuara, Bellavista.
- ZONA D : Villafátima, Yapú, Tayasú, Pto Tolima, Bogotá-cachivera, Puerto Mavá, Wainambi, San Antonio.
- ZONA E : Pacoa, Sonañá, Tapurucuara, Cananarí, Alto Apaporis, Iba-caba, Bajo Pirá, Bocoa, Santa Lucia.

Los criterios de agrupación fueron grado de desarrollo de cada localidad (infraestructura, recurso humano), su ubicación en relación a su área de influencia, comunicaciones, accesibilidad y aspectos socio-culturales.

Se determinó por aquel entonces que todas y cada una de las cinco zonas tendrían asignadas un grupo de Profesionales que serían un Médico, un Bacteriólogo, un Odontólogo, una Enfermera Jefe y un Promotor de Saneamiento.

Independientemente de éstos, otro grupo de profesionales realizarían acciones propias de su cargo como Participación de la Comunidad (PACO), Vacunación, Nutrición, Capacitación. Los Grupos Multidisciplinarios tendrían los siguientes objetivos generales :

- * Ejecutar las políticas del Sistema Nacional de Salud, adecuados por el Servicio de Salud del Vaupés en sus niveles de atención local.
- * Participar en forma activa de la elaboración y actualización del Diagnóstico Socio-cultural y de Salud de la zona asignada.
- * Obtener con la participación de la comunidad, Auxiliares de Enfermería y Promotores, un verdadero desarrollo de sus respectivas zonas.
- * En coordinación con Enfermería y la Oficina de PACO velar por la creación de Puestos de Salud en las Sedes de UPAS y Unidades de Cobertura.
- * Mejorar en colaboración con la comunidad sus condiciones de Salud en forma integral .
- * Desarrollar mecanismos en sus respectivas zonas, para lograr el concurso de otras Instituciones para el logro de mejores condiciones básicas.
- * Coordinar trabajo de investigación epidemiológica en la zona respectiva, en donde las condiciones lo ameriten.

Estas comisiones aparte de sus respectivas drogas, combustible, papelería, elementos propios de su área, iban dotados de morrales, canecas para combustible, chalecos flotadores, hamacas, toldillos, lámparas, plantas, motores, repuestos.

La destinación del tiempo era así :

El Médico disponía de 60 días al año para Comisiones a su zona y los restantes 300 días para desarrollar labores dentro del Hospital San Antonio de Mitú y Programas Médicos Especiales, al Odontólogo igual, Bacteriólogo 45 días de comisión a su zona, el resto de días dedicados a labores en Mitú.

Las áreas críticas para el normal desarrollo de las actividades de las Comisiones, eran las mismas que existen en la actualidad : comunicaciones, transporte, suministros, manejo del personal y la información.

Entre las finalidades propuestas estaba el lograr a un no largo plazo una cobertura del 100% en la zona rural. El anterior modelo permaneció vigente según su concepción inicial, hasta los primeros meses de 1983. Con el cambio de administración en el Servicio de Salud se introdujeron modificaciones. No se tuvo en cuenta la división de la Comisaría hecha antes para asignación de los profesionales a cada una de las cinco zonas, así como tampoco para los desplazamientos y actividades a realizar. No se conservaron los grupos multidisciplinarios como tales. Se pretendió hacer girar las actividades asistenciales alrededor de 5 Puestos de Salud Sedes de UPAS. A estas UPAS serían enviados Médicos, Odontólogos, o Bacteriólogos, la sede sería el mismo Puesto de Salud Sede de la UPA, pero se harían desplazamientos desde allí a las comunidades de la zona de influencia previamente determinadas para prestar los servicios médicos y odontológicos o bacteriológicos, según el Profesional que se desplazara.

Se comenzó con las UPAS de Acaricuara, Carurú y Pacoa donde los Profesionales permanecían dos meses al cabo de los cuales eran reemplazados por otros, con el fin de darle continuidad al Proyecto. Infortunadamente esa continuidad no fue posible y se suspendieron estas programaciones sin hacerse una evaluación de sus resultados entre otras cosas que no habían muchos elementos de juicio.

Una de las finalidades de este Sistema a mediano plazo, era crear en estos Puestos toda la infraestructura necesaria para convertirlos en Centros de Salud.

En 1984 hubo un retroceso general en lo que se refiere a la planificación de las Comisiones. Se volvió al principio (años 1978 - 1979) cuando los desplazamientos se hacían por demanda o en ocasiones sin obedecer a ninguna lógica. Las comisiones fueron pocas, la atención de la periferia fue deficiente y en general los resultados se pueden catalogar de malos. Debido a ésto, a finales de 1984 la Jefatura del Servicio de Salud del Vaupés empezó a planificar de una manera mas técnica y racional la forma de llevar todos los servicios de salud a las comunidades indígenas de la periferia de Mitú, cuya población representa mas o menos el 85% del total de la Comisaría. Se dividió en 6 zonas a cada una de las cuales serían asignados : Médico, Odontólogo, Jefe de Enfermería, Bacteriólogo, para que no solamente realizara sus comisiones allí, sino que también fueran los primeros responsables de toda la situación de Salud de la zona asignada, aún cuando por razón de su trabajo se encontraran en el Hospital San Antonio de Mitú. Con estos Equipos Multidisciplinarios encargados de cada una de las seis zonas, la atención médica integral sería mas directa e inmediata para las comunidades indígenas que serían cubiertas en su mayor parte. Las zonas son :

Papunagua y Querari

Alto y Medio Vaupés

Vaupés Bajo, Cuduyarí y Mitú

Papuri Alto

Pauri Bajo

Apaporis y Tiquié

Se pensó también diseñar desde el primer mes de 1985, toda la programación de comisiones para el año, para hacerlas mas planificadas y que respondieran a la situación de Salud real de la población. Con las actividades asi lógicamente planificadas con la debida anterioridad, se tenía como propósito general, la disminución de la morbi-mortalidad en la Comisaría Especial del Vaupés.

1. PROGRAMA MATERNO INFANTIL

OBJETIVOS

- a. Disminuir la Morbi-mortalidad, reduciendo un 50% la mortalidad por enfermedades parasitarias intestinales, respiratorias y perinatales.
- b. Disminuir la Morbi-mortalidad del grupo de 1 - 4 años por enfermedades diarreicas, respiratorias agudas y desnutrición.
- c. Disminuir la Morbi-mortalidad específica de las madres, reduciendo la mortalidad por complicaciones de embarazo, parto, puerperio, aborto y cáncer de cervix.

ESTRATEGIAS

- a. El aumento de cobertura en el grupo Materno Infantil
- b. Programación de las actividades de acuerdo al modelo establecido por el Ministerio.
- c. Capacitación del personal que va a desarrollar las actividades del Programa Materno Infantil.
- d. Asignación de actividades al personal paramédico en Atención Materno Infantil.
- e. Detección e inscripción del Grupo Materno Infantil

RECURSOS

- a. Físicos : Consultorio Médico con su dotación para el desarrollo del Programa.
- b. Humanos Médicos, Enfermera Coordinadora del Programa, Auxiliares y Promotores de Enfermería.

c. Financieros : Existen partidas presupuestales dadas por el Ministerio de Salud, las cuales no alcanzan para el desarrollo del Programa; el Servicio de Salud asigna el presupuesto para manejo de personal, suministros, droga e inversiones.

En 1983 se intentó poner el Programa a funcionar como se debe, pero - hubo poca colaboración de la población.

En 1984 se enviaron Médico y Jefe de Enfermería a una corta capacitación para montar el Programa en el Hospital de Mitú.

A nivel de los Puestos de Salud no está el Programa estructurado, aunque esporádicamente se realizan actividades.

El Programa no ha funcionado de una forma adecuada por :

- * Falta de colaboración de la comunidad
- * La Auxiliar de Enfermería asignada a Programas Médicos Especiales, no ha estado permanentemente allí para realizar los controles por las salidas a comisiones por lo que este consultorio permanece solo, la Enfermera encargada del Programa tampoco puede estar permanentemente allí por otras actividades que debe realizar.
- * Desde un principio no se contó con los materiales necesarios como son : papelería, materiales necesarios para el control de Crecimiento y desarrollo, Salud de Rehidratación Oral y otros.

El Cuadro # 1 muestra las actividades realizadas en los años 1981, 1984 y 1985 (primer semestre)

CUADRO # 1

ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PROGRAMA MATERNO
 INFANTIL EN LOS AÑOS 1983, 1984 Y PRIMER SEMESTRE/85

ATENCION PRENATAL	<u>1983</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>
CONSULTA MEDICA	1955	1664	
CONTROLES ENFERMERIA	1455	1664	98
PARTOS ATENDIDOS			
MEDICOS	117	147	54
ENFERMERIA	36	32	1
TOTAL	153	179	55
ESPONTANEOS	140	159	43
INTERVENIDOS	1	2	
CESAREAS	12	18	12
PLANIFICACION FAMILIAR			
CONTROLES	65	91	31
CRECIMIENTO Y DESARROLLO			
CONSULTA MEDICA	2598	2990	
CONTROLES DE ENFERMERIA	2780	4.391	1729
PACIENTES ATENDIDOS CON EDA			
CONSULTAS	329	368	223

2. PROGRAMA INMUNIZACIONES

ANTECEDENTES HISTORICOS

Antes del año 1979 el PAI no tenía una estructura definida dentro del Servicio Seccional de Salud del Vaupés, de acuerdo a las políticas del SNS, por lo cual la vacunación era realizada por los Promotores de Saneamiento Ambiental, no existiendo Promotores ni Auxiliares de Enfermería capacitados para realizar esta actividad. Los Promotores de Saneamiento se desplazaban a áreas rurales para realizar la vacunación, sin tener en cuenta ninguna técnica para aplicar las vacunas, ni las normas exigidas por el PAI.

NO se tenía en cuenta la cadena de frío, por tal motivo había gran pérdida de biológicos. Es así como el PAI nace en el Servicio Seccional de Salud del Vaupés a partir del año de 1979, encargando al personal Auxiliar y Promotor de Enfermería, los cuales realizaban actividades sin aplicar adecuadamente la vacuna y normas, conllevando a una gran pérdida de biológicos y subregistros de vacunación.

El Servicio Seccional de Salud del Vaupés, inició la destinación de recursos necesarios para implementar una verdadera cadena de frío, nevera y termos para los Puestos de Salud.

El primer Taller sobre PAI se llevó a cabo del 4 al 14 de febrero de 1980, cuyo objetivo era hacerlo conocer a nivel del personal Auxiliar y Promotores de Enfermería, en este mismo año se creó un cargo para Vacunador. En el año de 1981 la aplicación de los biológicos era realizada únicamente por el Auxiliar y la Enfermera Jefe y se suprime mas tarde la vacunación realizada por el Auxiliar y Promotor de Enfermería porque se rendían registros individuales de vacunación sin haberse efectuado vacunación alguna; teniendo como consecuencia

la pérdida de biológicos y malas técnicas de mantenimiento de las neveras que conllevan a una deficiente cadena del frío.

En el año de 1982 se presentó un brote de sarampión en algunas comunidades del Vaupés, se realizó la Investigación Epidemiológica y vacunación preventiva en dichos casos. Es así como la cobertura de vacunación aumento un 60% con un notable mejoramiento de la cadena de frío a nivel del área urbana de Mitú.

ESTADO DEL PROGRAMA EN 1983

OBJETIVOS

- a. Ampliar la cobertura de vacunación en la población indígena por el Servicio Seccional de Salud del Vaupés.
- b. Reducir la Morbi-mortalidad ocasionada por las enfermedades innoprevenibles .
- c. Promocionar la necesidad de las inmunizaciones como forma de prevenir las enfermedades transmisibles.
- d. Llevar correctamente la ficha domiciliaria familiar y registro diario de vacunación. ,
- e. Mantener un sistema adecuado de almacenamiento y conservación de biológicos.

ESTRATEGIAS

- a. Actualización de inmunología casa a casa teniendo en cuenta la zonificación .
- b. Vacunación interdiaria en el Aeropuerto con vacuna antifebrilamafilica y toxoide tetánico, a las personas que lleguen a Mitú y personas mayores de 10 años.

- c. Vacunación con C B G
- d. Adecuada conservación y almacenamiento de biológicos, en cada desplazamiento se llevaría el Equipo completo para evitar la pérdida de los biológicos.

RECURSOS

- a. Físicos : El Programa cuenta con un consultorio para vacunación localizado en el Hospital.
- b. Financieros : Para las actividades de inmunización se cuenta con recursos financieros aprobados dentro del presupuesto general del Servicio Seccional de Salud del Vaupés
- c. Humanos : Una Enfermera Jefe Coordinadora, Auxiliar de Enfermería, etc.

En 1984 las coberturas en las comunidades indígenas siguieron siendo bajas. Solamente en Mitú se aumentaron pero mas que todo debido a las Jornadas de Vacunación . En el Cuadro # 1 aparecen las cifras de los años 1979 - 1984.

VACUNACION POR BIOLÓGICOS 1979 - 1984

TIPO DE BIOLÓGICO	TIPO DE EVALUACION	AÑOS					
		1979	1.980	1.981	1.982	1.983	1.984
ANTIPOLIO	Dosis Aplicadas	2.174	1.632	1.036	1.323	1.670	3.050
	Cobertura %	1.3	20.3	26.9	11.7	17.1	38.4
	Cumplimiento %	35.9	36.2	35.1	19.0	27.2	43.0
	Rendimiento	1.6	0.2	0.4	0.6	0.5	0.7
P.T	Dosis Aplicadas	4.963	1.790	1.110	1.181	1.719	3.048
	Cobertura %	1.6	20.0	29.8	10.9	16.5	38.4
	Cumplimiento %	66.5	91.2	27.6	17.1	27.7	75.5
	Rendimiento	3.7	0.2	0.4	0.5	0.5	0.7
TISARAM- FON	Dosis aplicadas	3.829	306	174	1.469	1.193	1.274
	Cobertura %	308.5	20.3	9.8	63.4	71.3	56.2
	Cumplimiento %	308.5	20.3	9.8	63.4	71.3	68.3
	Rendimiento	2.9	0.1	0.7	0.7	0.4	0.3
C.G.	Dosis aplicadas	2.626	589	512	1.265	636	701
	Cobertura %	114.4	21.4	16.3	42.2	8.7	17.4
	Cumplimiento %	114.4	21.4	16.3	42.2	8.7	17.4
	Rendimiento	2.0	0.1	0.2	0.6	0.2	0.2
TIFOIDEA	Dosis aplicadas	-	-	-	-	1.337	1.303
	Cobertura %	...	...	...	...	(x)	(x)
	Cumplimiento %	...	...	...	...	(x)	(x)
	Rendimiento	...	...	...	...	0.4	0.3
AMARILICA	Dosis aplicadas	2.589	370	1.522	2.766	2.613	1.180
	Cobertura %	(x)	15.7	76.1	104.5	54.2	56.6
	Cumplimiento %	(x)	15.7	76.1	104.5	54.2	56.6
	Rendimiento	1.9	0.1	0.6	1.3	0.8	0.3
DIDE TETANI	Dosis aplicadas	100	123	1.715	1.473	5.185	4.614
	Cobertura	(x)	0.4	(x)	0.5	1.5	3.5
	Cumplimiento %	(x)	8.6	(x)	30.5	3.4	7.6
	Rendimiento	0.1	0.1	0.7	0.7	1.6	1.1
FUENTE SIS 151 Y PROGRAMACIONES			(x) NO APARECEN EN PROGRAMACIONES		(XX) SOLAMENTE PARA EM		BARAZADAS.
TOTAL DOSIS APLICADAS		16.281	4.810	6.609	9.477	14.353	15.170
INSTRUMENTOS UTILIZADOS		11331	7.896	2.525	2.185	3.320	4.316
RENDIMIENTO GENERAL		12.2	0.6	2.4	4.3	4.3	3.5

A continuación se presenta un listado de las Comisiones de Vacunación realizadas durante el período 1981 - 1984 , a cada Zona

COMISIONES DE VACUNACION

ZONA	AÑO	DURACION	DOSIS	BIOLOGICOS APLICADOS
1				
PAPUNAGUA	1981	-	-	-
PAPUNAGUA	1982	-	-	-
PAPUNAGUA	1983	-	1a dosis	Polio, DPT, BCG, Sarampion, TT, Fiebre amarilla.
PAPUNAGUA	1984	12 días	-	Polio, DPT, BCG, Sarampion
TAPURUCUARA	1984	11 días	1a dosis	Polio, DPT, Sarampión, BCG, TT
TAPURUCUARA	1984	15 días	1a y 2a	Polio, DPT, Sarampión, TT, Fiebre amarilla, BCG.
tapurucuara	1984	17 días	3a dosis	Polio, DPT
2				
CARURU	1981	2 días	-	Fiebre Tifoidea
MANDI-T.GRATA	1981	5 días	3a dosis	Polio, DPT, TT, Fiebre amarilla
CARURU	1982	10 días	2a dosis	Polio, DPT, TT, Fiebre amarilla
T.GRATA-ARARA	1982	2 días	-	Sarampión
YURUPARI-MANDI	1983	8 días	3a dosis	TT, Polio, BCG, DPT, F. amarilla
MANDI-YURUPARI	1984	11 días	1a dosis	Polio, DPT, BCG, Sarampión, TT
MANDI-Z.INFL.	1984	10 días	2a dosis	Polio, DPT, BCG, Sarampión, TT
YURUPARI-MANDI	1984	19 días	3a dosis	Polio, DPT.
CARURU	1984	12 días	1a dosis	DPT, Polio, TT, Sarampión, BCG, Fiebre amarilla.
CARURU	1984	19 días	2a dosis	Polio, DPT, TT, Sarampión, Fiebre amarilla.

ZONA	AÑO	DURACION	DOSIS	BIOLOGICOS APLICADOS
3				
ARARA CUD.	1981	7 días	-	Polio, DPT, TT, Fiebre amarilla
ARARA CUD.	1981	5 días	-	BCG, Polio, DPT, TT, Fiebre amar.
QUERARI	1981	5 días	3a dosis	Polio, DPT, BCG, Sarampión, TT, fiebre amarilla.
VILLA FATIMA	1981	11 días	1a dosis	Polio, DPT, Sarampión, BCG, TT
VILLA FATIMA	1981	9 días	2a dosis	Polio, DPT, TT, Fiebre amarilla
VILLA FATIMA	1982	11 días	3a dosis	Polio, DPT, BCG, TT
ARARA CUD.	1982	4 días	1a y 2a	Polio, DPT, BCG, Fiebre amarilla Sarampión.
MITU-STA MARTA	1982	-	-	Sarampión, DPT
	1983	-	-	-
VILLA FATIMA	1984	14 días	1a dosis	Polio, DPT, TT, Sarampión, BCG, Fiebre amarilla.
MITUSEÑO-CEIMA	1984	2 días	-	Polio, DPT, Sarampión, TT, BCG, Fiebre amarilla.
4				
ACARICUARA	1981	13 días	2a dosis	TT, DPT, Polio, BCG
ACARICUARA	1981	22 días	1a dosis	Polio, DPT, TT, Sarampión, BCG Fiebre amarilla.
	1982	6	-	-
	1983	-	-	-
ACARIC. YAPU	1984	15 días	1a dosis	BCG, Polio, DPT, TT, Sarampión, Fiebre amarilla.
ACARIC. YAPU	1984	45 días	2a y 3a	BCG, DPT, Polio, TT, Sarampión.
YAPU	1984	8 días	1a y 3a	Polio, DPT, TT, Sarampión, BCG

ZONA	AÑO	DURACION	DOSIS	BIOLOGICOS APLICADOS
5				
	1981	-	-	-
MONFORT-TERES.	1982	12 días	1 dosis	Polio, DPT, Sarampión, BCG, TT, Fiebre amarilla.
MONF.TER.PIRAC.	1983	12 días	1a y 2a	Polio, DPT, Sarampión, BCG, TT, Fiebre amarilla.
MONF.TER.PIRAC.	1983	15 días	1a,2a y 3a	Fiebre amarilla, Polio, DPT, Sarampión, BCG, TT.
MONF!TER.PIRAC.	1984	15 días	6	Polio, BCG, Sarampión, DPT, TT
IBACABA	1983	18 días	2a dosis	BCG, DPT, Polio, Sarampión, TT
6				
	1981	-	-	-
PACOA	1982	10 días	1a dosis	Polio, DPT, BCG, Sarampión, TT fiebre amarilla.
PACOA	1983	13 días	1a dosis	Polio, DPT, Sarampión, BCG, TT, fiebre amarilla.
PACOA	1983	15 días	2a dosis	Polio, DPT, BCG, TT
PACOA	1984	14 días	-	Polio, DPT, TT, Sarampión, BCG
SONAÑA	1984	25 días	1a dosis	Polio, DPT, BCG, Sarampión, TT

3. PROGRAMAS MEDICOS ESPECIALES

A. CONTROL DEL PALUDISMO

ANTECEDENTES HISTORICOS

En 1980 se conoció el primer brote de Paludismo en la Comisaría del Vaupés, en la región de Bocas del Querari, el cual fue detectado por el Servicio Seccional de Salud del Vaupés, en conjunto con el Servicio de Erradicación de la Malaria.

Por este motivo fue asignada una Enfermera Jefe para la estructuración del Subprograma del Paludismo, sin consolidarse ninguno de estos aspectos.

En enero de 1982 un grupo de Rurales Ambulatorios motivados por el ánimo de realizar una investigación epidemiológica, seleccionó el subprograma de Paludismo siendo éste la quinta causa de morbilidad en la Comisaría del Vaupés.

En el año de 1982 se delineó un estudio del comportamiento epidemiológico de la enfermedad, también se solicitó la colaboración de personal Médico en el cumplimiento periódico de las estadísticas, el subprograma quedó conformado por el grupo de profesionales de la Salud. En el mes de junio se asistió al primer Seminario de Paludismo en Territorios Nacionales, participando en la emergencia de la Comisaría del Guaviare, conformando el grupo de estudio de susceptibilidad del Plasmodium Falciparum a las 4 aminoquinoleivas.

Mas tarde siguiendo las políticas emanadas del cuestionario sobre medidas preventivas y control del Paludismo, fue posible capacitar al personal médico del Servicio de Salud por parte de los integrantes del subprograma, en las lecturas y toma de gota gruesa; del mismo modo se participó a través de conferencias y siguiendo el Programa de Educación Médica Continuada en los diferentes programas de capacitación del personal: Promotores y actualización de Auxiliares de Enfermería quienes tienen a su cargo la consulta médica delegada.

A finales de 1982 el Servicio Seccional de Salud del Vaupés envió a capacitar 2 de sus empleados (bacteriólogo y Estadístico)

ESTADO DEL PROGRAMA EN 1983

OBJETIVOS

- a. Mantener actualizado el conocimiento del comportamiento de las enfermedades, especialmente las transmisibles y algunas de interés especial, ejm: la desnutrición.
- b. Originar medidas de acción inmediata para la prevención y control en caso de presencia de brotes de estas enfermedades.
- c. Vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles

ESTRATEGIAS

- a. Recolectar y verificar los datos por intermedio de los registros de consulta diaria externa y de urgencias, SIS 12 enfermedades transmisibles de notificación obligatoria.
- b. Estudio de brotes epidémicos

- c. Análisis que permita ver la incidencia de una patología en - el área de incidencia de una zona.
- d. Dar información demográfica y ambiental
- e. Evaluación y Reprogramación

RECURSOS

En la actualidad no se cuenta con Oficina propia para su funcionamiento.

La coordinación del Programa está asignada a la Jefe de Enfermería, el Matemático-Estadístico y al Bacteriólogo quienes esta - ban capacitados en Vigilancia Epidemiológica.

Como actividades importantes en 1983 por resolución se erró el Comité de Vigilancia Epidemiológica que trabajó arduamente en - un brote de TOSFERINA en la Comisaría.

En 1984 aparte de trabajos esporádicos sobre Paludismo no realizó ninguna actividad especial.

En 1985 se inició la IV Investigación Cooperativa Epidemiológica sobre Malaria en Yuruparí. Se controló un brote de Paludismo en Sonañá.

Conjuntamente con el Servicio de Erradicación de la Malaria se está atacando el Paludismo en una forma integrada, Médicos y - Bacteriólogos en atención directa a los pacientes y brigadas - del SEM en labores de fumigación. Estas comisiones se han hecho en el Alto Vaupés (Yuruparí-Mandí) y en la zona del Papunagua - al norte de la Comisaría . Además otra comisión de Médicos y Bacteriólogos recorrió todo el río Vaupés Alto hasta Carurú y - límites con el Guaviare. El total de gota gruesa tomada 1.289 , positivas 499 (Falciparum 136 , Vivez 363). Mediante acción - conjunta con el SEM, el Servicio de Salud busca combatir el Paludismo en todas sus fuentes.

B. CONTROL PROGRAMA DE LEISHMANIASIS

ANTECEDENTES HISTORICOS

Citado el caso de la Comisaría Especial del Vaupés , constituye un medio propicio para los programas de Leishmaniasis y que se venía diagnosticando caso de años atras, la Dirección de Parasitología - del Ministerio de Salud Pública solicitó información periódica de los casos detectados en las diferentes zonas para elaborar mapas - epidemiológicos.

A finales de 1981 como resultado de la información enviada a la - Sección de Epidemiología, se logró que el Servicio Seccional de Sa - lud del Vaupés fuera incluido dentro del Programa a nivel nacional sobre Leishmaniasis.

Para la coordinación de dicho Programa se constituyó un grupo compuesto por : Médico, Bacteriólogo, Auxiliar de campo. El Programa de Leishmaniasis se ha desarrollado en la Comisaría del Vaupés - por intermedio de grupos multidisciplinarios que se desplazaban a las diferentes comunidades existentes.

ESTADO DEL PROGRAMA EN 1983

OBJETIVOS

- a. Detectar los casos para prestar un adecuado y oportuno trata - miento.
- b. Hacer un seguimiento de los casos y su lugar de procedencia.
- c. Averiguar la incidencia real de esta patología en el Vaupés

- d. Comparar su incidencia con las otras zonas del país
- e. Realizar un estudio sobre los tratamientos convencionales
- f. Implementar medidas de prevención
- g. Mantener una adecuada reserva de glucantine para afrontar oportunamente cualquier eventualidad.

ESTRATEGIAS

- a. Instrucción al personal médico y paramédico para detectar casos
- b. Recoger oportunamente la información que conduzca a la real incidencia.
- c. Mejorar las medidas de Diagnóstico de Laboratorio
- d. Diligenciar oportunamente el formato de historia por el Ministerio de Salud.

RECURSOS

- a. Físicos : Hospital Local, Laboratorio Clínico, Puesto de - Salud, UPAS localizadas en la Comisaría del Vaupés.
- b. Financieros : Parte proporcional del Presupuesto del Servicio Seccional de Salud del Vaupés, para dicha diligencia
- c. Humanos : Médico Encargado, Personal Médico, Bacteriólogo, Auxiliar de Enfermería y Promotor .

En 1984 no se desarrolló ninguna actividad especial en Leishmaniasis .

En 1985 habían 3 casos en el primer semestre (2 personas Yapú y 1 inmigrante).

C. CONTROL PROGRAMA DE VENEREAS

ANTECEDENTES HISTORICOS

El subprograma de Venéreas surgió en el año de 1981, debido al aumento de la población flotante especialmente de comerciantes, en este tiempo en Mitú se encontraba en plena bonanza. La instalación de centros nocturnos que en un principio funcionaron en la clandestinidad fue la causa de que se registraran los primeros casos de enfermedades venéreas.

El desarrollo de este subprograma fue bajo la coordinación de una Enfermera Jefe, primero se hizo una cobertura dirigida a la zona urbana, teniendo como base las normas operativas, seguimiento de contacto , tratamiento y educación a los diferentes grupos.

La búsqueda de contactos o casos se hizo mediante la consulta externa, urgencias y hospitalizados. Los pacientes que se contraban escritos en el subprograma fueron controlados, los grupos de alto riesgo se encontraban controlados en colaboración con las autoridades.

El personal que trabajaba en los coreográficos se les asignó un carnet el cual se refrendaría cada 8 días, si el carnet no se devolvía quería decir que esa persona no se encontraba normal para trabajar. La persona que desarrollaba el trabajo de la búsqueda de pacientes y contactos, era el Auxiliar de Enfermería.

ESTADO DEL PROGRAMA EN 1983

El subprograma de Venéreas es uno de los mas jóvenes del Servicio Seccional de Salud del Vaupés, por tal razón no tuvo el menor cambio importante para el desarrollo de la programación de 1983.

OBJETIVOS

- a. Incorporar al subprograma la totalidad de médicos y otros
- b. Por intermedio de las consultas externas detectar los pacientes sospechosos de algunas de las enfermedades de transmisión sexual, para solicitar el examen de laboratorio y confirmar el diagnóstico.
- c. Tratar los casos diagnosticados de acuerdo a las normas
- d. Controlar los contactos de los casos anotados, mínimo uno por caso que corresponda al compañero permanente.

ESTRATEGIAS

- a. El Programa de Venéreas se ha sustentado por medio de la integración de las acciones de Salud del Grupo Multidisciplinario. La movilización se dará en las comunidades mediante la educación y la atención integral en las consultas.

RECURSOS

- a. Físicos : Consultorio provisional e instrumentos de procedimiento.
- b. Financieros : El manejo del personal, suministro y droga está contemplado dentro del Presupuesto del Servicio.
- c. Humanos : Enfermero, Médico, Bacterióloga, Auxiliar de Enfermería, Trabajadora Social, Estadístico.

En 1984 aparte de tratamiento de casos y tomas ocasionales de serología y secreciones no hubo otras actividades.

En el Servicio de Salud del Vaupés existe un Informe "Historia de Programa de Venéreas - Vaupés 83 / 84 " .

En 1985 se registraron 16 casos (en Mitú) de gonorrea y 3 casos - de infección glonococcica neonatal.

Datos no muy confiables porque la gente no consulta por esta causa y solo se detecta por casualidad.

Actualmente no existe zona de tolerancia en Mitú como la había en 1982 - 1983.

A nivel de las Comunidades no hay mayor información.

D. CONTROL DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

ANTECEDENTES HISTORICOS

A raíz de la alta prevalencia de la T.B.C. en el Vaupés se pensó en buscar una estrategia para afrontar el peligro de su propagación, fue así como en 1977 se dieron los primeros pasos que esbozaron la iniciación de un Programa, para instituirse como tal en 1979 y fue así como en 1980 el Programa contaba con 265 pacientes inscritos y según los datos estadísticos mostraban en ese año al Vaupés ocupando el primer lugar en mortalidad de la T.B.C.

El seguimiento del Programa tuvo sus contratiempos y los pacientes disminuyeron en 1981 a causa de la deserción. Se realizó un estudio descriptivo a fin de encontrar las causas de este fenómeno y en 1982 se estableció que la deserción de los pacientes en tratamiento obedecía a cinco factores como causas principales así :

- * Concepto cultural
- * Origen mítico de la enfermedad
- * Dificultades de relación con la institución
- * Desadaptación del medio
- * Malestar producido por la droga

En la experiencia de los años anteriores e identificadas las causas primarias de la deserción en los tratamientos Anti-T.B.C. , empezó a surgir los delineamientos de una nueva estrategia a fin de poder entender la relación, enfermedad-sujeto-institución.

Hasta ese entonces era la institución la que sentía como suyo el problema ante la proliferación de la enfermedad y salía en su búsqueda, el sujeto tenía un conocimiento mítico de la enfermedad y era que estaban castigados con pelos del diablo (WATI POARRI), pero no entendían ni sentían las enfermedades como suya; ni la necesidad de que fuera ella la que tomara las acciones conducentes a su solución, todo ésto sumado a un fenómeno específico en todos los que están al frente de los Programas y Subprogramas debido al medio en que viven, que es el de no entender la idiosincracia del indígena.

Al llegar el Programa a finales de 1983 y en concordancia con las nuevas políticas del Ministerio de Salud, se sintió la necesidad de cambiar la forma de tratamiento del sistema rígido a un sistema participativo.

Con el sistema rígido solamente tratábamos los pacientes que el Servicio a través de sus funcionarios pudieran descubrir, era necesario buscar un mecanismo donde la Comunidad sintiera el problema como suyo y participar en el tratamiento de esta enfermedad, era el cambio de la estrategia Institución-Individuo por Comunidad - Institución.

Tomando como principal sujeto a la Comunidad y buscando una acción participativa que busque la forma de llevar adente el Programa, integrando a PACO, fue así que por primera vez se hizo un trabajo integrado con Enfermería.

El Equipo integrado Antropólogo - Enfermera dieron unos resultados positivos, pues se entendió la T.B.C. desde un punto de vista social (Antropólogo) y desde el punto de vista Enfermedad (Enfermera).

ACCIONES INTEGRADAS

Se planeó con el personal de salud, Enfermero Zonal, Auxiliar, Promotor y la Comunidad, un Programa de Educación Comunitaria, para lo cual se dialogó y acordó todos los pasos a desarrollar.

Las fechas de reuniones educativas escogidas por la comunidad fue el día domingo, también se expuso la forma metodológica del diálogo abierto, deliberante y decisorio por parte de la Comunidad.

Se inició trabajando con la metodología de PACO en Comunidades ya asignadas, realizando un diagnóstico participativo.

Se desarrolló en la Comunidad de Trinidad del Tiquié, la primera experiencia de trabajo coordinado por PACO, Enfermería y la Comunidad.

Los pasos que se siguieron fueron :

- a. Realizar el Diagnóstico Participativo, en esta ocasión TUBERCULOSIS "WATI POARI"

Mecanismos :

- * Reuniones comunitarias

- b. Sensibilización

Mecanismos

- * Reuniones con los Payes
- * Charlas sobre TUBERCULOSIS en las visitas domiciliarias
- * Charlas educativas a la comunidad, 4 veces al mes los domingos
- * Charlas a los niños del internado

Se realizó un Cronograma de actividades al Auxiliary Promotor, con copia a la Organización Indígena ORIT.

Una vez que la comunidad estuvo empapada del tema y que surgía de ella muchos interrogantes producto de la reflexión y análisis, se planeó el Seminario que se llevó a cabo para obtener una respuesta a esa necesidad, la elaboración de la Cartilla sobre TUBERCULOSIS.

c. Seminarios

Se desarrolló por etapas :

- * Análisis y reflexión sobre los conceptos indígenas sobre :
 - Origen de la Enfermedad
 - Causas
 - Formas de prevención
 - Tratamiento

En esta etapa eran los Payes, Cumus y Líderes quienes jugaban el papel mas importante, pues en ese momento estaban transmitidos sus conocimientos y reflexionando sobre el pasado, presente y futuro.

- * Análisis y reflexión sobre los conceptos científicos de la Enfermedad, ya en esta etapa la Enfermera y el Antropólogo daban la asesoría necesaria.
- * Etapa de confrontación de la parte Occidental y Tradicional donde se recopilaron los datos mas importantes.

Se debe anotar que la elaboración de los dibujos de la Cartilla, fueron realizados por la Comunidad en forma simultánea al tratarse los temas.

d. Todavía pendiente por concluir la entrega de cartillas.

Citando otras experiencias en una de las comunidades mas avanzadas "Acaricuara" se llevó a cabo un Seminario donde la Comunidad participó activamente, ellos mismos detectaron los sintomáticos respiratorios y tomaron las muestras de esputos, 20 en esta oportunidad, uno resultó con T.B.C. , no descartando que los restantes sufrieran la enfermedad, pues es necesario la toma de las baciloscopias seriadas.

En el Cuadro # 3 aparecen las cifras sobre el Programa de 1981 a 1984.

CUADRO N° 3

SITUACION PROGRAMA CONTROL DE T.B.C. 1981 - 1984

ENFERMOS EN TRATAMIENTO - 1° ENERO.	ENFERMOS EN TRATAMIENTO.	I N G R E S O S					TOTAL DE ENFERMOS EN TRATAMIENTO DURANTE AÑO.	E G R E S O S					ENFERMOS EN TRATAMIENTO 31/DIC.
		NUEVO	REINGRESOS		TRAS - LADOS.	TOTAL		MEJORIA	TRASLA-DO.	PERDI DOS.	MUERTOS	TOTAL	
			PERDIDO	REACTIV.									
1981	112	34	2	0	0	36	148	55	2	44	3	104	44
1982	44	50	8	4	-	62	106	46	5	18	7	76	30
1983	30	24	6	-	2	32	62	26	-	13	2	41	21
1984	21	27	3	1	1	32	53	23	-	6	3	32	21

E. CONTROL PROGRAMA SALUD ORAL

COORDINACION DE ODONTOLOGIA

Tomando como bibliografía el informe Técnico Administrativo y Operativo del Servicio Seccional de Salud del Vaupés de febrero 14 de 1.983, veo que desde antes de ésta fecha la odontología que se venia prestando era centrada en Mitú y las comisiones se hacian muy de vez en cuando a comunidades cercanas prestando servicios de Exodoncia únicamente, lo cual indica que éstas iban a crear una necesidad más en vez de mejorar la Salud Oral (con la exodoncia nos da la necesidad de prótesis).

A partir de 1.980, se empezó a trabajar en comisiones con unidades portátiles mejorando un 100% la calidad del servicio.

En el recurso físico. Desde 1.981, se empezó a trabajar en consulta domiciliaria mediante la instalación de un consultorio portátil en la escuela " ANTONIO RICAUTE ", tambien se adquirieron unos modulos portátiles para completar CINCO (5) y UNA (1) planta electrica.

A comienzos del año de 1.982, se suspendió la consulta domiciliaria debido al deterioro de los módulos portátiles en las comisiones ya que no contaban con un mantenimiento adecuado, a mediados del año de 1.982 el Servicio Seccional adquirió un consultorio odontológico el cual se destinó a consulta domiciliaria, se instaló inicialmente donde venia funcionando el colegio " JOSE EUSTASIO RIVERA ", ya que para allí pasarían a la escuela Antonio Ricaute, pero por problemas de índole interno entre FER y Escuela éste traslado no fué efectivo, quedando sin utilización dicho consultorio, se optó por instalarlo en el internado Maria Reina donde se trabajó los últimos CINCO (5) meses del año.

Se llegó a un acuerdo en ésta época entre FER y Jefatura del Servicio de Salud del Vaupés en el cual el FER se comprometía, adquirir e instalar en

el colegio Jose Eustasio Rivera un consultorio Odontologico y Servisalud aportaria los servicios de un profesional y materiales necesarios, y hasta la fecha no se ha obtenido respuesta alguna del FER.

Tambien, en 1.982 se realizo una ampliacion y remodelacion del hospital destinando para odontologia DOS (2) locales, el cual hizo necesario el traslado de la unidad odontologica instalada en el internado Maria Reina ya que se sub-utilizaba en época de vacaciones.

Para 1.982 se cambio el horario de consulta, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. jornada continua y el día sabado de 8 a.m. a 2 p.m. los objetivos de éste año eran :

- a. Cubrir el 61% de pacientes de 5 - 14 años de edad, en Mitú y el 52.7% en el resto del Vaupés.
- b. Cubrir el 47% de pacientes obstetricos de 15 - 44 años de edad, en Mitú y el 10% para el resto del Vaupés.
- c. Cubrir el 41.1% de la población del sub-grupo, otros para Mitú y el 61.9% para el resto del Vaupés.
- d. Lograr el control total de la totalidad de alumnos de la Escuela " ANTONIO RICAUTE " y la Escuela NORMAL INDIGENA.
- e. Adaptar y motivar a los alumnos de la guarderia " MI CASITA ".

ESTRATEGIAS.--

- Para cubrir el 61.1% de los pacientes de 5 - 14 años de edad, en Mitú se destinó un consultorio odontologico en el hospital San Antonio ex-

clusivamente para atender la población escolar que en 80% son de éste subgrupo, la atención se brindaría durante todo el año y citando días especiales a las diferentes instituciones educativas (entre lunes a viernes).

En el programa de Capacitación, el Departamento de odontología tiene a su cargo el adiestramiento y enseñanza de los promotores en los temas concernientes exclusivamente a odontología (ver programación de Capacitación de promotores).

Para 1.983 se levantó un diagnóstico de Salud Oral por medio de un índice C.O.D.E. en la población escolar de Mitú, arrojó el siguiente resultado. - Se examinaron 13.418 dientes.

- El 26% tenía caries.
- El 19.96% extraído (perdido).
- El 2.80% se debe extraer.
- Solo el 4.94% obturado.

Se deduce que el 46.7% de dientes tenían historia de caries.

EXPLICACION.-

C : Dientes con caries evidente.

O : Obturado.

P : Diente perdido con caries.

EI: Dientes con extracción indicada.

Viendo el resultado del estudio anterior y a sabianda que la prevalencia e incidencia de la caries dental es mayor en la edad temprana así como la pérdida de dientes por dicha afección se considera que la enfermedad de -

más alta morbilidad en el mundo es la CARIES DENTAL a excepción del catarrro común.

Además se observó que el 18.8% son dientes cariados y con extracción indicada que exigen tratamiento, por tal motivo se buscó recursos físicos necesarios y es así como el Fondo Nacional Hospitalario donó una unidad portátil marca Siemens, para el programa escolar de Mitú y a nivel de lotería de Territorios Nacionales los equipos móviles para el desplazamiento fuera de Mitú.

Posteriormente se inició la estructuración de un modelo de prestación de servicios odontológicos consistentes en:

- UN (1) odontólogo.
- UNA (1) unidad móvil.
- UN (1) sillón portátil.
- UNA (1) planta eléctrica.

Instrumental básico para : Periodoncia.

Endodoncia.

Cirugía.

Operatoria.

Medicina Oral.

Materiales odontológicos necesarios.

Materiales para la acción preventiva odontológica.

También en éste año se diseñó una historia clínica odontológica, se propusieron unas tarifas para su aprobación, para pacientes particulares que solicitan el servicio a la institución, se implementó un formulario donde se lleva el control mensual de la ejecución de los tratamientos odontológicos que buscan evaluar la calidad, cantidad y rendimiento del odontólogo; también se estaba diseñando un formulario donde se lleva la hoja de vida de las unidades.

odontológicas y se diseñó un manual para llevar correctamente el SIS
1 - 160 - 161.

Para 1.984 el modelo de atención que se tomó fué en busca de una mejor calidad en los tratamientos ofrecidos lo que nos lo demuestra el siguiente análisis que es:

1. En el año de 1.983 se obturaron con material definitivo 3.340 y en 1.984 se obturaron 9.652 dientes.
2. Los indicadores de calidad, como la continuidad general que responde a la proporción de tratamientos que se terminan en relación con los que inicia, arrojó un 73%.

En la conservación de dientes que responde a la proporción de dientes conservados sobre todos los dientes arrojó un 70%

La concentración que de 1.9 en el grupo prioritario de 5 - 14 años. Se tomaron los SIS 407A y 407B, éstas son historias clínicas de consulta programada y de urgencias dadas por el Ministerio.

Para 1.985, basados en la política de Salud Oral impartida por el Ministerio, como son:

A. PROPOSITO BASICO:

Garantizar la prestación de servicios de Salud Oral a la población Colombiana, orientando las actividades a los grupos de población que por razones socio-económicas y culturales necesitan este tipo de atención.

B. OBJETIVOS GENERALES.-

Establecer los mecanismos necesarios para la planeación y desarrollo de programas de Salud Oral que aseguren prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamientos de las enfermedades que afectan el complejo buco maxi-facial.

C. OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

1. Desarrollar programas para el fomento de la Salud y la prevención masiva de patologías que afectan la salud Oral.

2. Desarrollar programas de control y rehabilitación que den solución a las necesidades de tratamientos del complejo buco-maxilo-facial.

Para el logro del objetivo primero, es necesario realizar actividades de:

- 1a. Fomento y educación para la salud oral.
- 1b. Prevención de la caries dental.
- 1c. Prevención de la enfermedad periodontal.
- 1d. Diagnostico precoz del cancer oral.

Para el logro del segundo objetivo nos valemos de actividades:

2a. Restauradoras y de rehabilitación del aparato masticatorio, utilizando la más moderna tecnología según recursos.

2b. Control en las enfermedades que afectan los tejidos duros y blandos del complejo bucomaxifacial.

Para desarrollar ésta política tenemos en cuenta las siguientes normas:

1. La educación y el fomento de Salud Oral estará encaminada preferencialmente al grupo MADRE - NIÑO y a menores de 15 años, en coordinación con el sector educativo, sin límite de tiempo y para zonas urbanas y rurales-
2. La prevención de la CARIES DENTAL estará encaminada a lograr la disminución en la morbilidad de esta patología sin límite en el tiempo y en las zonas urbanas y rurales, en los grupos de población más susceptibles.
3. Disminución de la morbilidad periodontal en la población mayor de - 15 años.
4. Diagnostico precoz del cancer oral, en toda la población.
5. Ofrecer atención en sus necesidades de tratamiento a la población escolar.
6. Ofrecer atención a sus necesidades de tratamiento a la población embarazada.

METAS A CORTO PLAZO.-

Alcanzar las siguientes coberturas poblacionales en la asistencia de la Salud Oral.

- 20% de la población escolar.
- 15% de las mujeres embarazadas.
- 100% de las personas que conforman el nucleo laboral.
- Ofrecer prevención a la caries dental mediante fluorización de aguas.

ESTRATEGIAS.-

Para lograr las metas de corto plazo contamos con DOS (2) tipos de recurso humano y físico.

HUMANO.-

1. Odontologo Coordinador. (1)
2. Odontologos Rurales Ambulatorios (6)
3. Higienista oral (1)
4. Ayudantes de Consultorio (2)

FISICO.-

En el hospital contamos con DOS (2) unidades Sandry en regular estado.

En el internado de ENIN UNA (1) unidad Siemens en buen estado.

Para el área rural contamos con SEIS (6) modulos portátiles de las cuales CUATRO (4) en buen estado y DOS (2) en mantenimiento; TRES (3) plantas electricas, DOS (2) en buen estado y UNA (1) en mantenimiento de marca Yamaha 600. CUATRO (4) sillones anatómicos para pacientes, portátiles, UNO (1) en regular estado y sus respectivos sillones.

En el área urbana se programan turnos odontologicos para una semana dependiendo del número de odontologos que estén presentes para la consulta externa, cuyo horario está entre las 8 am. a 12 pm. y de 2 pm. a 6 pm. las consultas de urgencias se atienden despues del horario de consulta externa, es decir de 6 pm. hasta las 8 a.m.

La consulta domiciliaria la estamos llevando a cabo a nivel de colegio y escuela, en la actualidad en el internado del ENIN y en el área rural.

Para la parte rural se desplaza un odontologo con instrumental completo para dar tratamiento de operatoria, endodoncia, cirugía, periodoncia, - tambien una unidad portátil con una planta electrica y medicamentos necesarios, en la actualidad esto tiene un costo de \$ 725.500 pesos M/cte.

<u>ARTICULO</u>	<u>VALOR.</u>
Instrumental.	\$180.000.00
Materiales.	170.000.00
Planta electrica Yamaha.	79.500.00
Modulo Century 21.	192.000.00
Pieza de mano desply.	24.000.00
Sillon portatil.	45.000.00
Gasolina 110 galones.	33.000.00
Mixtura.	1.000.00
Aceite S-30	<u>1.000.00</u>
T O T A L	\$ 725.500.00

Dentro de éste costo no está el sueldo del odontólogo ni sus correspondientes viáticos, al igual que el costo del transporte aéreo.

El fomento a la educación en salud oral la encaminamos preferencialmente al grupo MADRE y NIÑO por medio de unas revistas hospitalarias y con el subprograma materno infantil.

La prevención de la CARIES DENTAL la hacemos por medio de autoaplicaciones de fluoruro de sodio al 2% encaminada a la población infantil que es más susceptible.

La ENFERMEDAD PERIODONTAL la controlamos con la enseñanza del cepillado y control de placa bacteriana, valga la aclaración para éste año por problemas de importación de una materia prima Colgate Palmolive no los pudo obsequiar cepillos, se les pidió esa colaboración obteniendo la respuesta negativamente. Se optó por pedirle esa colaboración al Indigenista respondiendo afirmativamente, en mayo y hasta la fecha no han llegado al Servicio.

Desarrollamos programas de rehabilitación y control como es los tratamientos de operatoria, endodoncia, periodoncia, cirugía, medicina oral y prótesis.

El anterior instrumento lo dedicamos a un 70% de su tiempo a la población de 5 - 14 años.

Buscamos con el anterior modelo de atención, calidad en el tratamiento que no la da la continuidad general, que es la proporción de tratamientos que se terminan en relación con los iniciados según tipo de tratamiento y grupo de población.

Continuidad Específica: Proporción de tratamientos que se terminan en relación con los iniciados según tipo de tratamientos y grupo de población.

También la calidad nos da la conservación de los dientes que es la proporción de dientes conservados de todos los dientes atendidos según grupo de población.

RECOMENDACIONES.-

- Instalar un laboratorio dental para prótesis, su costo no es muy elevado y si se beneficia un alto porcentaje de la población del Vaupés desdentada.
- No modificar el tiempo de duración del odontólogo en la comisión de 2 meses .
- La adquisición de los cepillos la haga el Servicios Seccional - de Salud, para no ver entorpecido el desarrollo del programa de Higiene oral.
- El suministro de los pedidos de materiales odontológicos se deben de hacer para seis meses y en una forma oportuna y ágil.
- Hacer la fluorización de acueductos que Saneamiento haga, como medida preventiva de la caries dental.
- Diseñar una hoja de vida de las unidades odontológicas para responsabilizar al odontólogo y técnico de su mantenimiento y reparaciones efectuadas .
- El uso de las plantas eléctricas debe ser exclusiva de odontología para no entorpecer las comisiones y para que su vida útil sea adecuada.
- Se recomienda que se continúe con la experimentación de otro modelo de atención, como es el de dos odontólogos con sus equipos correspondientes con una auxiliar de consultorio buscando la mayor operatividad y se reduzca tiempo y movimientos.

- Crear el cargo de Auxiliar de Consultorio Odontológico, ya que actualmente se encuentra el de Ayudantes de Odontología, los cuales no están respaldados por las normas del Ministerio.

- Se anexan al presente trabajo los siguientes cuadros:
 - * Evaluación de las actividades finales en Atención a las personas - desde el año 1.979 a 1.984 donde aparecen los números de sujetos atendidos, total actividades, cobertura %, cumplimiento %, número de instrumentos, rendimiento y concentración. (Cuadro # 4)

 - * Relación de comisiones Odontológicas realizadas desde 1.979 a 1.984. (Anexo # 2)

 - * Relación de pago de viaticos y sueldos para los odontólogos que realizaron dichas comisiones (Anexo # 3)

CUADRO # 4

EVALUACION DE ACTIVIDADES FINALES 1979 - 1984

TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

AÑO	Nº SUJETOS ATENDIDOS	TOTAL AC TIVIDADES	COBERTURA %	CUMPLIMIEN TO %	Nº INSTRUMENTOS.	RENDIMIENTO	CONCEN TRACION
1979	739	1598	17.9	3.4	334	2.2	2.2
1980	1972	3230	20.6	11.1	1374	2.4	1.6
1981	2898	4986	54.6	19.2	1496	3.3	1.7
1982	3734	6931	57.5	54.2	1093	6.3	1.9
1983	2839	4513	37.0	41.8	950	4.8	1.6
1984	3251	5658	46.6	70.6	1149	4.9	1.7

INFORMACION : SIS 161 Y PROGRAMACION

ACCION PREVENTIVA ODONTOLOGICA-

Para 1.979 se vió en la necesidad de crear el cargo de AUXILIAR DE HIGIENE ORAL, por el alto índice de pacientes con problemas orales a causa de una mala higiene oral.

En base a lo anterior, en 1.979 se posesionó como Higienista oral la Señorita - MARTHA VARON, quien se retiró en abril del mismo año, observando esto se mando a capacitar a la Señora NIMIA VIRIDIANA FERREIRA a la facultad de odontología - de la Universidad de Cartagena para ser capacitada como Auxiliar de Higiene Oral quien actualmente desempeña éste cargo.

Para 1.981 se reiniciaron las actividades de Higiene oral por parte de la Señora Nimia Ferreria, la cual cubrió toda la población escolar de Mitú y las zonas rurales de Caruru y Yuruparí.

Para 1.982 se vió la necesidad de cubrir toda la zona urbana y sub-urbana de Mitú y las grandes comunidades del Vaupés, se recalcó la promoción de Salud Oral - por parte de los promotores de Salud, los cuales se les capacitó para ésto y se les enseñó hacer autopprofilaxis y autoaplicaciones de fluor.

Para 1.983 se programó cubrir toda la población de Mitú y las población de UPAS y las Unidades de Cobertura.

Durante el transcurso de éste año se visitó las Instituciones Escolares de Mitú dando cumplimiento a lo anterior; ya que uno de los objetivos era cubrir el 100% a la población escolar de 5 - 14 años.

El programa se desarrolló de la siguiente forma:

- Reunión con el Director y profesores de cada institución para transmitirles la información general sobre la importancia del programa, objetivos, tiempo de duración; todo esto es efectuado con el Coordinador de Odontología presente en éste año.

- Inmediatamente después de la explicación se procedió a dictar charlas a cada uno de los cursos por la Auxiliar de Higiene Oral.
- En el segundo día se le hizo la autoprofilaxis y la primera autoaplicación de fluor.
- En el tercer día se les práctico la segunda autoaplicación de fluor.
- En el cuarto día se les hizo la tercera auto aplicación de fluor.
- En el quinto día, cuarta aplicación de fluor.

En éste año solo se cubrió en su totalidad la población de Mitú; la parte rural, algunas fueron cubiertas por el odontologo en la zona visitada por él.

La auxiliar de Higiene oral no tuvo ningún desplazamiento a la zona rural, por lo tanto el porcentaje de cobertura fue bajo según la estadística, también se debe tener en cuenta que en éste año, el Departamento de odontología carecía de elementos como: Cepillos dentales - Crema dental, ya que son elementos de primera necesidad para realizar o dar cumplimiento a éste programa.

En éste programa hay que tener en cuenta que los habitantes de esta región no tienen suficiente recurso económico y su mayoría son indígenas, por esto se les imposibilita a los que se encuentran en zonas alejadas de las grandes concentraciones para la concecución de cepillos y crema dental.

Para 1.984 los objetivos son:

1. Cubrir el 100% de la población de Mitú, mediante charlas educativas y auto profilaxis, autoaplicaciones de fluor al 2% a la población infantil de 5 a 14 años.
2. Enseñar a la totalidad, a los habitantes del Vaupés acerca de prevención de enfermedades orales, su papel importantísimo mediante la creación del habito del cepillado.

DESARROLLO DEL PROGRAMA.-

En éste año, teniendo en cuenta las normas y políticas del Ministerio de Salud fué desarrollado de la siguiente manera:

Se visitó a las entidades escolares existentes en la zona urbana, con un total de 900 alumnos, los cuales recibieron en su totalidad las CUATRO (4) autoaplicaciones y se consideran prevenidos; con ésto se da cumplimiento a una parte del primer objetivo que se planteó.

En ésta año, la zona rural no fué cubierta por la Auxiliar de Higiene Oral, algunas de las zonas visitadas por el odontólogo fueron cubiertas por él. Esta zona fué cubierta una mínima parte.

A pesar del bajo índice de cobertura que se ha visto en éste año los grupos participantes en éste programa han aceptado más facil los tratamientos y la fluorización, demostrando así que hay mayor conciencia en ésta campo, en donde fué difícil en los años anteriores.

Tambien hay que tener en cuenta que todos los objetivos no se dan cumplimiento por las siguientes razones:

1. El Vaupés es demasiado extenso para ser cubierta por una sola Auxiliar de Higiene oral.
2. A los habitantes de las zonas alejadas de las grandes concentraciones se les imposibilita para adquirir cepillos dentales, crema dental, para mantener la higiene oral como debe ser.
3. La falta de los medios audiovisuales para facilitar las charlas educativas.
4. La falta de colaboración de promotores rurales de salud, los cuales han sido creados para promover la salud.

En 1.985, el Servicio Seccional de Salud del Vaupés, teniendo en cuenta las normas y políticas del Ministerio de Salud pretende llevar a cabo un programa de " ACCION PREVENTIVA ODONTOLOGICA " que se desarrollará en las concentraciones escolares con grupos de edad comprendidos entre los 5 a 14 años, por lo tanto hay una relación directa con el sector educativo y sus respectivas Instituciones y se requiere de una buena colaboración de los Directores, Profesores y alumnos.

La técnica y metodología autorizada por el Ministerio de Salud para la ejecución del programa " ACCION PREVENTIVA ODONTOLOGICA " es la denominada AUTO-APLICACIONES CON FLUORURO DE SODIO AL 2%, una vez cada día durante cuatro días seguidos una vez al año y debe desarrollarse de la siguiente manera:

PRIMER DIA:

Charlas educativas y enseñanza del cepillado.

- a. Reunión con el Director y profesores, para transmitirles la información general sobre la importancia del grupo, objetivos y tiempo de duración.
- b. Inmediatamente después se procederá a dictar charlas a cada uno de los cursos.

SEGUNDO DIA:

Autóprofilaxis y autoaplicación.

TERCER DIA:

Segunda autoaplicación.

CUARTO DIA:

Tercera autoaplicación.

QUINTO DIA:

Cuarta autoaplicación.

Se considera prevenido unicamente el niño que ha recibido las cuatro autoaplicaciones y para un adecuado control se requiere de Higienista Oral tenga un listado de los alumnos por cursos especificando la edad para diligenciar los formularios de registro.

Es recomendable que la actividad se inicie los días lunes y se termine los viernes.

El programa se desarrollará bajo la dirección de la Jefatura del Servicio en coordinación con el sector educativo y sus respectivas instituciones. La supervisión del programa estará a cargo del Coordinador de Odontología y la ejecución en su totalidad por la Auxiliar de Higiene Oral, quien es la única persona autorizada oficialmente.

Para la zona urbana se piensa visitar las zonas más cercanas donde exista escuelas y no sea cubierta por el odontólogo, ya que éste hace también esta actividad.

RECOMENDACIONES

- Que la adquisición de cepillos los haga el Servicio Seccional de Salud para una buena marcha del programa, ya que en la actualidad no se han visto dichos implementos.
- Los desplazamientos a las zonas urbanas se hagan en la mayor brevedad posible.
- Que se doten de cepillos los Puestos de Salud para las diferentes escuelas existentes.

Se anexan al presente trabajo la evaluación de las actividades finales en - Atención a las Personas del Servicio Seccional de Salud del Vaupés desde 1.979 a 1.984, en acción preventiva Odontológica. (Cuadro # 5).

CUADRO # 5

ACCION PREVENTIVA ODONTOLOGICA

AÑOS	Nº SUJETOS ATENDIDOS	TOTAL ACTIVIDADES	COBERTURA %	CUMPLIMIEN- TO. %	Nº INSTRUMENTOS.	RENDIMIENTO	CONCENTRAC.
1979 (X)	-	-	-	-	-	-	-
1980	1.231	4.924	61.6	53.7	1.000	1.2	4.0
1981	250	861	7.5	53.7	1.335	0.2	3.4
1982	1.295	4.925	64.8	117.2	1.837	0.7	3.8
1983	1.613	6.672	80.7	135.2	1.328	1.2	4.1
1984	1.383	4.036	46.1	48.2	1.992	0.7	2.9

INFORMACION : SIS 163 Y PROGRAMACIONES

(X) NO HAY REGISTROS POR FALTA DE HIGIENE ORAL

En las páginas siguientes, se presenta la relación de Comisiones Odontológicas realizadas a las diferentes Comunidades y los principales tratamientos efectuados. También se presentan los costos históricos de cada Comisión en cuanto a viáticos y salarios pagados a los Profesionales.

COMISIONES ODONTOLOGICAS DE 1979 A 1984

POBLACION.	FECHA.	ODONTOLOGO.	TRATAMIENTO REALIZADO.
PAPUNAGUA.	Junio/80	JAIME QUINTERO.	
CAMANAOS.	Julio 24-Agt.1/81	DANIEL FLOREZ. IVONNE RODRIGUEZ.	Exodoncias.
PAPUNAGUA.	Marz. 25-Abril 2/81	JAIME QUINTERO.	Exodoncias - Operatoria.
PAPUNAGUA.	Nov. 13-22/81	MARIA ISABEL ROMERO.	Exodoncia - Operatoria - Periodoncia.
CAMANAOS.	Agt. 12-20/82	ERNESTO LONDOÑO.	Operatoria - Exodoncia.
PAPUNAGUA.	Nov. 26-Dic. 4/82	GLADYS SUAREZ.	Exodoncia.
PAPUNAGUA.	Enero 20-30/84	FERNANDO GONZALEZ.	Operatoria - Endodoncia - Periodoncia Cirugía .
TAPURUCUARA.	Jun. 2-14/81	GABRIEL ARCILA.	Exodoncia - Operatoria - Medicina Oral.
TAPURUCUAR .	Dic. 8-18/81	PATRICIA CASTELLANOS.	
TAPURUCUARA.	Marz. 22-Abl.5/82	MARIA ISABEL ROMERO.	Operatoria - Endodoncia - Periodoncia - cirugía y Medicina Oral.
TAPURUCUARA.	Jun. 8-22/82	IVONNE RODRIGUEZ.	
TAPURUCUARA.	May. 14-Jun. 2/84	RICARDO VARON.	Endodoncia - Periodoncia - Operatoria - Cirugía - Medicina Oral - Autoprofilaxis - Autoaplicación de Fluor de Sodio al 2%.
TAPURUCUARA.	Agt. 5-Sep.21/84	EDUARDO MONTES.	Operatoria - Endodoncia - Periodoncia - Cirugía - Medicina Oral - Auto profilaxis - Autoaplicación de fluor de Sodio al 2% - Ortodoncia preventiva.

POBLACION.	FECHA.	ODONTOLOGO.	TRATAMIENTOS REALIZADOS.
MANDI - YURUPARI.	Oct. 7-18/81	IVONNE RODRIGUEZ.	Exodoncia.
BOCAS DEL YI.	Agt. 21-26/81	GABRIEL ZUJAGA.	Exodoncia y Medicina oral.
MANDI - YURUPARI.	Sep. 22-Oct.7/82	DANIEL FLOREZ.	Exodoncias - Operatoria - Endodoncia. Medicina oral - Fluorización.
VIRABAZU.	Feb. 25-28/81	PATRICIA CASTELLANOS.	Fluorización a escolares.
MANDI.	Feb. 17-26/83	ENRIQUE OLAYA.	Exodoncia - Periodoncia - Medicina Oral.
CARURU.	Jun. 21-30/81.	DANIEL FLOREZ.	Operatoria - Exodoncia - Endodoncia - Medicina Oral.
CARURU.	Abrl. 6-20/82	IVONNE RODRIGUEZ.	Exodoncia - Operatoria - Endodoncia - Periodoncia.
CARURU.	Marz. 2-16/82	MARTHA B. ALDANA.	Operatoria - Exodoncia - Medicina Oral.
CARURU - YURUPARI.	Mayo 28-Jun.12/82	DANIEL FLOREZ.	Exodoncia - Operatoria - Endodoncia - Periodoncia - Prótesis - Medicina Oral.
CARURU.	Feb. 3-12/83	GLADYS SUAREZ.	Exodoncia - Operatoria - Endodoncia - Periodoncia.
CARURU.	Agt. 22-Oct.30/83	LEONARDO CALVACHE.	
CARURU.- YURUPARI.	May.10-Jun.30/84	LUZ AMPARO BELTRAN.	Operatoria - Endodoncia - Periodoncia Cirugía - Prótesis.
ARARA CUDUYARI.	Abrl. 29 -may. 7/81	IVONNE RODRIGUEZ.	Exodoncia.
ARAR CUDUYARI.	Agt. 28-31/81	IVONNE RODRIGUEZ.	Exodoncia - Periodoncia - Endodoncia - Obturación.
ARARA CUDUYARI.	May. 7-20/82	IVONNE RODRIGUEZ.	Operatoria - Endodoncia - Periodoncia - Exodoncia - Medicina Oral.
ARARA CUDUYARI.	Nov. 13-31/84	CARMEN C. GUACHETA. EDUARDO MONTES.	

POBLACION.	FECHA.	DONTOLOGO.	TRATAMIENTOS REALIZADOS.
VILLAFATIMA	Jun.30-Jul.9/81	IVONNE RODRIGUEZ. GABRIEL ZULUAGA.	Operatoria - Endodoncia - Periodoncia.
VILLAFATIMA.	Nov. 26-Dic. 4/81	MARTHA B?. ALDANA.	
VILLAFATIMA.	May.11-18/82	MARTHA B. ALDANA.	Operatoria - Periodoncia - Exodoncia.
VILLAFATIMA - CAÑO AVIYU	Nov. 12-21/82	NELLY CUELLAR.	Operatoria - Exodoncia.
VILLAFATIMA - CAÑO AVIYU	Fb. 5-17/83	MYRIAM PEREZ.	Indice COP. EI. Operatoria - Exodoncia.
VILLAFATIMA - CAÑO AVIYU	Jun. 18-26/83	GLORIA MELO.	Exodoncia - Operatoria - Periodoncia - Endodoncia.
CUCURA	Oct. 2/81	IVONNE RODRIGUEZ.	
ACARICUARA - YAPU.	gT. 4 19/81	MYRIAM VENGOCHEA.	
ACARICUARA.	Ab1.14-24/81	DANIEL FLOREZ.	Exodoncia - Operatoria - Endodoncia - Medicina Oral.
ACARICUARA.	Feb. 24-may. 10/82	IVONNE RODRIGUEZ.	Endodoncia - Operatoria - Periodoncia - Autoaplicación de fluor.
ACARICUARA.	May. 11-24/82	MARIA ISABEL ROMERO.	Operatoria - Endodoncia - Periodoncia - Exodoncia - Medicina Oral.
ACARICUARA - YAPU.	Agt. 2-Sep. 21/83	AMPARO BELTRAN.	Operatoria - Periodoncia - Exodoncia - Endodoncia.
ACARICUARA - YAPU - MONFORTH.	Agt. 29-Oct.19/84	ULISES GIRALDO.	Operatoria - Endodoncia - Periodoncia - Acción Preventiva.
YAPU.	Nov. 26-Dic.3/81	DANIEL FLOREZ.	Exodoncia - Operatoria - Periodoncia - Autoprofilaxis.
YAPU.	Ab1. 21 - 26/82	MARIA ISABEL ROMERO.	Autoprofilaxis - Aplicación de fluor - Operatoria - Endodoncia - Periodoncia
MONFORTH - PIRACUARA.	Ab1. 8-23/81	PATRICIA CASTELLANOS.	Exodoncia.

POBLACION.	FECHA.	ODONTOLOGO.	TRATAMIENTOS REALIZADOS.
MONFORTH.	Ab1 13-20/82	DANIEL FLOREZ.	Autoaplicación de fluor - Cirugía - Opwratoria - Periodoncia - Endodoncia.
MONFORTH PIRACUARA.	Jul 18-Agt. 17/84	CARMEN C. GUACHETA.	Operatoria - Endodoncia - Periodoncia Cirugía.
TERESITA.	May. 10-29/81	PATRICIA CASTELLANOS.	Exodoncias.
MONFORTH - TERESITA - PIRACUARA.	Sep. 10-Oct.2/81	DANIEL FLOREZ. PATRICIA CASTELLANOS.	Operatoria - Periodoncia -Endodoncia Cirugía.
TERESITA - PIRACUARA.	May. 25-Jun.5/82	MARTHA B. ALDANA.	Operatoria - Periodoncia - Cirugía. Endodoncia.
IBACABA - YAVARATE.	Agt. 7-14/82	MARTHA ALDANA.	Autoprofilaxis - Cirugía.
IBACAB - YAVARATE.	Sep. 27-Oct.4/82	NELLY CUELLAR.	Autoprofilaxis - Operatoria - Endodon cia - Exodoncia.
IBACABA.	Marz. 5-15/83	GLADYS SUAREZ.	Operatoria - Endodoncia - Exodoncia.
SONAÑA.	Marz. 30-Ab1.4/81	MYRIAM VENGOECHEA.	Exodoncia.
SONAÑA.	Jul. 2-11/82	MARTHA ALDANA.	Operatoria - Exodoncia -
SONAÑA.	Enero 24-Feb.4/84	LEONARDO CALVACHE.	Periodoncia - Cirugía - Endodoncia - Operatoria - Medicina Oral - Acción Preventiva.
PACOA.	Ab1. 12-26/83	GLADYS SUAREZ.	Exodoncia - Operatoria - Periodoncia - ndodncia.
PACOA.	Agt. 24.Sep.21/84	AMPARO BELTRAN.	Autoprofilaxis - Aplicación de fluor Operatoria - Periodoncia - Endodoncia Cirugía - Medicina Oral.
TRINIDAD DEL TIQUIE.	May. 21-Jun. 1/81	MARTHA ALDANA.	Exodoncias.
TRINIDAD DEL TIQUIE.	Agt. 20-Sep.4/81	MARTHA ALDANA.	Exodoncia - Operatoria - Medicina oral
TREINIDAD DEL TIQUIE.	Agosto de 1,982	MARIA ISABEL ROMERO.	Exodoncia - Operatoria - Periodoncia.
TRINIDAD DEL TIQUIE.	Marz. 3-12/83	NELLY CUELLAR.	Fluorización - Profilaxis -Operatoria Exodoncia - Periodoncia.

SUELDOS Y VIATICOS PARA LOS ODONTOLOGOS DE LAS COMISIONES 1979 - 1984

LOCALIDADES.	A N O S ,					
	1.979	1.980	1.981	1.982	1.983	1.984
PAPUNAGUA.	_____	\$ 23.000,00	35,454	45,220.00	_____	32,260
CAMANAOS.	8.800.00	_____	22.128.00	_____	_____	_____
TAPURUCUARA.	_____	_____	41.052,00	71.820.00	_____	256.740.00
MANDI.	_____	_____	10.263,00	22.610.00	29.040.00	_____
YURUPARI.	_____	_____	10.263.00	42.560.00	_____	99.185.00
BOCAS DEL YI.	_____	_____	9,300,00	_____	_____	_____
VIRABAZU.	_____	_____	5.598.00	_____	_____	_____
CARURU.	_____	_____	16.794,00	19.950.00	148.442.00	99.185.00
ARARA CUDUYARI.	_____	_____	22.392.00	34.500.00	_____	140.040.00
VILLAFATIMA.	_____	_____	39,320.00	27,930.00	12,988.00	_____
CAÑO AVIYU.	_____	_____	_____	27.930.00	12.988.00	_____
CUCURA.	_____	_____	19.660.00	_____	_____	_____
ACARICUARA.	_____	_____	32.655.00	87,780,00	80.675.00	66.130.00

LOCALIDADES.	A N O S .					
	1.979	1.980	1.981	1.982	1.983	1.984
YAPU.	_____	_____	27.057.00	13.300.00	80.675.00	66.130.00
MONFORTH.	_____	_____	41.363.00	18.620.00	_____	124.480.00
PIRACUARA.	_____	_____	41.363.00	13.300.00	_____	58.350.00
TERESITA.	_____	_____	62.736.00	13.300.00	_____	_____
IBACANA.	_____	_____	_____	18.740.00	32.270.00	_____
YAVARATE.	_____	_____	_____	18.740.00	_____	_____
SONAÑA.	_____	_____	9.330.00	23.940.00	_____	38.900.00
PACOA.	_____	_____	_____	_____	45.178.00	105.030.00
TRINIDAD DEL T.	_____	_____	46.640.00	34.500.00	29.043.00	_____
T O T A L .	\$ 8.800.00	\$ 23.000.00	\$ 493.368.00	\$ 534.740.00	\$ 471.299.00	\$ 1'086.430.00
A = SUELDO	A. \$ 18.000	\$ 23.000	\$ 28.980.	\$ 34.800.	\$ 42.800.	\$ 50.700.
B = VIATICO X DIA	B. \$ 500.	\$ 800.	\$ 900.	\$ 1.500.	\$ 1.800.	\$ 2.200.

CONSULTAS MEDICAS , CONTROLES DE ENFERMERIA Y ATENCION POR PROMOTORAS

Para terminar la Evaluación de actividades en Atención a las Personas se anexan los siguientes Cuadros :

CUADRO # 6 : consultas Médicas, Controles de Enfermería y Atención por Promotoras de 1979 - 1984.

Los datos contienen :

1. Número sujetos atendidos
2. Total de actividades
3. Cobertura :
$$\frac{\text{Número Sujetos Atendidos}}{\text{Número Sujetos Programados para atender}}$$
4. Cumplimiento:
$$\frac{\text{Total actividades}}{\text{Total Actividades Programadas}}$$
5. Número Instrumentos
6. Rendimiento :
$$\frac{\text{Total Actividades}}{\text{Número Instrumentos}}$$
7. Concentración:
$$\frac{\text{Total Actividades}}{\text{Número sujetos atendidos}}$$

Para atención por Promotora el número de sujetos atendidos se debe leer con el número de familias atendidas

MORBILIDAD

Los Cuadros del 7 - 12 muestran las diez primeras causas de Morbilidad por Consulta Externa y Hospitalización de los años 1979 - 1984 .

En el Cuadro # 13 están los datos del Hospital Local de San Antonio de Mitú, 1979 - 1984, egresos, estancias y camas disponibles y utilizadas

CUADRO # 6

EVALUACION DE ACTIVIDADES FINALES EN ATENCION A LAS PERSONAS 79 - 84

AÑOS	NUMERO SU- JETOS ATEN- DIOS	TOTAL ACTI- VIDADES	COBERTURA %	CUMPLIMIEN- TO %	Nº INSTRU- MENTOS	RENDIMIENTO	CONCENTRA- CION
CONSULTA MEDICA							
1979	5.335	10.887	71.2	64.1	9.187	1.2	2.0
1980	4.784	9.888	50.1	50.8	10.000	1.0	2.1
1981	4.692	7.904	49.2	40.6	10.832	0.7	1.7
1982	7.200	12.886	96.2	85.2	12.500	1.0	1.8
1983	5.845	12.118	69.3	73.9	9.872	1.2	2.1
1984	8.385	14.922	72.7	62.7	10.790	1.4	1.8

FUENTES SIS 11 Y PROGRAMACIONES

CONTROLES DE ENFERMERIA

1979	4.440	10.532	58.6	53.1	18.036	0.6	2.4
1980	4.332	13.489	45.4	88.6	19.708	0.7	3.1
1981	1.431	9.373	65.0	61.6	53.760	0.2	6.6
1982	2.115	12.042	26.6	28.7	54.364	0.2	5.7
1983	2.956	10.908	48.4	24.9	11.306	1.0	3.7
1984	4.158	19.543	34.8	55.7	13.689	1.4	4.7

FUENTES SIS 131H1 Y PROGRAMACIONES

ATENCION POR PROMOTORA (VISITAS FAMILIARES)

1979 (x)	-	-	-	-	- 10 PER	-	-
1980	473	643	19.7	13.4	20.000	0.03	1.4
1981	394	440	16.4	9.2	8.000	0.1	1.1
1982	1.915	5.057	52.5	48.4	34.000	0.1	2.6
1983	2.758	9.148	112.5	124.4	64.000	0.1	3.3
1984	2.610	25.875	67.4	215.6	78.000	0.3	9.9

FUENTE : SIS 186 Y PROGRAMACIONES

(X) NO HAQ REGISTROS

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION, SEGUN AGRUPACION DE 150 CAUSAS DE LA CIE, 8ª REVISION.

7

1.979

78

<u>Nº DE ORDEN</u>	<u>C A U S A</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>	<u>%</u>
<u>CONSULTA EXTERNA</u>			
1	Paludismo	5.510	22.5
2	Todas las demás enfermedades clasificadas como infecciosas y parasitarias	1.860	7.6
3	Otras helmintiasis	1.850	7.5
4	Enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén	1.110	4.5
5	Influenza	1.060	4.3
6	Otras enfermedades del aparato genitourinario	1.010	4.1
7	Disentería bacilar y amibiasis	800	3.3
8	Bronquitis, enfisema y asma	750	3.1
9	Anemias	700	2.9
10	Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	680	2.8
	Síntomas y estados morbosos mal definidos	900	3.7
	OTRAS	8.240	33.7
	T O T A L	24.470	100.0
<u>HOSPITALIZACION</u>			
1	Paludismo	66	16.1
2	Otras neumonías	32	7.8
3	Parto sin mención de complicaciones	29	7.1
4	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	24	5.9
5	Tuberculosis del aparato respiratorio	24	5.9
6	Accidentes de carácter principalmente industrial .	15	3.6
7	Sarampión	14	3.4
8	Obstrucción intestinal y hernia	14	3.4
9	Otras enfermedades del aparato genitourinario	13	3.2
10	Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	12	2.9
	Síntomas y estados morbosos mal definidos	12	2.9
	OTRAS	155	37.8
	T O T A L	410	100.0

FUENTE : Listados con retro-alimentación de la División de Información Minsalud.
Mitú, julio 5 de 1.985

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION, SEGUN AGRUPACION DE 150 CAUSAS DE LA CIE, 8ª REVISION.

1. 9 7 9

<u>Nº DE ORDEN</u>	<u>C A U S A</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>	<u>%</u>
<u>CONSULTA EXTERNA</u>			
1	Paludismo	5.510	22.5
2	Todas las demás enfermedades clasificadas como infecciosas y parasitarias	1.860	7.6
3	Otras helmintiasis	1.850	7.5
4	Enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén	1.110	4.5
5	Influenza	1.060	4.3
6	Otras enfermedades del aparato genitourinario	1.010	4.1
7	Disentería bacilar y amibiasis	800	3.3
8	Bronquitis, enfisema y asma	750	3.1
9	Anemias	700	2.9
10	Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	680	2.8
	Síntomas y estados morbosos mal definidos	900	3.7
	OTRAS	8.240	33.7
	T O T A L	24.470	100.0
<u>H O S P I T A L I Z A C I O N</u>			
1	Paludismo	66	16.1
2	Otras neumonías	32	7.8
3	Parto sin mención de complicaciones	29	7.1
4	Enteritis y otras enfermedades diarréicas	24	5.9
5	Tuberculosis del aparato respiratorio	24	5.9
6	Accidentes de carácter principalmente industrial .	15	3.6
7	Sarampión	14	3.4
8	Obstrucción intestinal y hernia	14	3.4
9	Otras enfermedades del aparato genitourinario	13	3.2
10	Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	12	2.9
	Síntomas y estados morbosos mal definidos	12	2.9
	OTRAS	155	37.8
	T O T A L	410	100.0

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION, SEGUN AGRUPACION DE 183 CAUSAS DE LA CIE, 9ª REVISION.

1. 9 8 0

<u>Nº DE ORDEN</u>	<u>C A U S A</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>	<u>%</u>
<u>CONSULTA EXTERNA</u>			
1	Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén	2.120	20.6
2	Otras helmintiasis	1.090	10.6
3	Paludismo	700	6.8
4	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	510	4.9
5	Infecciones respiratorias agudas	460	4.5
6	Tuberculosis del aparato respiratorio	440	4.3
7	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	410	4.0
8	Shigelosis y amibiasis	350	3.4
9	Influenza	240	2.3
10	Enfermedades del oído y de la apófisis mastóides	220	2.1
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos ...	470	4.5
	OTRAS	3.300	32.0
	T O T A L	10.310	100.0
<u>HOSPITALIZACION</u>			
1	Paludismo	42	9.0
2	Parto normal	35	7.5
3	Neumonías	33	7.0
4	Otras enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	31	6.6
5	Enteritis y otras enfermedades diarréicas	25	5.3
6	Tuberculosis del aparato respiratorio	23	4.9
7	Desnutriciones proteíno-calóricas y las no especificadas	17	3.6
8	Anemias	15	3.2
9	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	14	3.0
10	Hernia de la cavidad abdominal	13	2.8
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos ...	24	5.1
	OTRAS	197	42.0
	T O T A L	469	100.0

1. 9 8 1

80

<u>Nº DE ORDEN</u>	<u>C A U S A</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>	<u>%</u>
<u>CONSULTA EXTERNA</u>			
1	Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén	6.270	40.3
2	Otras helmintiasis	1.820	11.7
3	Otras virosis	700	4.5
4	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	510	3.3
5	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	470	3.0
6	Infecciones respiratorias agudas	430	2.8
7	Tuberculosis del aparato respiratorio	390	2.5
8	Shigelosis y amebiasis	360	2.3
9	Paludismo	330	2.1
10	Micosis superficiales	270	1.7
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos ...	310	2.0
	OTRAS	3.700	23.8
	T O T A L	15.560	100.0

HOSPITALIZACION

1	Parto normal	49	8.6
2	Neumonías	49	8.6
3	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	47	8.2
4	Paludismo	43	7.5
5	Hernia de la cavidad abdominal	19	3.3
6	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	18	3.1
7	Otras virosis	15	2.6
8	Bronquitis, enfisema y asma	14	2.4
9	Embarazo terminado en aborto	13	2.3
10	Tuberculosis del aparato respiratorio	12	2.1
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos ...	16	2.8
	OTRAS	278	48.5
	T O T A L	573	100.0

FUENTE : Listados con retro-alimentación de la División de Información, Minsalud.

Mitú, julio 5 de 1.985

1. 9 8 2

81

<u>Nº DE ORDEN</u>	<u>C A U S A</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>	<u>%</u>
<u>CONSULTA EXTERNA</u>			
1	Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén	6.780	38.4
2	Otras helmintiasis	1.300	7.4
3	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	810	4.6
4	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	730	4.1
5	Enteritis y otras enfermedades diarréicas	600	3.4
6	Infecciones respiratorias agudas	540	3.1
7	Otras virosis	470	2.7
8	Influenza	430	2.4
9	Otras enfermedades del aparato urinario	260	1.5
10	Micosis superficiales	250	1.4
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos ...	420	2.3
	OTRAS	5.070	28.7
	T O T A L	17.660	100.0
<u>HOSPITALIZACION</u>			
1	Parto normal	67	9.1
2	Enteritis y otras enfermedades diarréicas	57	7.7
3	Paludismo	37	5.0
4	Neumonías	36	4.9
5	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	34	4.6
6	Tuberculosis del aparato respiratorio	30	4.0
7	Complicaciones relacionadas principalmente con el emba- razo	29	3.9
8	Efectos tóxicos de sustancias de procedencia no princi- palmente medicinal	23	3.1
9	Otras enfermedades del aparato digestivo	20	2.7
10	Bronquitis, enfisema y asma	19	2.6
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos ...	11	1.5
	OTRAS	376	50.9
	T O T A L	739	100.0

FUENTE : Listados con retro-alimentación de la División de Información, Minsalud.

Mitú, julio 6 de 1.985

1. 9 8 3

32

<u>Nº DE ORDEN</u>	<u>C A U S A</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>	<u>%</u>
<u>CONSULTA EXTERNA</u>			
1	Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén	4.550	29.9
2	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1.990	13.1
3	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	830	5.5
4	Influenza	650	4.3
5	Enteritis y otras enfermedades diarréicas	570	3.7
6	Paludismo	540	3.6
7	Infecciones respiratorias agudas	430	2.6
8	Otras enfermedades del aparato urinario	360	2.4
9	Laceraciones, heridas y traumatismos de los vasos san- guíneos	290	1.9
10	Otras virosis	270	1.8
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos ...	180	1.2
	OTRAS	4.570	30.0
	T O T A L	15.230	100.0
<u>HOSPITALIZACION</u>			
1	Parto normal	75	9.9
2	Neumonías	63	8.3
3	Paludismo	51	6.7
4	Enteritis y otras enfermedades diarréicas	45	6.0
5	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	30	4.0
6	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	29	3.8
7	Tuberculosis del aparato respiratorio	25	3.3
8	Embarazo terminado en aborto	25	3.3
9	Otras enfermedades de los órganos genitales	19	2.5
10	Hernia de la cavidad abdominal	18	2.4
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos ...	20	2.6
	OTRAS	358	47.2
	T O T A L	758	100.0

FUENTE : Listados con retro-alimentación de la División de Información, Minsalud.

Mitá, julio 6 de 1.985

1. 9 8 4

83

<u>Nº DE ORDEN</u>	<u>C A U S A</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>	<u>%</u>
<u>CONSULTA EXTERNA</u>			
1	Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén	4.550	23.7
2	Enfermedades infecciosas intestinales	850	4.4
3	Influenza	650	3.4
4	Paludismo	540	2.8
5	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido con- juntivo	390	2.0
6	Enfermedades del aparato urinario	390	2.0
7	Trastornos mentales	190	1.0
8	Ulceras gástrica y duodenal	190	1.0
9	Tuberculosis	181	1.0
10	Enfermedades del aparato circulatorio	169	0.9
	OTRAS	11.106	57.8
	T O T A L	19.206	100.0

FUENTE : SIS-103

HOSPITALIZACION

1	Parto normal.....	75	10.2
2	Neumonías.....	75	10.2
3	Enfermedades infecciosas intestinales	58	7.9
4	Paludismo	51	6.9
5	Tuberculosis	30	4.1
6	Afecciones obstétricas directas	27	3.7
7	Aborto	25	3.4
8	Envenenamientos y efectos tóxicos	20	2.7
9	Hernia de la cavidad abdominal	18	2.5
10	Enfermedades del aparato urinario	18	2.5
	OTRAS	337	45.9
	T O T A L	734	100.0

FUENTE : SIS-110

Mitá, julio 6 de 1.985

HOSPITALIZACION (HOSPITAL LOCAL SAN ANTONIO LOCAL DE MITU) 1979 - 1984

AÑOS	NUMERO DE EGRESOS					ESTANCIA		DIAS * CAMAS		
	Medicina	Cirugia	Obstetricia	Pediatria	Total	Total dias	Promedio	Disponibile	Utilizada	Porcentaje ocupacional
1979	225	22	48	115	410	3.996	9.75	7.300	4.691	64.26
1980	235	23	62	149	469	4.549	9.70	7.200	4.279	59.43
1981	222	48	100	203	573	4.899	8.55	9.855	5.458	55.38
1982	376	37	136	190	739	5.522	7.47	9.855	5.643	59.99
1983	373	35	150	200	758	5.374	7.09	9.855	5.643	57.26
1984	333	71	117	153	734	6.175	8.41	9.882	6.316	63.91

FUENTE: SIS 116

En las páginas siguientes se presenta el listado de las Comisiones Multidisciplinarias que se han realizado a diferentes zonas, durante el período 1979 - 1984.

Al final aparece un gráfico que muestra por cada año el número - de comisiones, el número de días empleados y los pacientes atendidos.

" ATENCION PERSONAS " COMISIONES MULTIDISCIPLINARIAS "

ZONA	AÑO	FRECUENCIA.	DURACION	POBLACION ATENDIDA.	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.	PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA MEDICA.
1 PAPUNAGUA.	1.979	1	13 días	148 personas	.Médico - Sociologo - Promt. Saneamiento - Vacunador.	Poliparasitismo intetinal - Enferme- dad diarreíca aguda. Infecciones - respiratorias altas.
	1.980	1		107 personas.	.Médico - Odontólogo- Sociologo - Promt. de Salud.	Parasitismo intestinal - Paludismo Enfermedad acidopéptica.
	1.981	3	28 días	258 personas.	.Médico - Bacteriologo Odontólogo - Enfermera .Médico - Odontologo - Enfermera - Estadisti co.	Parasitismo intestinal - Síndrome ané- mico - Virosis.
	1.982	2	18 días	296 personas.	.Médico - Bacteriologo Odontologo - Enfermera .Médico - Odontólogo - Saneamiento - Enferme- ra.	Parasitismo intestinal - Piodermitis Síndrome anémico.
	1.983					
	1.984	1		11 días.	167 personas.	.Médico - Bacteriologo Odontólogo - Enfermera.	Parasitismo intestinal - Paludismo - Síndrome anémico.
TAPURUCUARA	1.979	1	12 días	?	.Médico - Sociologo - Auxiliar de Enfermeria	Parasitismo Intestinal - Paludismo - Tuberculosis.
	1.980					
	1.981	2	24 días	168 personas.	.Médico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera. .Médico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera.	Parasitismo intestinal - Enfermedad diarreíca aguda - Enfermedad acido- péptica.

ZONA	AÑO.	FRECUENCIA.	DURACION.	POBLACION ATENDIDA.	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.	PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA MEDICA.
	1.982	2	30 días	376 personas	<ul style="list-style-type: none"> . Médico - Bacteriologo - Odontologo - Prtr. Saneamiento - Enfermera - . Médico - Bacteriologo - Odontologo - Ptr. Saneamiento - Enfermera. 	Parasitismo intestinal - Enfermedad diarréica aguda - Estados gripales.
	1.983 1.984	2	47 días	537 personas	<ul style="list-style-type: none"> . Médico - Bacteriologo - Odontologo. . Odontolgo. 	Parasitismo intestinal - Síndrome anémico - Estado gripal.
2 MANDI YURUPARI CARURU.	1.979	2	22 días	893 personas.	<ul style="list-style-type: none"> . Medico - Bacteriologo - Auxiliar de Enf. Estadística. . Médico - Minsalud - Mantenimiento. . Médico - Bacteriologo. 	Paludismo - Parasitismo intestinal. Anemia.
	1.980	1	30 días	425 personas	<ul style="list-style-type: none"> . Médico - Bacteriologo. 	Paludismo - Síndrome anémico - Parasitismo intestinal.
	1.981	5	35 días	353 personas	<ul style="list-style-type: none"> . Médico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera . Médico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera Estadista. . Médico - Od^ontologo - Aux. de Enfermería. . Médico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera - . Médico - Enfermera - Ptr. rural de Salud 	Virosis - Síndrome anémico - Parasitismo intestinal.

ZONA	AÑO	FRECUENCIA	DURACION	POBLACION ATENDIDA.	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.	PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA MEDICA.
	1.982	8.	3 mases.	970 personas	.Medico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera- Higienista - Promotor - .Médico - Saneamiento - Enfermera - Promotr Salud. .Médico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera - Higienista oral - Promotr. .Médico - Saneamiento - En- fermera - Promotr de Salud .Médico - Estadística. .Médico - Bacteriologo - Odon- tologo - Enfermera. .Médico - Bacteriologo - Odon- tologo - Enfermera - Promt. de Saneamiento - Higienista Oral. .Médico - Bactériologo - Odon- tologo - Enfermera. .Médico - Enfermera. .Médico - Enfermera. .Médico - Bacteriologo - Odon- tologo - Saneamiento - Enfer- mera - .Médico - Bacteriologo. .Médico - Bacteriologo - Odonto- logo - Saneamiento - Enfermera. .Médico - Bacteriologo -Odonto- logo.	Paludismo - Parasitismo intesti- nal - Síndrome anémico.
	1.983	4	63 días	1.020 personas	.Médico - Bacteriologo - Odon- tologo - Enfermera - Promt. de Saneamiento - Higienista Oral. .Médico - Bactériologo - Odon- tologo - Enfermera. .Médico - Enfermera. .Médico - Enfermera. .Médico - Bacteriologo - Odon- tologo - Saneamiento - Enfer- mera - .Médico - Bacteriologo. .Médico - Bacteriologo - Odonto- logo - Saneamiento - Enfermera. .Médico - Bacteriologo -Odonto- logo.	Paludismo - Caries dental - Parasitismo Intestinal.
	1.984	3	82 días		.Médico - Bacteriologo - Enferme- ro - Sociologo - Asuntos indigns. .Odontologo. .Médico - Bacteriologo.	Paludismo - Parasitismo intest- tinal. Desnutrición.

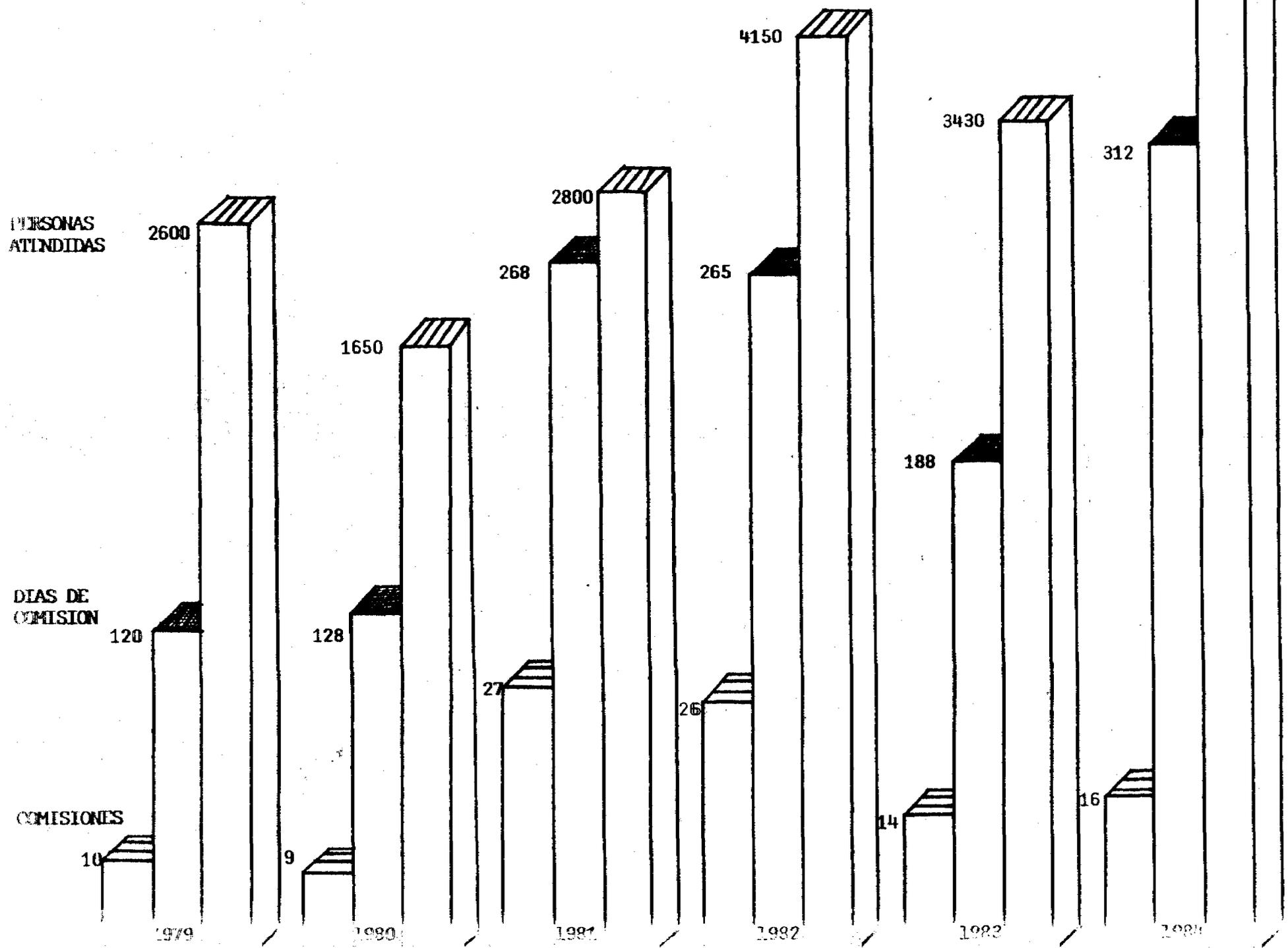
ZONA	FECHA	FRECUENCIA	DURACION	POBLACION ATENDIDA.	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.	PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA MEDICA.
3 ARARA CUDUYARI VILLAFATIMA. MITU.	1.979 1.980	4	57 días	835 personas	.Médico - Bacteriologo - Nutricionista - .Médico. .Médico - Aux. de Enfermería - .Médico - Bacteriologo - Aux. de Enfermería	Infecciones respiratorias - Parasitismo intestinal. Tuberculosis.
	1.981	5	33 días	176 personas	.Médico - Odontologo - Enfermera .Odontolgo. Enfermera. .Odontolgo - Ayud. de Enfermeria .Médico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera. .Médico - Odontologo - Enfermera - Trabajadora Social.	Parasitismo intestinal - Infecciones respiratorias - sin drome anémico.
	1.982	5	45 días	1.172 personas	.Médico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera - Saneamiento. .Médico - Bacteriologo - Enfermera - Saneamiento . .Médico - Odontologo. .Médico. .Médico - Odontologo - Enfermera - Saneamiento.	Parasitismo intestinal. Infecciones respiratorias - Enfermedad diarréica.
	1.983	3	25 días	493 personas	.Médico. .Médico - Bacteriologo - Odontologo Enfermera - Saneamiento.	Parasitismo intestina. Infecciones respiratorias - Enfermedad acidopéptica.
	1.984	3	50 días	1.050 personas	.Médico - Bacteriologo - Odontologo .2 Odontologos - SEM. .Médico - Bacteriologo - Enfermera Sociólogo + .Médico - Bacteriologo -	Parasitismo intestinal - Infecciones respiratorias. Enfermedad acidopéptica.
4 ACARICUARA YAPU	1.979 1.980	— —	— —	— —	— —	— —

ZONA	FECHA	FRECUENCIA	DURACION	POBLACION ATENDIDA.	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO,	PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA MEDICA.
	1.981	4	45 días	330 personas	.Médico . .Médico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera. .Médico - Odontologo - Enfermera - Promotor rural de Salud - .Médico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera.	Parasitismo intestinal. Enfermedad diarreica aguda. Virosis.
	1.982	4	43 días	764 personas	.Médico - Bacteriologo - Odontologo - .Médico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera. .Médico - Odontologo - .Médico - Odontologo - Enfermera. .Médico - Odontologo.	Sindrome gripal - Parasitismo intestinal - Piodermitis
	1.983	1	50 días	841 personas	.Médico - Odontologo.	Parasitismo intestinal - Virosis - Piodermitis
	1.984	2	36 días	632 personas	.Médico - Bacteriologo - Saneamiento. .Odontologo.	Parasitismo intestinal - Artritis - Reacción Post-vacunal.
5 MONFORTH TERESITA. PIRACUARA.	1.979	2	26 días	545 personas	.Médico. .Médico - Bacteriologo - Nutricionista - Sociologo - Saneamiento.	Parasitismo intestinal - Tuberculosis - Conjuntivitis -
	1.980	1	20 días	107 personas	.Médico - Bacteriologo -	Parasitismo Intestinal - Tuberculosis.
	1.981	4	58 días	654 personas	.Médico - Odontologo - Enfermera Promotor rural de Salud - .Médico - Odontologo - Enfermera .Médico Bacteriologo - Odontologo .Enfermera - Médico - Bacteriologo	Micosis de piel - Tuberculosis - Virosis.

ZONA	FECHA	FRECUENCIA	DURACION	POBLACION ATENDIDA.	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.	PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA MEDICA.
	1.982	3	28 días	432 personas	.Médico - Odontologo - Saneamiento Higienista oral - .Médico - Bacteriologo - Odontologo - Higienista oral. .Médico - Odontologo - Enfermera - Saneamiento.	Parasitismo intestinal - Infecciones de la piel. Pediculosis.
	1.983	1	11 días	129 personas	.Médico - Bacteriologo - Enfermera Saneamiento -	Caries dental. Sarampión Desnutrición.
	1.984	2	40 días	894 personas	.Odontologo .Médico - Bacteriologo	Parasitismo intestinal - Tuberculosis - Desnutrición.
6 SONAÑA PACOA. TIQUIE.	1.979	4	47 días	866 personas	.Médico .Médico - Bacteriologo - Estadístico .Médico - Bacteriologo - Sociologo - Asuntos Indígenas - Promotor rural de Salud .Médico - Bacteriologo - Estadístico Medicina. .Médico - Promotor rural de Salud	Parasitismo intestinal. Tuberculosis. Síndrome anémico.
	1.980	1	11 días		.Médico - Promotor rural de Salud	Parasitismo intestinal - Tuberculosis - Síndrome gripal.
	1.981	4	45 días	865 personas	.Médico - Odontologo - Enfermera .Médico - Enfermera - .Médico - Odontologo - .Médico - Bacteriologo - Odontologo Trabajadora social,	Parasitismo intestinal Enfermedad diarreica aguda Síndrome anémico.
	1.982	2	11 días		.Médico - Bacteriologo - Odontologo - Enfermera - Higienista oral - Socio logo .	Caries dental - Parasitismo Síndrome anémico.
	1.983	5	39 días	945 personas	.Médico - Enfermera .Médico - Odontologo - Saneamiento Higienista - .Médico - Bacteriologo - .Médico - Bacteriologo - Odontologo	

ZONA	FECHA	FRECUENCIA.	DURACION.	POBLACION ATENDIDA.	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.	PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA MEDICA.
	1.984	3	46 días	791 personas.	<p>.Médico</p> <p>.Médico - Bacteriologo - Odon- tologo - Enfermera.</p> <p>.Médico - Bacteriologo - Odonto- logo -</p> <p>.Médico - Bacteriologo.</p>	<p>Parasitismo intestinal.</p> <p>Paludismo - Caries dental.</p> <p>Parasitismo intestinal -</p> <p>Virosis - Escabiosis.</p>

COMISIONES Y PERSONAS ATENDIDAS - 1979 - 1984



DISTRIBUCION GEOGRAFICA COMISIONES MULTIDISCIPLINARIAS

	I QUERARI PAPUNAGUA	II VAUPES ALTO/MEDIO	III VAUPES BAJO CUDUYARI	IV VAUPES BAJO CUDUYARI	V ACARICUARA Y A P U	VI TIQUIE APAPORIS	T O T A L
1979	2	2	-	-	2	4	10
1980	2	1	4	-	1	1	9
1981	5	5	5	4	4	4	27
1982	4	8	5	4	3	2	26
1983	-	4	3	1	1	5	14
1984	3	3	3	2	2	3	16
TOTAL	16	23	20	11	13	19	102

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

CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUADA

I. CAPACITACION

MARCO TEORICO

El Programa de Atención Primaria en Salud contempló desde su inicio la Capacitación del personal, como una medida esencial para la obtención de la infraestructura humana que permitiera el desarrollo de este Programa.

La Capacitación de personal entendida como formación ocupa un destacado lugar dentro del Servicio Seccional de Salud del Vaupés y el Convenio - Colombo Holandés y ha sido ubicada como la estrategia mas adecuada para aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la comunidad. Se incorporan dentro de ésta las Promotoras Rurales de Salud y Auxiliares de Enfermería. La habilitación de este personal se inicia en la Seccional del Vaupés desde 1979 y desde 1980 con el apoyo del Convenio Colombo Holandés.

A partir del año 1982 se considera como aspecto fundamental la Supervisión del personal capacitado y del que ya labora, como una forma de hacer seguimiento y como una medida de apoyo al personal para el cumplimiento de sus funciones.

Actualmente la Supervisión se realiza en el Servicio Seccional de Salud del Vaupés en forma esporádica y orientados básicamente al control del personal. El objetivo es entonces el cambiar este concepto de Supervisión - Control hacia el de asesoría, apoyo y trabajo conjunto entre Supervisor y Supervisado y la estructuración de éste Componente como un Programa vital en la Seccional.

Durante el año 1983 se inicia la estructuración de la Educación Continua y es a partir de este mismo año cuando se constituye este componente como elemento de apoyo para todo el Servicio y en complementario de la Supervisión y Capacitación del personal, en años anteriores se había realizado pero en forma irregular y discontinua por lo que no eran observables sus resultados.

El Servicio Seccional de Salud del Vaupés cuenta desde 1981 con la Sección de Capacitación, quien desde entonces se ha encargado de la formación de Promotores Rurales de Salud y de la Educación Continua para éstos, Auxiliares de Enfermería y en general de la coordinación de estas actividades para todo el personal de la Seccional, pero es a partir de 1983 y con la asesoría del Convenio Colombo Holandés, cuando estas actividades encaminadas con el mejoramiento del recurso humano se ven incrementadas al definir lineamientos claros y precisos que redundan en la estructuración de este Componente.

A partir de 1984 se ha impulsado la integración de los componentes de Capacitación, Supervisión y Educación Continua para impedir que estos tres elementos se den en forma aislada e inconexa. En 1985 se han convertido en 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 análisis crítico de este proceso permite retroalimentar el contenido de la Capacitación básica para ajustarlos a las necesidades reales de la Comunidad.

ESTRUCTURA Y PROCESO

A. CAPACITACION DE PROMOTORES RURALES DE SALUD Y AUXILIARES DE ENFERMERIA

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

1. Promotores Rurales de Salud y Auxiliares de Enfermería

Los Promotores Rurales de Salud son considerados como el personal base de la Unidad Primaria de Atención. Son indígenas del Vaupés entre 18 y 22 años de edad con escolaridad promedio de 5º de primaria y quienes reciben un curso de adiestramiento de mas o menos 5 meses de duración, que los habilita para prestar servicios básicos de Salud a la población indígena del Vaupés.

Los Promotores Rurales Indígenas de Salud han sido seleccionados por su respectiva comunidad y preparados por el Equipo Multidisciplinario del Servicio de Salud de acuerdo al Programa Docente de Capacitación, el cual ha sido adaptado a las condiciones, necesidades y patologías de la zona y tomando como base las normas emanadas del Ministerio de Salud.

La responsabilidad de los 7 cursos hasta el momento realizados , ha correspondido al Servicio de Salud y la Sección de Capacitación y a partir del tercero se contó con la asesoría y apoyo del Convenio Colombo Holandés.

Los Auxiliares de Enfermería son personas mayores de 18 años, con 9 años de educación básica y 12 meses de formación técnica, con orientación hasta la fecha, casi exclusivamente hospitalaria.

La Capacitación de este personal se inició en 1979 y ha tenido 2 modalidades, complementación para personal que hubiera sido Promotor o Ayudante de Enfermería y aprendizaje para el personal que no está vinculado a actividades hospitalarias, pero sí a la Seccional de Salud.

Esta formación ha estado a cargo del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), pero es el Servicio de Salud quien financia a los estudiantes .

Las Auxiliares de Enfermería constituyen junto con los Promotores Rurales de Salud los pilares de la Atención Primaria en Salud.

2. Etapas de la Capacitación

* Promoción y Selección

Teóricamente se ha considerado que antes de la promoción y selección de los candidatos deberá hacerse la selección de las Comunidades, que se realizará mediante un reconocimiento de las necesidades de estas y de un plan de complementación de las UPAS.

La preparación de las comunidades para la selección de candidatos se hará a través de comunicaciones escritas, por radio-teléfono, Prefectura Apostólica, reuniones comunitarias, etc, en donde se expliquen claramente las funciones que deberá desempeñar el Promotor Rural de Salud.

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

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

La selección final de los aspirantes al Curso corresponde al Comité de selección, adiestramiento y capacitación al Servicio Seccional de Salud del Vaupés, dando prioridad a la opinión comunitaria y aplicando con elasticidad los requisitos del sexo, edad y escolaridad.

Evaluación

- Promotores Rurales de Salud

Promoción

El inicio de un programa de Capacitación para personal indígena que incluye además a las diferentes comunidades como parte esencial para su desarrollo, amerita de un adecuado plan de promoción para el logro de los objetivos propuestos.

Pero teniendo en cuenta las diferencias idiomáticas, socio-culturales y la difícil accesibilidad a las comunidades del Vaupés, la promoción realizada para los dos primeros cursos tuvo escaso eco en la población, motivo por el cual en el primer y segundo curso el 89,2% y el 76.3% respectivamente del personal inscrito, aunque era oriundo o tenía lazos con algunas comunidades indígenas, eran residentes del área urbana de Mitú por ser la mayor parte de estos estudiantes de bachillerato

Para el III y IV Curso se realizó una amplia promoción del Programa de Capacitación en las diferentes comunidades indígenas, utilizando los medios mencionados anteriormente; así mismo cuando el Equipo Multidisciplinario del Servicio de Salud se encontraba en comisión médica y odontológica debían proporcionar la información que tuvieran sobre éstos cursos a realizar, explicando los requisitos que debían llenar los aspirantes, además de los objetivos que motivaban su desarrollo.

Los requisitos que se tuvieron en cuenta además de los ya establecidos a nivel nacional, como son escolaridad y respaldo de la comunidad hacían hincapié en la necesidad de que el aspirante fuera bilingüe, no se hacía discriminación del estado civil pero respetando el aspecto cultural de la región y teniendo en cuenta las dificultades en los desplazamientos, se enfatizaba en que preferiblemente fuera del sexo masculino y que procediera de un lugar diferente a Mitú.

Pero el V Curso ADEPRIS, un número elevado de comunidades - manifestaba la necesidad de tener entre sus miembros un Pro motor Rural de Salud, sin que necesariamente éste fuera de sexo masculino.

Para este Curso se reglamentó la promoción con 30 días de - anticipación al desarrollo de éste y los Auxiliares de En - fermería y Promotores de Puestos de Salud deberían buscar - candidatos entre sus comunidades.

En este Curso solo el 35.7% eran procedentes de Mitú pero - tenían nexos mas directos con sus comunidades de origen.

Para el sexto y séptimo Cursos la Oficina de Capacitación - emitió un comunicado a diferentes Auxiliares y Promotores - informando el proceso mediante el cual se realizaría la se - lección de candidatos a estos Cursos de Promotores. En es - ta ocasión la selección se dividió en las etapas de promo - ción, identificación de candidatos y exploración .

Las comunidades para éstos Cursos fueron seleccionadas te - niendo en cuenta la necesidad que de un Promotor Rural de Salud estuviera en la región y la etapa de promoción des - tacó la necesidad de que estas comunidades seleccionadas - fueron respecto al hecho de tener un Promotor en su Comuni - dad .

La etapa de identificación-de candidatos se hizo conjunta - mente con los miembros de la Comunidad. Para desarrollar - la etapa de exploración el Auxiliar de Enfermería o Promo - tor Rural de Salud, inscribirán a los candidatos identifica - dos y durante un período de siete días se les brindará la -

oportunidad de observar las actividades que ellos realizaban en cumplimiento de sus funciones; al mismo tiempo se les impartió información sobre los aspectos inherentes al Curso que aspiraban.

El 19% de los inscritos en el VI y VII Curso eran procedentes del área urbana de Mitú.

En lo anteriormente descrito se refleja el hecho de que la promoción que se ha realizado para los cursos de Capacitación a Promotores Rurales de Salud, fue haciéndose en una forma mas estructurada, utilizando como estrategia base, la concientización que debía hacerse a las comunidades para el aprovechamiento del nuevo recurso de Salud.

Es de anotar también la vinculación de personal del área urbana ha ido disminuyendo en la medida que ha aumentado la del personal del area rural,

Selección

El proceso de selección,asi como el de promoción fue evolucionando a través de los 7 cursos que hasta la actualidad se han llevado a cabo.

Este proceso se realiza inicialmente en Mitú donde se remitían los candidatos escogidos por las diferentes comunidades, la Enfermera Seccional o la Coordinadora de Capacitación realizaban la entrevista final y posterior a ésta eran seleccionadas (No existe mas información). Este proceso fue similar en los cuatro primeros cursos.

En el V Curso la selección se hizo 10 días antes de la fecha para la cual estaba programada al inicio del Curso de Capacitación. Responsable de ésta era el Comité de Selección conformado por el Jefe del Servicio, Enfermero Seccional, Coordinadora de Capacitación, Trabajadora Social, Sociólogo, Antropólogo y Enfermero Coordinador del Hospital.

Una vez terminadas las tres etapas iniciales de la selección en el VI y VII Cursos, algunos integrantes del Comité se desplazaron a sitios programados con el fin de realizar las entrevistas finales a los candidatos en la propia comunidad.

Para la elección de los aspirantes al Curso VI, comisiones a cargo de la Enfermera Coordinadora, Sociólogo o la Trabajadora Social, asistieron a las comunidades de Monfort, Villafátima y Acaricuara; cada una de estas tuvo duración de tres días.

Las Comunidades visitadas para el VII Curso fueron: Trinidad del Tiquié, Sonañá, Monfort, Teresita, Piracuara, Yapu, Pacoa, Villafátima, Arara Cuduyarí y Mandí; estas comisiones tuvieron un promedio de 4 horas.

La estrategia de selección para estos Cursos tuvo como eje la reunión comunitaria incluyendo las personas postuladas al Curso; se impartió información general sobre el Programa de Participación de la Comunidad, ya que esta fue la estrategia implementada para la selección de los Promotores Rurales de Salud en estos Cursos.

En las reuniones se sugirió intensificar aun mas las actividades de concientización y educación a la comunidad respecto a las actividades que desarrolla el Promotor Rural de Salud y su vínculo directo con la comunidad que lo ha elegido.

- Auxiliares de Enfermería

Promoción y Selección

En 1979 el Servicio Seccional de Salud del Vaupés contaba con 18 Auxiliares de Enfermería urbanos y 10 rurales, pero ninguno de éstos era de la región, motivo por el cual resultaba difícil su adaptación a la zona, ya fuera por la variedad de lenguas que se hablan en la región, por la marcada diferencia socio-cultural al ser el 95% de la población indígena o por los obstáculos geográficos naturales que dificultaban el cubrimiento de la zona.

Por lo anterior este personal Auxiliar variaba constantemente y solo deseaba permanecer en el área urbana de Mitú. Este fue el hecho que impuso la necesidad de capacitar personal de la región que garantizara continuidad en las acciones emprendidas y que propiciara un mayor vínculo del Servicio Seccional de Salud con las Comunidades Indígenas del Vaupés.

La capacitación de este personal indígena se inició en 1979 con la modalidad de aprendizaje. Los seleccionados fueron a capacitarse durante 1 año al SENA de Villavicencio, ya que poseían con la escolaridad requerida. Aunque no eran empleados del Servicio, éste financió económicamente su formación como Auxiliares de Enfermería.

En el año de 1980 se detectó la necesidad de ampliar aún mas el número de Auxiliares de Enfermería oriunda del Vaupés, de tal forma que se garantizara el cubrimiento constante de los Puestos de Salud.

Se escogieron 17 Promotores Rurales de Salud capacitados en el I y II Curso ADEPRIS, realizados hasta ese momento por el Servicio Seccional de Salud.

Como la escolaridad requerida por el SENA era de 4º bachillerato y muy pocos poseían este requisito, el Servicio Seccional de Salud del Vaupés financió un profesor que los habilitara para hacer la respectiva validación ante el ICFES, - llevando a cabo esta preparación mediante el Programa Bachillerato por Radio. Esta opción aunque sirvió para ampliar los conocimientos de los aspirantes no cumplió su cometido, ya que la mecánica de validación del ICFES, no era adecuada a la realidad de los alumnos que encontraron en esta modalidad (test) inmensas dificultades para su desarrollo.

Ante este hecho fue necesario realizar un sin número de diligencias para que los aspirantes a Auxiliares de Enfermería fueran aceptados sin este requisito.

El sitio elegido para la realización del Curso fue Florencia (Caquetá) en razón a las mejores oportunidades que ofrecía el Hospital de esta Localidad.

El SENA (Bogotá) y el Servicio de Salud del Vaupés, diseñaron el Programa docente para que la capacitación recibida estuviera acorde con la realidad del Vaupés, además se tuvo en cuenta la formación previa que como Ayudantes de Enfermería - Promotores Rurales Indígenas de Salud, habían recibido los seleccionados al Curso de Capacitación de Auxiliares de Enfermería. Se observó que el contenido de estos Cursos "ADEPRIS" era - equivalente al exigido por el SENA aunque la intensidad horaria requerida era menor. Por tal motivo el Curso de Auxiliares de Enfermería celebrado en Florencia adquirió la modalidad de complementación y fue programado para 6 meses.

Los alumnos del Servicio de Salud del Vaupés apoyo económico para el material educativo necesario, becas de sostenimiento, alimentación, vivienda y el apoyo y guía permanente de un enfermo de la Seccional durante los seis meses que duró la Capacitación.

Aunque se habían programado dos Cursos bajo esta modalidad, se hizo un solo curso, el resto del dinero programado se invirtió en la construcción de un salón aula para Capacitación.

Los cursos que se han realizado posteriormente, han tenido al SENA de Villavicencio como Sede y se han llevado a cabo bajo las modalidades de complementación y aprendizaje con un año de duración cada uno de éstos. La elaboración del Programa Docente así como la programación y ejecución de la capacitación han sido responsabilidad del SENA.

Como los seleccionados para los Cursos de 1980 a 1985 han estado vinculados directamente al Servicio de Salud, han seguido devengando su salario correspondiente al cargo que han desempeñado como apoyo para la realización de la Capacitación'

2. Contenido de los Cursos de Capacitación a Promotores Rurales Indígenas de Salud.

A nivel general se ha considerado que los Cursos de Capacitación para Promotores deben elaborarse teniendo en cuenta los siguientes aspectos :

- * Diseñarlo con base en la morbilidad prevalente de la zona
- * El contenido debe brindarse en forma integral y no en módulos sueltos.
- * Incluir como unidades curriculares las de Atención a las Personas, Atención al Medio Ambiente, Participación de la Comunidad, Educación en Salud y Administración, teniendo cuidado de enfatizar los aspectos de Prevención de las Enfermedades y - Participación de la Comunidad en Salud.
- * Preparar a los capacitadores en técnicas y métodos educativos
- * Conformar un grupo multidisciplinario que se encargue de planear y desarrollar los contenidos.

Evaluación

En el año 1979 iniciar en el Servicio de Salud del Vaupés el plan de extensión de cobertura se haría difícil, ya que no se contaba como Promotores Rurales de Salud en su equipo, elementos indispensables para el cumplimiento de este objetivo.

Por tal motivo se estableció en este mismo año un Programa educativo "ADEPRIS", (Ayudantes de Enfermería y Promotores Rurales de Salud) que se basaba primordialmente en la capacitación de los alumnos en las actividades inherentes al desempeño de un Ayudante de Enfermería, pensando en obtener así una utilización mas eficiente del recurso por que el personal que se habilitaba para laborar en el área rural, obtenía una capacitación mas amplia en el área médico - técnica.

Este concepto fue aplicable para el I, II, III y IV Cursos. Pero en el segundo semestre de 1981 se retomaron los conceptos que habían sido la base del desarrollo de los programas docentes de estos cursos y se detecto la necesidad de orientar los contenidos hacia el área social, educactiva y de saneamiento ambiental, porque de continuar con la política inicial se caía en el error de cobrar en un segundo plano las acciones vitales del Promotor Rural de Salud, las cuales deben estar encaminadas mediante actividades educativas a la comunidad, hacia los aspectos de promoción y prevención en salud y no siempre a la atención, medicación y remisión de pacientes, aunque sin desconocer estos aspectos en su totalidad.

Por este motivo los programas docentes que se desarrollaron para los tres últimos cursos aunque no variaron ostensiblemente en el total de horas dedicadas a cada hora, integraron dentro de su desarrollo los aspectos que se contemplaron anteriormente de tal manera que al ejecutar cada unidad didáctica, ésta contemplaba aspectos de las otras áreas (Ver siguiente Cuadro).

C U A D R O N º 1

AREA	SOCIAL EDUCATIVO			MEDICO TECNICO			ADMINISTRACION			SANEAMIENTO			T O T A L		
	T %	P %	TOT %	T%	P%	TOT.%	T%	P %	TOT %	T %	P %	TOT%	T%	P %	TOT%
I	8.7	12.9	21.6	36.1	26.1	62.2	4.2	2.4	6.6	3.4	6.1	9.5	52.5	47.5	100
II	7	2.8	9.8	38.9	40.4	79.3	3.8	2.5	6.3	3.5	1.1	4.6	53.2	47.4	100
III	6.4	-	6.4	42	38.5	80.5	9.7	0.5	10.2	2.4	0.5	2.9	60.5	39.5	100
IV	6.4	-	6.4	42	38.5	80.5	9.7	0.5	10.2	2.4	0.5	2.9	60.5	39.5	100
V	8.6	6.5	15.1	31.7	39.7	71.4	4.6	4.2	8.8	2	2.7	4.7	46.9	53.1	100
VI	19.6	6	25.6	47.1	9.8	56.9	10.3	2.6	12.9	2.9	1.7	4.6	79.9	20.1	100
VII	11.3	9.1	20.4	35.2	25.7	60.9	6.1	7.2	13.3	4.1	1.3	5.4	56.7	43.3	100

T = PORCENTAJE HORAS TEORIA

P = PORCENTAJE HORAS PRACTICA

TOT = PORCENTAJE TOTAL DE HORAS TEORICAS Y PRACTICAS

Se observa que los porcentajes dedicados a las diferentes áreas a pesar de mostrar algunas fluctuaciones en los diferentes cursos realizados, no difieren mucho uno de otro, lo que si ha variado sustancialmente es el enfoque que se ha dado al desarrollar los contenidos de los últimos cursos porque cada tema tratado priorizaba el aspecto promoción, prevención y participación de la comunidad.

En cuanto a la distribución de las unidades didácticas de cada Programa docente desarrollado, es conveniente analizar los correspondientes al I, V y VII Cursos, pues son los mas representativos :

I C U R S O

UNIDAD	T E M A	T	P	EU	TOT.
1	EL ADEPRIS Y LOS SERVICIOS DE SALUD.	5 h	-	-	5 h
2	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	8	-	1	9
3	SOCIOLOGIA Y ANTROPOLOGIA	19	30	2	51
4.	EL ADEPRIS Y LA ESTADISTICA	2	3	1	6
5	MANTENIMIENTO	6	6	2	14
6	SANEAMIENTO AMBIENTAL	13	23	2	38
7	ASPECTOS MEDICOS	22	3	8	33
8	FARMACOLOGIA	12	6	2	20
9	MATERNAL INFANTIL	32	18	4	54
10	LABORATORIO CLINICO	4	8	2	14
11	ODONTOLOGIA	15	18	4	37
12	NUTRICION	8	2	1	11
13	ACT. PROPIAS DE ENFERMERIA	35	35	8	70
14	SALUD COMUNITARIA	9	19	2	30
15	PRIMEROS AUXILIOS	9	9	1	19
T O T A L		199	180	40	419 h

V CURSO

UNIDAD	T E M A	T	P	EU	TOTAL
1	ATENCION AL PACIENTE Y LA COMUNIDAD	128	106	4	238
2	ANATOMIA	19	2	1	22
3	SOCIOLOGIA	11	-	2	13
4	NUTRICION	19	10	2	31
5	ODONTOLOGIA	20	9	2	31
6	PATOLOGIA	30	1	4	35
7	MATEMATICAS	24	10	4	38
8	ASPECTO ADMINISTRATIVOS	5	-	1	6
9	ALMACEN	7	2	1	10
10	PAGADURIA	6	4	1	11
11	MANTENIMIENTO	9	17	3	29
12	LABORATORIO CLINICO	7	2	2	11
13	ESTADISTICA	9	10	4	23
14	SANEAMIENTO AMBIENTAL	7	21	3	31
TOTAL		301	194	34	529

VII CURSO

1	INFORMACION SOBRE EL SECTOR SALUD	8	8	-	16
2	ATENCION PRIMARIA	5	-	-	5
3	PROMOTORIA SOCIAL	26	16	3	45
4	LA COMUNICACION	13	18	-	31
5	ADMISION DE PACIENTES A SERVICIOS DE SALUD.	14	15	3	32
6	ACTIVIDADES DE ENFERMERIA TENDIENTES A PROMOVER LA COMODIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.	30	26	-	56

VII C U R S O (CONT.....)

UNIDAD	T E M A	T	P	EU	TOTAL
7	ENFERMEDADES DE LA PIEL	7	2	2	11
8	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS.	9	8	1	18
9	DURANTE LA ELIMINACION Y ALIMENTACION	8	8	2	18
10	CON AFECCIONES EN EL SISTEMA MUS-ESQU.	10	7	2	19
11	CON PROBLEMAS DEL APARATO RESPIRATORIO	7	5	1	13
12	CON ENFERMEDADES DEL APARATO CARDIO-VASCULAR	6	4	1	11
13	CON PROBLEMAS DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS.	7	5	1	13
14	CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	6	3	1	10
15	CON PROBLEMAS GASTROINTESTINALES	21	12	2	35
16	CON ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	6	2	1	9
17	PROGRAMAS MEDICOS ESPECIALES	20	10	2	32
18	MATERNO INFANTIL	11	3	2	16
19	SANEAMIENTO AMBIENTAL	19	6	2	27
20	ESTADISTICA	12	6	1	19
21	ADMINISTRACION	5	1	1	7
22	PAGADURIA	3	2	1	8
23	ALMACEN	4	2	1	7
24	MANTENIMIENTO	4	22	3	29
T O T A L		261	191	33	485

T = TOTAL DE HORAS TEORICAS

P = TOTAL DE HORAS PRACTICAS

EU = TOTAL DE HORAS EVALUACION

TOT= TOTAL DE HORAS POR UNIDAD

3. Metodología de Enseñanza

Un curso de capacitación debe incluir una metodología acorde con el tipo de formación que se esté brindando. Se ha considerado importante utilizar para los Cursos de Promotores Rurales de Salud, métodos inductivos como estudio de casos, sociodramas, así como 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

C U A D R O # 2

CURSO METODO	I	II	III	IV	V	VI	VII
CLASE MAGISTRAL	13.1 %	13.1 %	13.1 %	13.1 %		11.1 %	15.3 %
MESA REDONDA	13.1 %	13.1 %	13.1 %	13.1 %	0.3 %	-	1.7 %
DEMOSTRACION	37.2 %	37.2 %	37.2 %	37.2 %	20.6 %	9.3 %	10.3 %
TRABAJO DE GRUPO	3.7 %	3.7 %	3.7 %	3.7 %	7.7 %	2.5 %	1 %
EXPOSICION	17.1 %	17.1 %	17.1 %	17.1 %	27.2 %	7.4 %	11 %
DISCUSION	9.4 %	9.4 %	9.4 %	9.4 %		3.8 %	0.7 %
SINTESIS					6.3 %	-	-
RECOL, CONCEPTOS					28,1 %	-	1 %
EXPOSITIVA A.U.					9.8 %	-	-
SOCIODRAMA						0.8 %	3.1 %
CHARLA						1.7 %	2.6 %
ESTUDIO DE CASO	6.3 %	6.3 %	6.3 %	6.3 %		1.5 %	- %
INDUCTIVO						16.2 %	23.2 %
DEDUCTIVO						6.5 %	3.1 %
COLECTIVO						6.1 %	5 %
ACTIVO						14.7 %	13.6 %
INDIVIDUAL						0.4 %	1.7 %
SICOLOGICO						4 %	1.4 %
LOGICO						3.6 %	4.2 %
PRACTICA						3.2 %	2.1 %
EVALUACION CONOC						1.1 %	-
EDUCATIVO						1.1 %	-

El anterior cuadro nos indica la metodología educativa utilizada en cada uno de los Cursos de Capacitación a Promotores Rurales - de Salud en la Seccional del Vaupés.

Es notorio el hecho que en los cursos iniciales no se utilizaba un método específico de capacitación, siendo ocupados los mayores porcentajes por la demostración y la exposición, pero es de tener en cuenta que el equipo docente que colabora en la formación de personal no recibió ninguna inducción para el desarrollo de estos cursos.

La inducción al equipo multidisciplinario se inicia en el año - 1982 y a partir de este año los programas docentes que se desarrollaron, utilizaron diversas metodologías. El método finalmente más utilizado fue el inductivo con sus diversas modalidades.

4. Recursos Instruccionales

Inicialmente el Servicio Seccional de Salud no contaba con material didáctico adecuado, es por ésto que los cursos iniciales - utilizaban básicamente el recurso que se pudiera elaborar en el Servicio de Salud .

En el año 1982 el Convenio Colombo Holandés hizo un aporte de material didáctico al Centro de Capacitación, motivo por el cual - se fueron incrementando los recursos instruccionales en cada Curso, como puede apreciarse en el siguiente Cuadro.

CUADRO # 3*

MATERIAL	1	2	3	4	5	6	7
MIMEOGRAFIADOS	13.1 %	13.1 %	13.1 %	13.1 %	2.7 %	2.1 %	-
PAPELOGRAFO	30.4	30.4	30.4	30.4	-	7	34.2 %
CONFERENCIAS	33.4	33.4	33.4	33.4	2.7	-	-
TABLERO	7.2	7.2	7.2	7.2	27.6	59.5	46.7 %
AFICHES	1.4	1.4	1.4	1.4	-	-	-
LAMINAS	7.2	7.2	7.2	7.2	2.1	9.8	2.7 %
CARTELERAS	7.2	7.2	7.2	7.2	-	4.2	0.5
LABORATORIOS					36.1	2.8	4.1
AUDIO-VISUAL					25.1	-	-
DIPOSITIVAS					3.6	2.8	2.7
PELICULA						2.1	-
MANIQUI						4.9	0.5
ROTAFOLIO						3.5	-
DIBUJOS						1.4	-
MODELOS REALES							10.9
HOJAS (ESTADIST).							1.6

* El porcentaje de utilización de cada recurso instruccional, fue analizado con base en los planes de clase de cada curso realizado.

5. Etapas Desconcentradas

Se entiende como etapa desconcentrada aquellos en la cual los - alumnos de un Curso de Capacitación desarrollan las actividades aprendidas en la fase teórica, bajo la Supervisión de un grupo determinado con anterioridad, que es el encargado de la evaluación respectiva.

Estas etapas desconcentradas se han desarrollado en cada uno de los siete cursos de Capacitación realizados hasta el momento en Servicio Seccional de Salud del Vaupés. Lo que ha variado a - través del tiempo son los objetivos, el sitio de práctica y el tiempo programado para su ejecución, además de la interrelación que se ha ido logrando con los diferentes Componentes de la - Atención Primaria, tal y como se aprecia en el siguiente Cuadro:

I CURSO

FECHA	LUGAR	OBJETIVOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	INSTRUMENTOS UTILIZ.	PERSONAL PARTICIPANTE
1979					
VII/28	ACARICUARA Y SU AREA DE INFLUEN CIA.	* Aplicar los conoci - mientos teóricos. * Evaluar las activida des desarrolladas. * Motivar la participa ción comunitaria en Salud.	* Consulta médica y admi nistración de medica - mentos. * Educación en Salud * Reuniones Comunitarias	* Lista de chequeo * Formato de Evalua ción.	* 11 ADEPRIS * Sociólogo * Enfermera Seccional

II CURSO

1980

III/3	TAPURUCUARA
III/20	VILLAFATIMA

III CURSO

1980

IX/ 1	ACARICUARA
IX/ 20	

IV CURSO

1981	LUGAR	OBJETIVOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	INSTRUMENTOS UTIL.	PERSONAL PARTICIPANTE
V/24 VI/14	YURUPARY Y SU AREA DE INFLUENCIA	<ul style="list-style-type: none"> * Hacer notar la importancia de la Participación de la Comunidad en las actividades de Promoción en Salud que se planeen. * Aplicar conocimientos teóricos en la práctica. * Reforzar en la práctica las dudas de los alumnos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Revisión de aspectos médico-técnicos. * Censo de población * Mapas de la región * Educación en Salud mediante charlas, visitas y entrevistas * Actividades de Saneamiento Ambiental. * Actividades técnico-administrativas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Lista de chequeo * Anecdotario * Informe de actividades. * Evaluación de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> * 1 Enfermera * 6 ADEPRIS
V/25 VI/12	ARARA (INDUYARE)	<ul style="list-style-type: none"> * Impartir instrucción y orientación acerca de las actividades y desempeño del Promotor, en un Puesto de Salud y su área. * Reforzar y practicar los aspectos médico-técnicos enseñados. 	<ul style="list-style-type: none"> * Educación en Salud a la Comunidad mediante charlas educativas. * Actividades administrativas (censo, mapas, manejo de fonia, motores, etc) * Consultas médico-delegadas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Lista de chequeo * Anecdotario * Formato de Evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> * 1 Enfermera * 1 Auxiliar * 5 ADEPRIS
1980					
VIII/18 VIII/21	ARARA (CUDUYARI)	<ul style="list-style-type: none"> * Proporcionar a los alumnos conceptos básicos de Saneamiento Ambiental, basados fundamentalmente en la experiencia práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> * Desarrollo de actividades de Saneamiento Ambiental. * Instalación tazas sanitarias. * Relleno Sanitario * Educación a la comunidad en Saneamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> * Observación 	<ul style="list-style-type: none"> * Promotor de Saneamiento to * 1 Enfermera * 11 ADEPRIS

<u>FECHA</u>	<u>LUGAR</u>	<u>OBJETIVOS</u>	<u>ACTIV. REALIZADAS</u>	<u>INSTRUM. UTILIZADOS</u>	<u>PERSONAL ASISTENTE</u>
1981					
IX/10	ARARA	* Desarrollar destreza - en la ejecución de actividades del Promotor Rural de Salud con base en los conocimientos adquiridos y las necesidades de la comunidad.-	* Reuniones comunitarias de Diagnóstico y educativas. * Educación domiciliaria * Consulta médico-delegada. * Administración de medicamentos. * Motivación a las comunidades a colaborar en la solución de sus problemas de Saneamiento Ambiental.	* Anecdotario * Lista de chequeo * Auto-evaluación * Formato de Evaluación. * Reunión evaluativa con la Comunidad.	* 1 Enfermera * 5 ADEPRIS
X/13 XI/8	VILLAFATIMA	* Integrar la teoría a la práctica a través de experiencias de aprendizaje en un Puesto de Salud u las zonas de influencia.	* Actividades médico-técnicas * Charlas educativas previo Plan. * Censo de población * Mapa de la Región * Consulta médico-delegada.	* Anecdotario * Lista de chequeo * Evaluación de la comunidad. * Formato de Evaluación.	* 1 Enfermera * 5 ADEPRIS

<u>FECHA</u>	<u>LUGAR</u>	<u>OBJETIVOS</u>	<u>ACTIV. REALIZADAS</u>	<u>INSTRUM. UTILIZADOS</u>	<u>PERSONAL ASISTENTE</u>
1982 OCTUBRE	ARARA (CUDUY (CUDUYARI) VAUPES MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> * Realizar actividades prácticas que ubiquen al ADEPRIS en el trabajo que va a desarrollar, una vez esté en la Comunidad. * Reforzar a través de la práctica las áreas deficientes de la parte teórica. 	<ul style="list-style-type: none"> * Evaluación en Salud a la Comunidad * Implementación de metodología participativa. * Actividades médico técnicas * Visitas domiciliarias * Censo de población * Mapas de la zona * Consulta médico-delegada. 	<ul style="list-style-type: none"> * Anecdótico * Lista de chequeo * Formato de Evaluación * Informe de la Comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> * 1 Enfermera Coordinadora de Capacitación * 1 Enfermera Rural * Trabajadora Social * Antropólogo
1984 I/23	VILLAFATIMA	<ul style="list-style-type: none"> * Proporcionar al alumno elementos prácticos - que permitan integrar los aspectos de la Atención Primaria y trabajo con la comunidad. * Lograr que el alumno mediante el contacto directo con la comunidad ubique las labores y funciones propias de su Capacitación. * Desarrollar los objetivos de la Participación de la Comunidad con base en la Atención Primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> * Motivación <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de capitanes y líderes - Reconocimiento de la zona. * Sencibilización <ul style="list-style-type: none"> - Información a la comunidad sobre visitas domiciliarias - Autoevaluación - Replanteamiento comunitario de nuevas acciones. * Capacitación a la Comunidad mediante Talleres siguiendo la metodología participativa * Actividades médico-técnicas en el Puesto de Salud. * Charlas educativas for- 	<ul style="list-style-type: none"> * Plan diario de actividades. * Anecdótico * Lista de chequeo * Formato de Evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> * 14 ADEPRIS * 1 Enfermera Capacitación * 1 Enfermero Zonal * Antropólogo * Sociólogo * Promotor de Saneamiento

En los cuadros anteriores es claramente perceptible el cambio - que han sufrido las etapas desconcentradas, que se han realizado en los siete Cursos de Capacitación a Promotores Rurales de Salud que hasta el momento se han llevado a cabo.

Inicialmente las prácticas de campo eran enfocadas hacia el aspecto de ejecución de actividades médico-técnicas, lo que está de acuerdo con el objetivo que se perseguía en los primeros Cursos de capacitar mas a los alumnos como Ayudantes de Enfermería que como Promotores de Salud.

Es apreciable el hecho que aún hasta el VI Curso el Promotor Rural de Salud realizaba consultas médico-delegadas diligenciando el SIS 1 para informarlas, motivo por el cual las actividades propias del Promotor Rural de Salud durante el año 1982 y parte de 1983 , se han perdido al quedar condensados en registros médicos.

También es notoria la integración paulatina de la comunidad en las actividades programadas y realizadas en la misma evaluación de la práctica.

Esta integración de la comunidad es sincrónica con los Componentes de Educación en Salud y Supervisión al integrar las Enfermeras Coordinadoras de Zona y al personal del Area Social, tanto en la programación de la práctica como en su ejecución y evaluación.

6. Equipo Docente

a. Integrantes

C U A D R O N° 5*

CURSO PROFESIONAL	1			2			3**			4**			5			6			7		
	T %	P %	= %	T %	P %	= %	T %	P %	= %	T %	P %	= %	T %	P %	= %	T %	P %	= %	T %	P %	= %
MEDICINA	10.2	7.5	17.7	15.5	0.2	15.7							11.	0.6	11.6	13.4	0.7	14.1	10	2.6	12.6
ENFERMERIA	22.7	20.3	4.3	20	42.4	62.4							30.2	21.3	51.5	22.3	7.4	29.6	26.7	25.9	50.6
BACTERIOLOGIA	1.1	2.2	3.3	1.4	0.2	1.6							2	0.4	2.4	1.4	0.5	1.9	1.3	1.1	2.4
ODONTOLOGIA	3.7	5	8.7	5.1	-	5.1							5.1	1.9	7	2.9	1.2	4.1	-	-	-
SANEAMIENTO	2.9	6.4	9.3	3.5	1.1	4.6							3.4	-	3.4	2.9	1.7	4.6	4.1	1.3	5.4
PACO	3.7	5.5	9.2	4.4	1.8	6.2							3.4	-	3.4	19.5	6	25.5	8.5	7.4	15.9
NUTRICION	2	0.6	2.6	2.1	-	2.1							4.1	2.1	6.2	6.4	1	7.4	-	-	-
ADMINISTRAC,	3.7	2.5	6.2	2,3	-	2.3							7.5	7	14.5	10.3	2.6	12.8	6.1	5	11.1

* INFORMACION EXTRACTADA DE LA PROGRAMACION SEMANAL ELABORADA PARA CADA CURSO ANALIZADO

** LA PROGRAMACION SEMANAL DE ESTOS CURSOS NO FUE ENCONTRADA, PERO CON ENTREVISTAS CON EL PERSONAL QUE LABORO EN ESTOS AÑOS, SE DEDUCE QUE EL PORCENTAJE DE INTERVENCION DE CADA PROFESIONAL FUE IDENTICO AL DEL PRIMER CURSO.

b. Preparación de los Docentes

En el Servicio Seccional de Salud del Vaupés la preparación de los Docentes, se ha realizado bajo la modalidad de "Seminarios de Inducción para los Profesionales que colaboran como instructores en la Capacitación de Promotores Rurales de Salud" y hasta la fecha se han realizado varios eventos de este tipo con las variaciones que en el siguiente cuadro se describen :

F E C H A	O B J E T I V O S	M E T O D O L O G I A	P A R T I C I P A N T E S
I. SEMINARIO			
1982 ABRIL 27 29	<ul style="list-style-type: none"> * Intercambiar experiencias sobre aspectos socio-culturales y tradicionales - del proceso enseñanza - aprendizaje en las comunidades Vaupenses. * Informar sobre aspectos técnico-educativos aplicables en la Capacitación de Promotores. * Impartir instrucciones sobre el uso y manejo del material audio-visual. * Determinar la forma de impartir conocimientos al Grupo de alumnos "ADEPRIS" teniendo en cuenta los aspectos socio-culturales del grupo técnicas educativas y organizativas del Programa. 	<p>MEDIANTE GUIAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Módulo Instruccional 2. Unidad Didáctica 3. La Clase <p>CONSTA DE 3 UNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento de la Comunidad. 2. Capacitación 3. Audiovisuales <p>Se invitaron 3 promotores de Salud y se les realizaron entrevistas acerca de diferentes aspectos de la capacitación que a ellos les fue brindada.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4 Médicos 2 Odontólogos 3 Enfermeros 3 PACO 2 Nutricionistas 1 Estadístico 3 Administración 4 Saneamiento.

FECHA	OBJE TIVOS	M E T O D O L O G I A	PARTICIPANTES
II. SEMINARIO 1 9 8 3	<ul style="list-style-type: none"> * Dar instrucción a los Promotores de acuerdo a los aspectos socio-culturales, teniendo como base - las técnicas educativas. * Dar a conocer los aspectos generales de las comunidades vaupenses, a fin de evitar las barreras que se presenten Enseñanza - Aprendizaje en la Capacitación de ADEPRIS. 	<ul style="list-style-type: none"> * Mediante 3 grupos de trabajo para desarrollar las Guías. * A través de plenarias, se desarrollaron los temas con la colaboración de asesores a nivel del Servicio, que fueron los encargados de llevar a cabo la realización de los diferentes temas. 	<ul style="list-style-type: none"> * 3 Médicos 3 Odontólogos 2 Enfermeras 2 Bacteriólogos 2 PACO 1 Nutricionista 1 Estadístico 1 Saneamiento
III SEMINARIO 1 9 8 4	<ul style="list-style-type: none"> * Informar sobre aspectos de la Atención Primaria y el papel de cada Componente. * Reconocer la importancia de la planeación en el proceso educativo y los métodos y técnicas educativas aplicables. * Identificar las características Socio-Culturales y el proceso tradicional de enseñanza-aprendizaje en la población objeto. 	<ul style="list-style-type: none"> * Desarrollo por grupos de las siguientes guías de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Atención Primaria - Características de las comunidades Vaupenses. - Formas tradicionales de enseñanza-aprendizaje dentro de las comunidades vaupenses. - Análisis de algunas vivencias de alumnos . 	
IV SEMINARIO 1 9 8 5 ABRIL	<ul style="list-style-type: none"> * Informar a los trabajadores de salud de la Seccional del Vaupés todos los aspectos referentes a la Atención Primaria, sus componentes y la metodología participativa, que debe llevarse al realizar cualquier acción de Salud en la Comisaría Especial del Vaupés. 	<ul style="list-style-type: none"> * Cada uno de los componentes de la Atención Primaria, expuso sus actividades programadas para 1985, los logros obtenidos a través del tiempo y su integración con los otros componentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Médicos Enfermeras Bacteriólogos Odontólogos División Aten. Médica Div. Saneamiento Amb. Div. Administrativa Sección de Inf. y Anál. Sección Financiera Almacén PACO Capacitación.

7. Evaluación de la Capacitación

I. CURSO

- * Evaluación inicial para determinar las áreas en que debería intensificarse la Educación.
- * Evaluación durante el transcurso del Curso mediante :
 - Cuestionarios verbales
 - Cuestionarios escritos al finalizar cada Unidad
 - Ejercicios teórico prácticos
 - Observación directa de las actividades prácticas dentro del Hospital.
 - Presentación y discusión de estudios de caso sobre patologías mas frecuentes en la región.
- * Evaluación verbal y escrita intermedia, que sirvió de orientación para determinar el grado de aprendizaje, a fin de seleccionar los contenidos y métodos que debían ser reajustados en la segunda mitad del Curso.
- * Evaluación final para medir conocimientos teórico-prácticos - adquiridos, realizada la primera parte escrita y la segunda demostrativa.

II CURSO

- * Evaluación, después de haber incluido un tema específico por ejemplo : Evaluación de Nutrición
" " de Farmacología

III. CURSO

- * Evaluación escrita o verbal cada sábado del tema tratado en la semana.

IV. CURSOS

- * Evaluación escrita del desarrollo teórico. Escala de 0 - 5
- * Evaluación de la práctica hospitalaria, en escala de 0 - 5 y - contempló 2 aspectos :

- Aspectos Teóricos :

- Recibo y entrega de turnos, administración de medicamentos, control de signos vitales, curaciones, aseo de la unidad, anotaciones de enfermería.
- Odontología
- Laboratorio Clínico
- Consulta Externa
- Urgencias
- Estadística
- Esterilización

- Conductas y Actitudes :

- Cumplimiento de horario
- Relaciones interpersonales
- Iniciativa
- Interés por el aprendizaje

- * Evaluación de la práctica rural mediante un formato con los siguientes criterios :

Notable	50	46 puntos
Bueno	45	40 " "
Aceptable	39	35 " "
Deficiente	34	30 " "
Reprobado		Menos de 29 puntos

El formato tiene en cuenta los siguientes aspectos :

- Charla Educativa
- Consulta médico delegada
- Manejo de gota gruesa y baciloscopia
- Vacunación
- Visita domiciliaria
- Manejo del Programa TBC
- Actividades básicas de Saneamiento Ambiental

V CURSO

- * Evaluación escrita del desarrollo teórico . Escala de 0 - 5
- * Evaluación de la práctica hospitalaria, en escala de 0 - 5 y con los siguientes criterios :
 - Curaciones
 - Administración de medicamentos
 - Registros y anotaciones del Promotor
 - Toma de signos vitales, talla y peso
 - Visita domiciliaria
 - Toma de muestras de laboratorio
 - Charlas educativas
 - Conservación y manejo de elementos (fonia, motor, etc)
 - Consulta médico delegada
 - Manejo del Programa de TBC

* Evaluación de la práctica rural

Parámetros :	BUENO	100	- 60 puntos
	REGULAR	59	30 " "
	DEFICIENTE	29	0 " , "

CRITERIOS :

- Conocimiento de la comunidad y el paciente
- Identifica las necesidades de la comunidad
- Desarrolla actividades dentro de la comunidad y con el paciente.
- Continuidad y constancia en el trabajo con la comunidad y con el paciente.
- Desarrolla responsabilidad e iniciativa

VI. CURSO

- * Evaluación escrita de la parte teórica. Escala 0 - 5
- * Evaluación práctica hospitalaria. Escala 0 - 5
 - Manejo y archivo de historias clínicas
 - Lavado médico de las manos
 - Toma de muestras de laboratorio
 - Toma de signos vitales, talle y peso
 - Curación
 - Aplicación de inyecciones
 - Elaboración y esterilización de material de curación
 - Administración de medicamentos vía oral
 - Control de pacientes en tratamiento antituberculoso
 - Vacunación
 - Charlas Educativas
 - Diligenciamiento de registros estadísticos

* Evaluación práctica de campo

Se utilizó un formato con las siguientes fuentes :

Comunidad	30%	30 %
Auto Evaluación	20	20 %
Observación informal		10 %
Observación participativa		40 %

Para la evaluación se utilizó la siguientes escala :

100	76 %	EFICIENTE	APROBADO
75	40 %	ACEPTABLE	
39	2 %	CUESTIONABLE	

Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos :

- El alumno demuestra ser activo
- El alumno pone en práctica los conocimientos sociales y técnicos en el trabajo con la comunidad.
- Desarrollo de habilidades y destrezas en su diaria labor

VII CURSO

* Evaluación parte teórica. Escala 0 - 5

* Evaluación práctica hospitalaria . Escala	50	46 SOBRESALIENTE
	45	40 MUY BUENO
	39	35 BUENO
	34	30 REGULAR
		MENOS DE 30 DEFICIENTE

CRITERIO :

- Logros alcanzados durante la práctica en la Atención Integral de Salud (Prevención y Asistencia) brindada al paciente , la familia y la comunidad.

* Evaluación práctica rural

Se hizo evaluación continua durante el desarrollo de toda la práctica, en colaboración de la comunidad que mantuvo contacto directo con el Promotor-Estudiente. Además se utilizó el formulario de evaluación, cuyo valor total era de 150 puntos y la nota aprobatoria hasta 40 puntos :

- Planeación y organización de las actividades a desarrollar en el área.
- Realiza actividades y procedimientos con base en los conocimientos y técnicas aprendidas.
- Desarrollo de habilidades y destrezas en la realización de las actividades diarias.
- Manejo de las relaciones interpersonales
- Planeación de las actividades de salud y ejecución de estas con base en los conocimientos adquiridos.
- Identificación y diligenciamiento correcto de los registros estadísticos.

8. Análisis del personal capacitado en los Cursos realizados por el Servicio Seccional de Salud.

* Promotores Rurales de Salud

ANALISIS		N° DE ALUMNOS INSCRITOS		N° DE ALUMNOS QUE TERMINARON.		N° DE ALUMNOS QUE DESERTARON .		MORBILIDAD ESCOLAR POR BAJO RENDIMIENTO.	
FECHA	CURSO	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1979									
ABRIL/SEP	1	13	100	11	84.6	2	15.4	-	-
NOV/ 79									
ABRIL/80	2	14	100	9	64.3	1	7.1	4	28.6
1980									
MAYO/OCT	3	16*	100	6	37.5	1	6.3	7	43.8
1981									
FEB/JUL.	4	13	100	11	84.6	1	7.7	1	7.7
JUL/DIC.	5	14	100	8	57.2	5	35.7	1	7.1
1982									
MAYO/NOV.	6	21	100	16	76.2	5	23.8	-	-
AGOS/83									
FEB/ 84	7	14	100	12	85.7	2	14.3	-	-
TOTAL		105	100	73	69.5	17	16.2	13	12.4

* 2 de los alumnos inscritos (1.9%) fueron seleccionados para el Curso de Auxiliares de Enfermería celebrado en Florencia.

* Auxiliares de Enfermería

MODALIDAD	AÑO								TOTAL
	79	80	81	82	83	84	85		
APRENDIZAJE	2	-	-	1	-	2	-	5	
COMPLEMENTACION	-	17	2	1	4	2	2	28	
SUB TOTAL	2	17*	2	2	4	4	2	33	

* Terminaron 14 alumnos del total de inscritos. Para los otros cursos han terminado el total de alumnos inscritos.

9. Promotores Rurales de Salud que se han retirado del Servicio, una vez estaban laborando

1	Febrero	1980	Renuncia	*
	Mayo	1980	Insubsistencia	*
	Junio	1980	Insubsistencia	*
	Agosto	1980	Renuncia	*
	Octubre	1982	Renuncia	*
2	Marzo	1983	Renuncia	
3	Marzo	1982	Insubsistencia	*
	Marzo	1984	Insubsistencia	*
4	Enero	1982	Abandono de cargo	*
	Abril	1982	" " "	*
	Noviembre	1982	Insubsistencia	
	Mayo	1983	Muerte	
5	Enero	1985	Renuncia	
6	Junio	1982	Abandono de cargo	*
	Abril	1983	" " " "	
	Mayo	1984	Renuncia	

* El retiro masivo de los años 1980 y 1982 obedece en su mayor parte al auge de la bonanza coquera.

El resto del personal se ha retirado al parecer por problemas - surgidos en sus respectivas comunidades de trabajo que impedían la realización de sus labores.

II. SUPERVISION

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

Evaluación

En el Servicio Seccional de Salud del Vaupés hasta el año 1980 se entendía la Supervisión como la "INSPECCION" que debía hacerse al Auxiliar de Enfermería del Puesto de Salud, a través de comisiones de Salud multidisciplinarias.

Esta inspección consistía en revisar tanto el estado en que el Auxiliar de Enfermería mantuviera la infraestructura y elementos de dotación del Puesto de Salud, a lo que se daba mayor énfasis, como la forma de realizar las actividades médico-técnicas correspondientes.

La revisión de infraestructuras se hacía mediante inventarios continuos que se constituían en verdaderos objetivos de la comisión multidisciplinaria. La observación indirecta era el mecanismo utilizado para la supervisión de las actividades médico-técnicas.

A partir de mediados del mismo año se reorganizaron algunas UPAS y se destinó su cubrimiento por un Auxiliar de Enfermería y 2 Ayudantes - Promotores Rurales Indígenas de Salud. Era función del Auxiliar la medicación, atención y remisión de pacientes con la colaboración de los Ayudantes Promotores del Puesto, además sería él quien -

ejercería la supervisión de estos. Se previo así mismo que la Supervisión de las UPAS sería llevada a cabo por Licenciadas en Enfermería con el apoyo de todo el equipo de salud.

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

Así continuo la Supervisión durante los años 81 y 82 y las experiencias obtenidas a través de ésta no fueron consideradas prioritarias, ya que su misma condensación se hacía en el informe de comisión que entregaba el equipo multidisciplinario, relegando a un tercer lugar las actividades que se pudieran haber desarrollado en este Componente, ya que el primero lo ocupaba el análisis de la consulta médica y actividades de enfermería realizadas (censo, vacunación, etc) y el segundo lo continuaba ocupando el inventario del Puesto.

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

El Auxiliar de Enfermería se empieza a perfilar como el responsable de la Supervisión (Educación - Asesoría) al Promotor, pero debía contar se con un sistema de registro para lo cual se optó por el emanado del Ministerio de Salud.

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

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

A finales de 1982 se realiza un nuevo Seminario y se detecta el cambio sufrido en el concepto de Supervisión donde ya se interpreta como un proceso dinámico de enseñanza - aprendizaje, aunque no se ha implementado ésta como componente al no existir aún niveles jerarquizados para su ejecución.

Por tal motivo en 1983 se decide reubicar al personal de apoyo del área rural. Los Promotores (al sufrir también cambios en la capacitación) fueron asignados a Unidades de Cobertura y el Auxiliar de Enfermería a la Unidad Primaria de Atención (UPA). El Vaupés fue dividido en cinco zonas, abarcando 12 UPAS y 30 Unidades de Cobertura :

- ZONA A : MITU - PAPUNAGUA
Mandí, Virabazú, Santa Marta, Bocas del Yí Camanaos,
- ZONA B : ACARICUARA - CARURU
San Luis, San Gerardo, San José, Yurupari, Anara-Vaupés
San Pedro del Tí, Waracapuri.
- ZONA C : ARARA - CUDUYARI, MONFORT, TRINIDAD
Camuti, Querari-Miri, Wacuraba, Teresita, Piracuara, Bella Vista .
- ZONA D : VILLAFATIMA - YAPU
Tayasú, Puerto Tolima, Bogotá, Cachivera, Puerto Macua, Wainambi, San Antonio.
- ZONA C : PACOA - SONAÑA -TAPURUCUARA
Cananarí, Alto Apaporis, Ibacaba, Bajo Pirá, Bacoa, Santa Lucia.

Cada zona fue asignada a una Enfermera quien sería la responsable de llevar a cabo la Supervisión - Asesoría y Educación Continua a las UPAS y Unidades de Cobertura. actuando con autonomía de los otros grupos de trabajo, estableciendo además las interrelaciones entre las actividades de las diferentes dependencias y programas del Servicio de Salud con las UPAS y las Unidades de Cobertura.

La Enfermera Jefe de Zona se convirtió entonces, en el lazo de unión - entre el Servicio Seccional de Salud del Vaupés y los Auxiliares y Promotores que laboran en las UPAS, lo que significaba además que era la responsable de la enseñanza integral de este personal, implicando a su vez las acciones de capacitación, asesoría, control y evaluación del mismo.

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

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

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

Aunque la Supervisión incluía los niveles Enfermera Jefe de Zona, Auxiliar de Enfermería, Promotor Rural de Salud, el Auxiliar solo utilizaba la revisión de los registros estadísticos al Promotor, como único-mecanismo de Supervisión; sin embargo se utilizó como estrategia la -reglamentación de las salidas, tanto de Enfermera como de Auxiliar a las UPAS y Unidades de Cobertura (reglamentación vigente). El tiempo estimado fue de 10 días mensuales para cada uno de ellos, rotando las UPAS y Unidades de Cobertura correspondientes

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

- * Guía de Supervisión de la Enfermera Jefe de Zona al Auxiliar de Enfermería.
- * Guía de Supervisión del Auxiliar de Enfermería al Promotor Rural - de Salud.
- * Informe de la comunidad aplicable por la Enfermera en la UPA y por el Auxiliar en la Unidad de Cobertura, cada seis meses.
- * Formato de Evaluación del Auxiliar de Enfermería y Promotor de Salud.

Al iniciar el Auxiliar de Enfermería la Supervisión en forma organizada y utilizando para ella formatos especiales, se diseñó un esquema - de Capacitación que debía desarrollarse en la primera comisión de Enfermería que se realizara en la UPA, además se incluyó dentro de los Cursos de actualización para Auxiliares de Enfermería y adiestramiento de Agentes Educativos en Salud que se llevaron a cabo en este año, un capítulo especial para el componente de Supervisión, complementándolo con actividades inherentes a ésta en el terreno de práctica.

Fue así como los Enfermeros Jefes iniciaron este Programa con la asesoría y coordinación de la Enfermera Seccional. Una vez impartida la capacitación, conteniendo ésta los objetivos, concepto y dinámica de la Supervisión, se procedían a diligenciar en la segunda comisión las guías antes mencionadas.

Cabe anotar que las acciones desarrolladas en estas comisiones fueron incluyendo paulatinamente a la comunidad a través de las acciones que Participación de la Comunidad iba realizando. Es por ésto que la comunidad ya estaba preparada para evaluar al Auxiliar o Promotor Rural de Salud, motivo por el cual se implementaron los formatos de Evaluación que ésta hacía del personal, brindando mediante ellos elementos de análisis valiosos para la programación de la asesoría y educación continua.

El Seminario de Inducción para Profesionales de Enfermería que participan en el Programa de Supervisión celebrado del 9-13 de julio/84 con la participación de los Asesores del Convenio Colombo Holandés, - Participación de la Comunidad, Saneamiento Ambiental, Estadística, y Enfermería sirvió de base para integrar la Supervisión con los otros componentes de la Atención Primaria, identificando además los objetivos, criterios, tareas, responsabilidades y mecanismos de funcionamiento de este Componente.

Obviando los obstáculos naturales (invierno o verano, raudales, etc) y los materiales (escasez de combustible, de motores, de voladoras), puede decirse que las actividades de Supervisión que se llevaron a cabo durante el período 84 fueron satisfactorias, según se analizó también en la evaluación que de este Componente realizara el Servicio de Salud del Vaupés y el Convenio Colombo Holandés; en ella se revisaron los siguientes puntos :

- * Concepto - objetivos
- * Contenidos
- * Frecuencia
- * Instrumentos
- * Relación Supervisor - Supervisado
- * Recursos

En esta evaluación quedó claro que aún faltaba por definir y condensar en un Manual las funciones que debía desempeñar el Trabajador de Salud de acuerdo al rol en el cual se encontraba ubicado, ya que la Enfermera Seccional, Enfermera de Capacitación, Enfermeras Rurales, Auxiliares de Enfermería y Promotores Rurales de Salud realizan actividades en cuanto a Atención a Personas, Atención al Ambiente, Administración, participación de la Comunidad, Capacitación, Supervisión y Educación en Salud y cada uno de los integrantes de estos Componentes necesita del personal de enfermería para la ejecución de sus acciones.

Fue evidente entonces en esta Evaluación la integración que debía hacerse de los diferentes componentes de la Atención Primaria, así como evidente fue también el cambio sufrido en el marco conceptual de la Supervisión.

Lo que se cuestionó ampliamente fue el concepto numérico dado a la evaluación, sobre todo a la que brindaba la comunidad, ya que por las condiciones socio-culturales de las comunidades indígenas, no se encontraban capacitadas para brindar calificación en escala (0 - 5) al Auxiliar o Promotor de Salud.

La programación de las actividades de Supervisión para 1985 se basó en una nueva zonificación del Vaupés, ya que se contaba con 17 UPAS, 40 Unidades de Cobertura y 6 Profesionales de Enfermería para la ejecución del componente.

ZONA 1	:	UPA	PAPUNAGUA	-	U.C.	1
		" "	TAPURUCUARA		" "	4

ZONA 2	:	UPA CARURU	U.C.	1
		" " MANDI	" "	2
		" " YURUPARI	" "	1
ZONA 3	:	" " ARARA CUDUYARI	" "	3
		" " VILLAFATIMA	" "	3
		" " MITU	" "	5
ZONA 4	:	" " ACARICUARA	" "	5
		" " YAPU	" "	3
ZONA 5	:	" " MONFORT	" "	2
		" " TERESITA	" "	1
		" " PIRACUARA	" "	1
		" " IBACABA	" "	1
ZONA 6	:	" " PACOA	" "	2
		" " SONAÑA	" "	2
		" " TIQUIE	" "	3

Esta zonificación se hizo igualmente para todos los componentes de la Atención Primaria y se involucró la metodología de Participación de la Comunidad, en el desarrollo de las actividades de Supervisiónj

El instrumento básico a utilizar será el formato de Supervisión, el - cual debe ser considerado una guía a utilizar por la Enfermera Coordinadora de la Zona o por el Auxiliar de Enfermería según el caso. En ésta irán consignadas todas las actividades a realizar por los supervisados en cada uno de los componentes, así como la metodología utilizada en su ejecución.

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

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

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

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

III EDUCACION CONTINUADA

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 implementarse nuevos programas y mejorar la calidad del servicio prestado a la población.

De acuerdo a ésto, los contenidos de la Educación Continua deben desarrollarse con base en las necesidades detectadas a través del Supervisor, tomando además como parámetro las necesidades de Salud determinadas por las comunidades.

La realización de la Educación Continua debe conllevar diferentes metodologías, bien sea en forma presencial o a distancia. Se pueden utilizar por ejemplo Cursos, Talleres, Seminarios, Estudios de casos, boletines, revistas, documentos intercambio de experiencias, etc.

Evaluación

Hasta el año 1980, en el Servicio Seccional de Salud del Vaupés, la Educación Continua para el personal Auxiliar y Promotores Rurales de Salud, era realizada en forma incidental cuando se realizaban las comisiones multidisciplinarias. Esta Educación era enfocada básicamente hacia el mejoramiento en la ejecución de los procedimientos médico-técnicos que se considerarían deficientes a través de la Supervisión indirecta que se brindaba al personal.

La Educación Continua al personal profesional no se realizaba en Mitú, por lo que eran enviados a centros docentes o universitarios para recibir la actualización pertinente.*

* Inducción / Talleres, etc

La necesidad de impartir educación y actualización a Auxiliares y Promotores, surge desde el año 1981 con el primer curso de Educación Continuada para Auxiliares de Enfermería del Hospital San Antonio, pero su enfoque fue totalmente dedicado al área asistencial. Cursos como éste se realizaron 1 cada año con una intensidad aproximada de 20 a 30 horas.

Igualmente en el año 1982 se inicia la actualización a Promotores Rurales de Salud con la modalidad de concentración en Mitú. Para este Curso fueron citados 12 Promotores Rurales de Salud y el grupo docente estuvo integrado por todo el equipo multidisciplinario; la intensidad fue de 45 horas y solamente el 17.8% del tiempo total fue destinado para refrescar actividades propias del Promotor Rural de Salud.

Sin embargo, la Educación Continuada para Auxiliares y Promotores no obedeció a un patrón organizado hasta 1984, cuando se inician los Cursos de actualización para Auxiliares de Enfermería y adiestramiento de Agentes Educativos en Salud. Estos surgen a raíz del análisis que se hizo de los Programas docentes que desarrollan las entidades encargadas de la formación de Auxiliares de Enfermería, detectándose que los esquemas utilizados eran un poco rígidos y verticales, preparando los educandos para un desempeño meramente hospitalario, olvidando las actividades de Supervisión y Educación Continua que éstos deben cumplir con los Promotores de Salud en el área rural.

Estos cursos de actualización tuvieron como objetivos poner en conocimiento de los Auxiliares de Enfermería, las técnicas de metodología educativa. capacitarlos en aspectos básicos de Atención Primaria en Salud y diseñar un plan de Educación en Salud tendiente a lograr una real transferencia y actualización de conocimientos al Promotor Rural de Salud.

Este plan de educación corresponde a los "Talleres Zonales de Educación Continuada a Promotores Rurales de Salud" , cuyo objetivo central, ha sido identificar, diseñar e implementar procesos educativos con el Promotor y la Comunidad.

La Educación Continuada a través de los Talleres Zonales es impartida por el Auxiliar de Enfermería en su UPA correspondiente, ya que es mas fácil reunir allí a los Promotores del area de influencia, por este motivo fue incluido dentro de los cursos de actualización, el adiestramiento en agentes educativos para que de esta forma tuvieran las bases para el desempeño en estos Talleres.

Los primeros Talleres realizados en cada UPA contaron con la asesoría de la Enfermera Coordinadora de Capacitación, para reforzar las actividades educativas que se fueran a desarrollar; poco a poco fueron integrándose los demás componentes: Supervisión, Participación de la Comunidad y Atención al Ambiente , tanto en la asesoría como en la ejecución de las actividades.

Para la ejecución de la Educación Continuada a los Profesionales, se vinculó desde 1983 al Programa que coordina el Ministerio de Salud y - cuya estrategia es la Educación a distancia utilizando un documento - escrito y un audiovisual, que son enviados al Servicio para ser proyectados al personal de Salud. Los temas son básicamente médicos y la coordinación del Programa está a cargo de un médico y la Enfermera de Capacitación.

La Educación Continuada al grupo de Atención al Ambiente ha estado - coordinada por el Ingeniero Asesor del Convenio Colombo Holandés.

El siguiente cuadro es el resumen de las actividades de Educación Continua que se ha brindado al personal del Servicio de Salud del Vau - pés.

FECHA	NOMBRE DEL CURSO	INT. HORARIA	CONTENIDO	PARTICIPACION
* AUXILIARES DE ENFERMERIA URBANOS				
1981				
ABRIL 27	* Educación Continua para Auxiliares de Enfermería del Hospital San Antonio	* Total 40h T : 20 Prác : 14 Eval : 6	* Conocimientos básicos de enfermería * Asesoría y antisepsia * Administración de soluciones parenterales * Materno - Infantil	* 12 Auxiliares de Enfermería Urbanos. * 1 enfermera docente
MAYO 8				
1982				
NOVIEM/21 DIC. 2/ 83	* Idem	* Total 30h	* Comunicación * Patologías * Farmacología * Asepsia * Cirugia * Partos * Esterilización	* 10 Auxiliares Urbanos * 1 Enfermera Docente
NOVIEMBRE	* Idem	* Total: 18h	* Actividades generales de Enfermería	* 10 Auxiliares de Enfermería. * 1 Enfermera Docente

FECHA	NOMBRE DEL CURSO	INT. HORAR.	CONTENIDO	PARTICIPANTES
* AUXILIARES DE ENFERMERIA RURALES				
1982 NOVIEM/22 DICIEM/14	* Curso de Educación Continua - para Auxiliares Rurales.	* Total: 112h	<ul style="list-style-type: none"> * Programas Médicos Especiales. * Conocimientos Médico - Técnicos . * Farmacología * Aten. al Ambiente * Administración 	<ul style="list-style-type: none"> * 8 Auxiliares Rurales * <u>Docentes</u> : 1 Promotor de Saneam. 1 Enfermera
1984 MAR/MAYO	* Curso de Actualización de - Auxiliares Indígenas de Enfermería y Adies - tratamiento de - Agentes Educativos en Salud.	<ul style="list-style-type: none"> * Total: 326h T : 179 P : 147 	<ul style="list-style-type: none"> * Inf. del Sector Salud * Atención Primaria * Area Social * Comunicación * Admisión de pacientes * Acciones tendientes a brindar comodidad y seguridad al paciente * Patologías * Programas médicos especiales. * Saneamiento Ambiental * Estadística * Educación Continua * Adición de medicamentos * Práctica : <ul style="list-style-type: none"> - 1 Taller Zonal - 1 Seminario de Prod. de material educa. 	<ul style="list-style-type: none"> * 6 Auxiliares Rurales * <u>Docentes</u> : Todo el Equipo de Salud
SEP/NOV	* Idem	<ul style="list-style-type: none"> * Total: 240h T : 194 P : 46 	<ul style="list-style-type: none"> * Atención Primaria * Area Social * Comunicación * Admisión del Paciente a la UPA * Patologías * Programas Médicos Especiales * Saneamiento Ambiental * Estadístico * Metodol. educativa * Adm. de medicamentos * Mantenimiento * Práctica : <ul style="list-style-type: none"> - 1 Taller Zonal - 1 Semin-Taller de produc. mater. educa. 	<ul style="list-style-type: none"> * 9 Auxiliares Rurales * <u>Docentes</u> : Todo el Equipo de Salud

FECHA	NOMBRE DEL CURSO	INT. HORARIA	CONTENIDO	PARTICIPANTES
* PROMOTORES RURALES DE SALUD				
1982				
MAYO 6-21	* Curso de Educación Continuada a Promotores de Salud.	Total : 45 h	<ul style="list-style-type: none"> * Promotoría Social * La Comunicación con la Comunidad. * Solución de problemas * Atención al Paciente y la Comunidad * Programa médicos especiales * Teorías asepticas * Farmacología * Patologías * Estadística * Mantenimiento 	<ul style="list-style-type: none"> * 12 Promotores Rurales de Salud * <u>Equipo Docente</u> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermero - Médico - Sociólogo - Jefe Mantenimiento - Jefe Estadística
1984				
MAYO 14-25	* Taller Zonal de Capacitación a Promotores Rurales de Salud.	Total : 52 h	<ul style="list-style-type: none"> * Instrucción general al Curso. * Metodología Educativa * Participación de la Comunidad. * Atención Primaria en Salud. * Manejo de Manuales de Salud. * Registros Estadísticos 	<ul style="list-style-type: none"> * 6 Auxiliares de Enfermería del primer Curso de actualización. * 8 P.R.S. de Acaricuara y Yapú. Grupo Asesor : <ul style="list-style-type: none"> * Coord. Capacitación * Instruc. SENA * Técnico de Saneamiento * 1 Promotor Social del Convenio.
JULIO 16-25	* Idem	Total : 37 h	<ul style="list-style-type: none"> * Metodología Educativa * Participación de la Comunidad. * Atención Primaria en Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> * 4 P.R.S. de Querarí 1 Auxiliar de Tapuru-cuara. Grupo Asesor : <ul style="list-style-type: none"> * Coordinador Capacitación * Coordinador Zonal * Antropólogo * 1 Promotor Saneamiento

* PROMOT. RUR. SALUD (Cont....)

FECHA	NOMBRE DEL CURSO	INT..HORAR.	CONTENIDO	PARTICIPANTES
1984				
SEP/NOV.	* Idem	Total : 240 T : 194 P : 46	* Atención Primaria * Area Social * Comunicación * Admisión del Paciente a la UPA * Patologías * Programas médicos especiales. * Saneamiento Ambiental * Estadística * Metodología Educativa * Administración de medicamentos * Mantenimiento * Práctica : - 1 Taller Zonal - 1 Seminario Taller de prod. mater. educativo	* 9 Auxiliares Rurales Docentes : Todo el Equipo Docente
AGOS/SEP	* Idem	Total : 34 h	* Método participativo en la Educación. * Atención Primaria en Salud. * Metodo participativo en la producción de material educativo.	* 6 P.R.S. de Acaricuara * 1 Auxiliar de Acaricuara Grupo Asesor : * Enfermera Zonal * Antropólogo * Asesores CCH
NOV 18-26	* Idem	Total : 30 h	* Atención Primaria en Salud. * Metodología Educativa * Participación de la Comunidad.	* 9 Auxiliares de Enfermería del II Curso de Actualización. * 5 P.R.S. de Mandí, Yurupari y Carurú. Equipo Asesor: * 1 Enfermera Coordinadora Capacitación. 1 Enfermera Zonal 1 Sociólogo
DIC 4-14	* Idem	Total : 18 h	* Primeros Auxilios * Nombres genéricos del Cuerpo humano. * PACO * Saneamiento Ambiental	* 4 P.R.S. de Monfort, Teresita y Piracuara. * 2 Auxiliares de Monfort y Teresita. Equipo Asesor : * Trabajadora Social Coordinadora de la Zona.

FECHA NOMBRE DEL CURSO INT. HOR. CONTENIDO PARTICIPANTES

* EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

1983

NOVIEMBRE	* Seminario-Taller sobre metodología de producción de material educativo.	Total : 5 d	* Realizado en Camuti, San Javier, Pirasemo, Nueva Reforma. * Elaborar material educativo con la comunidad que sea representativa de su realidad.	* 13 Estudiantes ADEPRIS * 3 P.R.S. * 3 Auxiliares de Enfermería * 2 Enfermeras * 1 Odontólogo * 1 Médico * 3 Asesores CCH * Coordinador Capacitación
-----------	---	-------------	--	--

1984

MAYO	* Idem	Total : 3 d	* Umari, Tierra Grata.	* Estudiantes I Curso de actualización * 2 P.R.S. * 1 Promotor de Saneamiento * 1 Odontólogo * Coordinador de Capacitación
------	--------	-------------	------------------------	--

NOVIEMBRE	* Idem	Total : 4 d	* Arara - Cuduyarí	* Alumnos II Curso de actualización * 1 Auxiliar de Enfermería * 1 P.R.S. * 1 Bacterióloga * 2 Odontólogos * 2 Médicos * 1 Nutricionista * Jefe personal * Sociólogo * Enfermera de Zona * Coordinadora Capacitación
-----------	--------	-------------	--------------------	--

AGOSTO/12-14	* Seminarios Talleres de Atención a las Personas en Atención Primaria.	Total : 3 d	* El hombre y su ambiente. * Atención Primaria en el Vaupés * Medicina Occidental, Tradicional, y Popular * Componentes de la Atención Primaria. * Papel de los profesionales en las acciones de Atención a las personas dentro de la Atención Primaria. * Diagnóstico local y vigilancia Epidemiológica	* Todo el personal del Servicio Seccional de Salud del Vaupés. * Asesores del Convenio Colombo Holandés.
--------------	--	-------------	---	---

SUPERVISION : ENFERMERAS

AUXILIARES DE ENFERMERIA

ZONA N° 1

U P A	FECHA	O B J E T I V O S	ACTIVIDADES-INSTRUMENTOS	
APUNAGUA	1981			
	MARZO 25	* Observación del Puesto de Salud		
	ABRIL 2	* Supervisión directa del P.R.S. * Hacer Inventario * Actividades de Enfermería (curaciones- inyecciones, etc) * Educación * Vacunación * Estudio de factibilidad para instalación del Puesto.		
	NOV 13 - 22	* Reconomiento del área * Censo de población * Vacunación * Charlas Educativas		
	1982			
	AGOSTO 12-20	* Educación a la Comunidad * Vacunación * Censo	* Evaluación parcial con la Comunidad sobre trabajo del Promotor Rural de Salud.	
	1983			
	NOVIEM 11-19	* Supervisión P.R.S. * Educación Continua P.R.S. * Reunión Comunitaria * Actividades de Enfermería	* Revisión Registros estadísticos * Elaboración plan de trabajo al Promotor Rural de Salud. * Análisis de registros estadísticos	
	TAPURUCUARA	1981		
		JUNIO 12-14	* Supervisión del Puesto de Salud * Control del Programa T.B.C. * Reconocimiento de la Zona	
DICI. 8-18		* Supervisión de actividades realizadas por el P.R.S. y Aux. de Enf. * Censo de población	* Supervisión Indirecta	
1982				
MARZO 22		* Recolección de B.K.	* Supervisión Indirecta	
ABRIL 5		* Vacunación * Supervisión Auxiliares de Enferm.	* Educación continua sobre fijación de muestras.	
JUNIO 8-22		* Vacunación * Observación de actividades del P.R.S. y Auxiliares de Enfermería	* Supervisión de charlas dictadas por el Auxiliar.	
1983				
JUNIO 5 -15		* Implementar el Programa de Supervisión, capacitando al personal en el manejo de los formatos	* Reunión con la Comunidad * Revisión registros estadísticos	
1984				
AGOSTO 3 -12	* Supervisión y asesoría al Auxiliar de Enfermería.	* Formato de Evaluación de la Comunidad. * Instrumento de Supervisión al Auxiliar y P.R.S.		

Z O N A N° 2

U P A	FECHA	O B J E T I V O S	ACTIVIDADES-INSTRUMENTOS
MANDI	1981 MARZO 14-16	* Supervisar Puesto de Salud	
	AGOSTO 21-26	* Reconocimiento de la zona * Actividades Curativas y preventivas.	
MANDI/YURUPARI	OCTU. 7-18	* Supervisión al Auxiliar y P.R.S. * Charlas educativas a la comunidad. * Vacunación	* Supervisión directa de actividades médico-técnicas.
	1982 ABRIL 15-26	* Reconocimiento de la Zona * Inspección Puesto de Salud * Vacunación * Supervisión Auxiliar	
	SEPT. 27- OCT 8	* Vacunación * Charlas a la comunidad * Inspección actividades del Auxiliar.	
	1983 FEBR. 17 - 26	* Supervisión al P.R.S. * Charlas Educativas * Actividades de Enfermería	
	1984 MARZO 27 ABRIL 5	* Reunión con la Comunidad * Reconocimiento del área * Supervisión de actividades del Auxiliar de Enfermería	
MANDI/YURUPARI	MARZO 27 ABRIL 5	* Capacitar al Auxiliar de Enfermería en el Programa de Supervisión	* Guías de Supervisión del Auxiliar al P.R.S.
MANDI/YURUPARI	SEPT. 18 OCT. 30	* Supervisión al Auxiliar de Enfermería y P.R.S.	* Guías de Supervisión al Auxiliar.
MANDI	NOV. 19- 26	* Supervisión al Auxiliar de Enfermería y P.R.S. * Educación Continua mediante el Taller Zonal.	* Formato de Evaluación de la comunidad. * Formato de evaluación al Auxiliar de Enfermería

ZONA # 3

J P A	FECHA	O B J E T I V O S	ACTIVIDADES-INSTRUMENTOS
	1981		
ARARA	ABRIL 29/ MAYO 7	* Supervisión al Puesto de Salud	* Charlas * Supervisión general
	AGOSTO 6-12	* Charlas a la Comunidad * Supervisión de Programas * Vacunación	* Charlas a la comunidad * Vacunación completa hasta Pato solo de polio hasta San Javier * Supervisión de actividades en el Puesto al Auxiliar de enfermería y al P.R.S.
	MAYO 25/ JUNIO 12	* Práctica de P.R.S. Censo : Arara = 243 Wacuraba = 117 Virabasú = 20 Pato = 40 Puerto Casanare = 56 Querari Mirí = 95 Piramirí = 91 San Javier = 85	* Desarrollar habilidades y agilidad en actividades , estadísticas, medicina, técnicas, etc * Instrumentos : - Lista de chequeo - Anecdotario - Formato de evaluación
	AGOSTO 28-31	* Proporcionar a los alumnos conceptos básicos de Saneamiento Ambiental.	* Instauration del proceso Enseñanza - Aprendizaje
	NOVIEMBRE 10 DICIEMBRE 15	* Práctica del V Curso de promotores * Desarrollar destrezas en la ejecución de las actividades del PRS con base en los conocimientos adquiridos.	* Reuniones comunitarias de Diagnóstico y educativos. * Instrumentos : - Supervisión : directa, entrevista con la comunidad, lista de chequeo o anecdotario. - Evaluación : Autoevaluación, reunión evaluativa con la comunidad.
AMUTI	NOVIEM. 24-25	* Motivación a la comunidad para la campaña de alfabetización. Simón Bolívar.	* Reuniones comunitarias de diagnóstico y educativas * Instrumentos : - Supervisión directa - Entrevistas con la comunidad lista de chequeo, anecdotario - Evaluación: autoevaluación, reunión educativa con la comunidad, formato de evaluación

	MAYO 7-20	* Vacunación * Censo * Supervisión	* Vacunación * Charlas educativas * Promoción curso de Promotores * Evaluación de actividades de Auxiliares de enfermería con la Comunidad.
	1982		
	SEPT. 3 - 17	* Reconocimiento de la zona * Supervisión a Auxiliares y P.R.S	* Supervisión indirecta
	1983		
ARARA	JULIO 14- 23	* adiestrar a la auxiliar en actividades de Supervisión. * Supervisión * Educación Continua	* Inducción al auxiliar sobre manejo de formatos. * Detección de necesidades del Puesto de Salud. * Supervisión Indirecta
	1984		
	FEBRERO 13-22	* Supervisión de tareas al Auxiliar * Supervisión Puesto de Salud	* Análisis de registros estadísticos. * Educación Continua * Nueva inducción al programa de Supervisión.
	1981		
VILLAFATIMA	NOV.26/DIC 4	* Promoción de Programas * Supervisión de Auxiliares * Controles de Enfermería	* Toma de B.K * Supervisión de Programas * Se inició el trabajo del P.R.S y el Auxiliar de Enfermería.
	1982		
	ABRIL 5-6	* Instalar Puesto de Salud en nueva construcción	* Vacunación. Aplicación 1a dosis * Charlas educativas sobre vacunación y T.B.C. * Organización Puesto de Salud
	1983		
	FEBRE. 5 - 17	* Vacunación 2a dosis	* Asesoría a P.R.S. en técnicas básicas * Vacunación * Supervisión de actividades Auxiliares de Enfermería * Seguimiento de programas
	1984		
	FEBRE. 18	* Capacitación al Auxiliar de Enfermería en Supervisión * Controles * Supervisión de Programas	* Supervisión de programas * Controles * Supervisión de actividades al Auxiliar (indirecta).
	JULIO 25 AGOSTO 3	* Aplicar guías de Supervisión * Análisis de registros	* Guía de Supervisión al Auxiliar. * Formato de Evaluación * Formato para la comunidad

Z O N A N º 4

U P A	FECHA	O B J E T I V O S	ACTIVIDADES-INSTRUMENTOS
CARICUARA YAPU	1981 AGOSTO 4-19	* Supervisión y orientación al personal auxiliar de los Puestos de Salud. - Censo - Seguimiento - T.B.C.	* Charlas educativas * Educación Auxiliares y P.R.S. sobre Programas. * Se deja listado de 20 temas para ser dictados a la Comunidad en 2½ meses.
	ABRIL 14-24	* Supervisión, modalidad de trabajo del Auxiliar y funcionamiento del Puesto.	* Supervisión de actividades * Supervisión de actividades de Auxiliar. * Revisión de registros
	1982 FEB 20-MAY/6	* Supervisión y Evaluación del P.R.S. con la comunidad. * Orientar al nuevo Promotor * Realizar actividades de Atención Primaria (charlas) - * Censo * Observar candidatos a Promotor	* Charlas educativas (P.P.I., T.B.C. Deshidratación, etc) * Reunión con la comunidad * Actividades de Enfermería * Censo
	MARZO 30-31	* Entrevistar y seleccionar candidatos VI Curso ADEPRIS. * Verificar el respaldo de la comunidad a los candidatos.	* Información sobre la capacitación a P.R.S. * Selección de 3 promotores
	1983 AGOSTO 16/ SEPTB 3	* Reconocimiento de la zona * Reunión con la comunidad * Supervisión Auxiliares y Promotores Rurales de "Salud." * Revisar Sub-programas	* Capacitación al Auxiliar en Supervisión. * Revisión Registros * Censo * Inventario * Cronograma de actividades
	1984 ABRIL 12-26	* Conocimiento organizacional - Supervisión - Información - Asesoría	* Reconocimiento de la Zona * Atención de Enfermería * Colaboración planes de trabajo * Supervisión * Análisis de registros
	JULIO 24-28	* Verificar ejecución planes de trabajo. * Implementar programas de Supervisión.	* Guía de supervisión al Auxiliar * Reunión comunitaria para evaluar actividades P.R.S.
YAPU	1981 NOV 26-DIC 3	* Brindar Atención de Enfermería * Dictar charlas	* Educación continua a Aux. y P.R. (Toma de muestras). Charlas : T.B.C, Paludismo, etc * Evaluación actividades de P.R.S. como eje educativo.

ZONA Nº 4 (Cont....)

U P A	FECHA	O B J E T I V O S	ACTIVIDADES-INSTRUMENTOS
ARICUARA Y PU	1982	<ul style="list-style-type: none"> * Vacunación * Educación al Auxiliar 	<ul style="list-style-type: none"> * Supervisión Sub-programas * Organización Puesto de Salud * Análisis del trabajo de Auxiliar en Atención Primaria
	1983 DIC 5-14	<ul style="list-style-type: none"> * Capacitación al Auxiliar sobre Supervisión y Atención Primaria. * Dar a conocer instrumentos de Supervisión. * Inventario * 	<ul style="list-style-type: none"> * Plan de trabajo para Auxiliares y P.R.S. * Educación Continua * Implementación Programa de TB * Capacitación en instrumentos de Supervisión. * Reuniones comunitarias

O N A Nº 5

P A	FECHA	O B J E T I V O S	ACTIVIDADES-INSTRUMENTOS
CONFORT IRACUARA	1981 ABRIL 8- 23	* Reconocimiento Zona * Supervisión de Auxiliares y PRS * Organización del Programa T.B.C.	* Lista de chequeo para Auxiliares y Promotores. * Organigrama y Programación
	1982 ABRIL 2 - 4	* Entrevistar y seleccionar candidatos VI Curso ADEPRIS .	* Reunión comunitaria * Aclaración de las funciones de Promotor Rural de Salud
CONFORT ERESITA IRACUARA	1984 DIC. 4- 14	* Taller Zonal * Supervisión	* Asesoría para realizar Taller * Supervisión
	JULIO 23/ AGOSTO 1	* Asistir al Taller Zonal 3 últimos días * Visita Supervisión * Asesorar al Auxiliar en Supervisión.	* Formato de información de la Comunidad para Auxiliares y - P.R.S. * Elaboración de cronogramas * Formato de Supervisión
ERESITA	1981 MAYO 19-29	* Reconocimiento de la zona * Supervisión Programas T.B.C, inmunizaciones	* Colaboración consulta médica * Revisión de registros
BACABA	AGOS. 7-14	* Atención de Enfermería * Supervisión de actividades P.R.S * Planeación de actividades * Vacunación B.C.G. * Aplicación D.P.T. * Evaluación actividades P.R.S. en Consulta médica delegada.	* Visitas domiciliarias * Charlas
	1982 SEPT 27/ OCTB. 4	* Vacunación * Supervisión de Programas	* Organización Puesto de Salud * Programas * Supervisión del P.R.S.
	1983 MARZO 5- 15	* Vacunación (Sarampión, Polio, DPT, TT)	* Vscunación * Supervisión P.R.S. * Evaluación P.R.S. * Actividades en Sub-Programas

ZONA Nº 6

U P A	FECHA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES-INSTRUMENTOS
CONAÑA	1981		
	MARZO 30	* Supervisión al Puesto de Salud	* Arreglo Puesto de Salud
	ABRIL 1	* Vacunación	* Vacunación B.C.G.
	AGOSTO 14-25	* Supervisión	* Vacunación domiciliaria
		* Vacunación	* Colaboración con consulta exte
			* Seguimiento a Programas
	1983		
	MAYO 28	* Educación en Salud	* Vacunación (Sarampión, TT y DF)
	ABRIL 10	* Atención de Enfermería	* Supervisión a Auxiliares de En
			fermería y P.R.S.
	1984		
	ENERO 24	* Supervisión	* Capacitación de Auxiliares en
	FEBRERO 4	* Revisión de registros	Atención Primaria y Supervisión
		* Capacitación de Auxiliares en Su	* Detección de necesidades
		pervisión.	* Evaluación de actividades de la
		* Censo	* Auxiliar con la Comunidad.
TRINIDAD DEL TIOQUE	1981		
	AGOSTO 20	* Supervisión de personal	* Charlas por P.R.S.
	SEPTI. 4	* Vacunación	* Supervisión por enfermeras
		* Diagnóstico Sanitario Socio -	* Seguimiento de Programas
		Cultural.	* Guía para programación de comi-
			siones de Auxiliares y Promotor
	1982		
	AGOSTO	* Supervisión	* Vacunación
		* Educación en Salud	* Integración de actividades con
	1983		
	MAYO 3 - 13	* Vacunación (B.C.G., Sarampión,	participación de la Comunidad.
		Fiebre amarilla, polio).	
	MAYO 3 - 13	* Seguimiento Sub-Programas	* Seguimiento de sub-programas
SEPT 8 - 10	* Supervisión del Puesto de Salud	* Censo de población	
ELLAVISTA TIOQUE	SEPT 8 - 10	* Realizar diagnóstico de salud	* Atención Comité de Salud y Comu-
		* Determinación de necesidades	nidad.
			* Programación de Educación en Sa-
			lud con base en sus necesidades
	MAYO 30/JUN10	* Asistir a la constitución de la	* Evaluación de P.R.S. y Auxilia-
		ORT.	res, con formato de evaluación.
		* Realizar Supervisión y Capacita-	* Cronograma de actividades del -
		ción al Auxiliar de Enfermería -	Auxiliar y Promotor de Salud en
	sobre Atención Primaria y Super-	conjunto con la comunidad.	
	visión.		
	* Seminario de Educación Comunita-	* Se utilizaron guías de Supervi-	
	ria.	sión.	
	1984		
	SEPTIEM. 22	* Supervisión y Educación Continua	* Informe de la Comunidad para -
	OCTUBRE 1	da, conocimientos suplementarios	Auxiliares y Promotores de Salud
	de la Atención Primaria y en for	* Evaluación con la comunidad de -	
	ma integrada con la Participación	las actividades planeadas en co-	
	de la Comunidad	misiones anteriores.	
		* Implementación de Programas	

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

INTRODUCCION

El Convenio Colombo Holandés como Institución pionera en el Programa de Atención Primaria en Salud, dentro del territorio del Vaupés, ha estado presente en el desarrollo de las diferentes actividades de los componentes del Programa desde el año de 1980, desde esta fecha y hasta el momento se ha realizado una serie de acciones tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida en las comunidades de la Comisaría en asocio del Servicio Seccional de Salud del Vaupés .

Como es bien sabido, en la implementación de este Programa se han hecho una serie de gastos, los cuales deben ser evaluados para poder conocer a fondo el funcionamiento y el costo "REAL" de un determinado Proyecto de Saneamiento Básico Rural.

De otro lado, para garantizar la continuidad del Programa se deben conocer todos y cada uno de los parámetros que rigen un determinado Proyecto, asegurando de esta forma una mayor eficacia en el desarrollo de los mismos y una programación sobre bases sólidas en cuanto a lo que se refiere al presupuesto para inversión en Atención al Ambiente.

GENERALIDADES

La Comisaría del Vaupés se encuentra situada al Sur Oriente del territorio colombiano , con una extensión superior a los 50.000 km² , limita al norte con la Comisaría del Guainía, al Sur con la Comisaría del Amazonas, al Occidente con el Departamento del Caquetá y la Comisaría del Guaviare y al Oriente con la República del Brasil.

El Vaupés es un territorio esencialmente plano, selvático, con muy pocas y marcadas elevaciones de terreno, bañado por innumerables ríos y caños de caudal muy fluctuantes y no navegables en toda la extensión debido a un gran número de raudales o cachiveras que éstos poseen. Tiene una humedad relativa superior al 80% con marcada pluviosidad que oscila entre los 2,500 a 3.000 c.c. al año, de los 12 meses del año más o menos 8 son de invierno, los suelos al igual que las aguas en un gran porcentaje son ácidos. La temperatura promedio es de 30°C, con variaciones que van de los 15° a los 40°C. El Vaupés tiene una población aproximada de 20.000 habitantes, de la cual el 90% es indígena, dispersos por todo el territorio a orillas de los ríos, en aldeas que tienen entre 19 y 300 habitantes, siendo el promedio de 90. La característica predominante es la baja densidad de población y el difícil acceso a las poblaciones, por lo cual quedan unas zonas selváticas en donde ha sido imposible establecer con certeza el número de habitantes indígenas.

RESEÑA HISTORICA

Hasta antes de la estructuración del actual Sistema Nacional de Salud en el año de 1975, en esta zona funcionaba la División de Ingeniería Hospitalaria, la cual permaneció hasta finales del año 1978, a cargo del ingeniero HECTOR ZAPATA, desapareciendo este año sin tener mayores antecedentes.

Desde principios de 1979 las acciones de Atención al Ambiente, estaban a cargo de un Promotor de Saneamiento, el cual desempeñaba además las funciones de Vacunador.

En el año de 1980 se crearon los cargos de un Supervisor de Saneamiento y de un Promotor; haciéndose además el intento de capacitar a dos Promotores de la zona, lo cual no dió resultado ya que regresaron a los pocos meses fracasados.

En el año de 1981 se consigue la creación de dos nuevos cargos de Promotores enviándolos a capacitar, uno de la zona y el otro foráneo; el de la zona aprueba y el otro reprueba.

En 1982 se cuenta con 4 promotores y un Supervisor de Saneamiento, proponiendo al Ministerio la creación del cargo de Jefe de la División, lo cual no es posible debido a la congelación de cargos a nivel nacional. A finales de este año se presenta la renuncia del Supervisor de Saneamiento y un Promotor.

En 1983 se consiguió el reemplazo del Supervisor por un Técnico en Saneamiento, profesional universitario, con el propósito de estructurar el cargo de Jefe de la División de Saneamiento.

También se obtiene la creación de un nuevo cargo para Promotor.

A mediados de 1984 se presenta la renuncia del Supervisor siendo reemplazado por el actual Supervisor de la División. A finales de este año se adelantan trámites con la Oficina de Coordinación del Convenio Colombo Holandés, con el propósito de obtener con mas frecuencia asesoría técnica profesional, lo cual se logra con la vinculación de tiempo completo de un Ingeniero a partir de octubre.

En 1985, se cuenta con dos Promotores Fase I, dos Promotores, Fase II, un Supervisor de Saneamiento y un Ingeniero en calidad de Asesor de los Programas que adelanta esta División en Atención Primaria en Salud. Actualmente esta División en coordinación con la Jefatura del Servicio está adelantando trámites ante el Ministerio de Salud, para la creación del cargo de Jefe de la División. A partir de la finalización del contrato con el Ingeniero Asesor, el Convenio en asocio con el Servicio de Salud, se ve en la necesidad de reanudar el contrato de asesoría y es así como en el mes de mayo se vincula a la División, un Ingeniero al cual se le asignan funciones adscritas al cargo de la Jefatura de la División, todo ésto encaminado a la sustentación del cargo ante el Ministerio de Salud.

ATENCIÓN AL AMBIENTE COMO UNO DE LOS COMPONENTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

El Saneamiento Ambiental, es la parte de la Salud que tiene que ver con el mejoramiento de las condiciones de vida, buscando adaptar al ambiente, condiciones que permitan vivir sano, sin molestias e incomodidades.

La falta de Saneamiento en una Comunidad, ocasiona la contaminación del aire, suelo y agua, ésto a su vez ocasiona aumento en la transmisión de las enfermedades infecto-contagiosas.

Atención al Ambiente como un componente básico de la Atención Primaria, tiende a disminuir el riesgo determinado por los factores ambientales a que están sometidas las poblaciones o asentamientos humanos, de enfermar o morir.

También tiende a infundir en el individuo y en la comunidad a través de la metodología de educación comunitaria implementada por la participación de la comunidad (PACO) inquietudes y comportamientos positivos que conllevan al mejoramiento y protección del medio en que se vive (1).

(1) Seminario de la Inducción para Trabajadores de la Salud. Abril de 1985. pág 104.

1. QUE SE ENTIENDE POR ATENCION PRIMARIA EN SANEAMIENTO

Es una estrategia para poner al alcance, tanto del individuo como de las familias y las comunidades indígenas, la asistencia, - mejoramiento y mantención de las condiciones óptimas del medio - físico para el normal desenvolvimiento de la vida en común, aprovechando al máximo las condiciones de las localidades, así como los recursos humanos y materiales disponibles en la región (Tecnología Apropriada al Medio) , de tal forma que la solución resultante sea eficiente, posea bajo costo y tenga una completa participación y aceptación por parte de la Comunidad.

2. OBJETIVOS GENERALES

Tiende a disminuir la exposición tanto de las comunidades rurales como de las urbano marginales, al alto riesgo, determinado por - los factores ambientales, ejecutando acciones específicas, realizando campañas e infundiendo en el individuo y en la comunidad actividades, actitudes y comportamientos positivos de la conservación y protección del medio en que vivimos.(2)

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Los objetivos de la División de Saneamiento Ambiental del Vaupés están encaminados básicamente a solucionar problemas en los siguientes campos :

- * Construcción de Pequeños Abastos de Agua
- * Construcción de Sistemas de Filtración Lenta

(2) Taller-Seminario de Inducción para Profesionales. Informe de Evaluación 1984. pág 12

- * Construcción de sistemas de Disposición de Excretas (tazas sanitarias campesinas y letrinas botzwanas de hoyo seco mejorado)
- * Disposición final de residuos sólidos
- * Vigilancia y control de Zoonosis

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR SANEAMIENTO AMBIENTAL EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD.

Las actividades programadas en Atención al Ambiente durante los últimos años, tienen la característica especial de que se está dando prioridad a las acciones tendientes a disminuir las enfermedades infecciosas intestinales. Esto ya es política del Sistema Nacional de Salud, donde por medio de los planes seccionales de salud, se encuentra que la primera causa de morbi-mortalidad son precisamente estas enfermedades, teniendo mayor incidencia en el grupo etáreo de 1 a 5 años⁽³⁾.

A continuación se explica brevemente la metodología utilizada en cada una de las actividades encaminadas a solucionar las necesidades sentidas por la comunidad en el campo de la Atención al Ambiente .

1. ABASTECIMIENTO DE AGUA

Se considera como Abasto de Agua en el Vaupés, la solución que con lleva a dotar de agua a una comunidad indígena en calidad y cantidad suficiente, procurando emplear allí tecnología apropiada al medio.

Dentro de los programas fijados por esta División, en lo concerniente a eficiencia, tenemos que ocupa el primer lugar el Abasto de Agua Lluvia. debido a la alta precipitación pluviométrica presente en el territorio del Vaupés; por lo que es posible tener agua 8 meses al año:

(3) XIII Informe Técnico Administrativo (Programa de Atención Primaria en Salud) 1984, pág. 37.

Otros sistemas son por ejemplo, el de gravedad y el de bombeo manual en éste último tenemos el bombeo manual y el bombeo mecánico (motobombas, arietes, etc).

Se puede apreciar como en varias localidades se han instalado abastecimientos mixtos, es decir, soluciones que comunican la recolección de agua lluvia con cualquier otro de los sistemas mencionados anteriormente; de otro lado vale la pena mencionar que desde finales de 1983, se ha venido implementando para el mejoramiento de la calidad del agua, el sistema de filtración lenta, como es el caso de la localidad de Piramirí y el Hospital San Antonio de Mitú. El proceso se encuentra actualmente sometido a un seguimiento para determinar su eficiencia en esta región.

a. Reseña Histórica

Desde el año de 1980 y hasta mediados del 82, los trabajos encaminados a la construcción de abastos de agua se llevaban a cabo mediante la coordinación Convenio Colombo Holandés - INAS. El resultado final de esta coordinación, fue la ejecución de los Acueductos de Villafátima, Monfort, Acaricuara, Teresita y Arara, al igual que el Alcantarillado de Acaricuara. Debido a que el Servicio Seccional de Salud del Vaupés no tuvo una participación directa en estas obras y no posee mayor información al respecto.

A mediados del año 1982 se inician estudios tendientes a la construcción de pequeños Abastos de Agua, en el año de 1983 se llevan a cabo algunas ejecuciones y se continua con la política de realizar estudios en este campo; posteriormente en el año de 1984 se programaron algunas rehabilitaciones de los abastos ya construidos, ejecuciones de la programación del año anterior y se continua con los estudios en otras zonas del Vaupés.

Actualmente se continua con la política de realizar estudios en las diferentes zonas del Vaupés y es así como estan dentro de los Abastos de la localidad de Wacurabá, Santa Lucía, según lo presupuestado por el Convenio.

b. Proceso Constructivo

El proceso empleado ha sido siempre el mismo, solo que en los primeros años se llevó a cabo de una forma desordenada; por tal razón y además que las comunidades no aceptaban estas imposiciones, se optó por coordinar estrechamente estas actividades con la Oficina de Participación de la Comunidad, la cual entraría a subsanar en parte las deficiencias presentes hasta el momento, consistentes en la no inclusión dentro del Proyecto de un análisis socio-cultural. Esto como es lógico daba origen al desconocimiento de la idiosincrasia de las comunidades indígenas.

De otro lado, las alternativas de solución han ido aumentando desde la solución única del suministro con motobombas, hasta una variedad que cubre agua lluvia, gravedad, bombeo manual y mixto. A todos éstos se adiciona, en el último año (83, 84) el sistema de filtración lenta

ABASTOS DE AGUA

RECONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD
PACO - SANEAMIENTO - ENFERMERIA

ESTUDIO: LEVANTAMIENTO TOPOGRAFICO
POSIBLES FUENTES DE ABASTECIMIENTO DE AGUA, AFORO, TOMA DE MUESTRAS, CROQUIS, ALTERNATIVAS DE SOLUCION.

ELABORACION DEL PROYECTO: OPTAR POR UNA ALTERNATIVA, MEMORIA TECNICA, PLANOS CONSTRUCTIVOS, COSTOS, CANTIDAD DE OBRA.

EJECUCION: MANO DE OBRA COMUNIDAD, ASESORIA TECNICA. ENTREGA A LA COMUNIDAD DE LA OBRA, CREACION DE LA JUNTA ADMINISTRADORA.

SUPERVISION: RECIBO OFICIAL DE LA OBRA POR PARTE DE LA DIVISION DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.

- * Reconocimiento : Se hace un desplazamiento inicial a la comunidad seleccionada, en la cual participan los integrantes de - PACO - Saneamiento, Enfermería y/o Capacitación, con el fin de realizar el "EL RECONOCIMIENTO" de la comunidad, que consiste principalmente en inducir a la comunidad para que identifique los problemas existentes en el campo de la salud.

Luego la comunidad selecciona los problemas de mayor importancia de acuerdo a las necesidades. Además se realiza el diagnóstico higiénico sanitario de la localidad.

- * Estudio : Con base en el reconocimiento, la comunidad determina el problema prioritario y dependiendo de éste se entra a realizar el Estudio. Si el problema es de orden sanitario y conscientemente de agua se procede a ubicar las posibles fuentes de abastecimiento, realizar el correspondiente aforo, chequear la calidad del agua y fuera de todo esto , realizar un croquis de la localidad y si es necesario el levantamiento topográfico.
- * Elaboración del Proyecto : Con la información recolectada en los pasos anteriores se procede a seleccionar la alternativa que proporcione la mejor relación beneficio/costo. Se procede a la elaboración del proyecto para obtener las cantidades de obra.
- * Ejecución : En esta etapa se lleva a cabo el desplazamiento de los materiales necesarios para la construcción del Abasto de Agua; éste se realiza por vía fluvial o aérea, dependiendo de la ubicación geográfica dentro de la Comisaría del Vaupés.

Para realizar la obra, la comunidad colabora con la mano de obra y con los materiales que se encuentran en la región, tales como madera, arena, piedra, carana, etc. La asesoría técnica se lleva a cabo por intermedio del personal de la División de Saneamiento. Una vez concluida la obra se procede a organizar una Junta Administradora, que está integrada por miembros de la comunidad, quienes se encargan en última instancia del mantenimiento del Abasto y de las conversaciones.

* Supervisión

Es aquí, donde se lleva a cabo el recibo de la obra por parte de la Jefatura de la División. Se puede apreciar entonces, los resultados de las labores realizadas en varios meses, por parte de un grupo multidisciplinario (Paco - Saneamiento-Enfermería - Atención Médica) el cual con su esfuerzo hizo posible la ejecución de dicha obra.

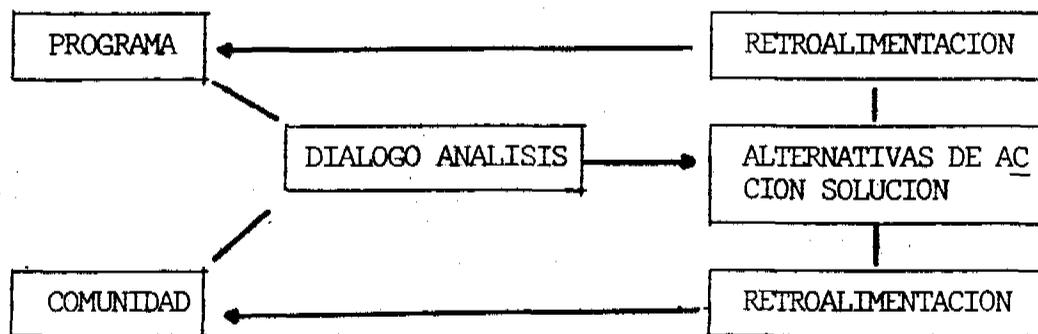
Esta etapa es fundamental para adquirir información acerca del comportamiento de las comunidades cuando han sido sometidas a la influencia de una cultura muy deficiente como lo es la del hombre blanco.

De otra lado cabe anotar que muy pocas veces se lleva a cabo esta etapa, por lo cual se desconoce mucho acerca del proceso mencionado anteriormente.

c. Problemas

Desde el comienzo del Programa, han aparecido una serie de inconvenientes de diferente índole, los cuales han afectado al normal desarrollo de los Programas fijados en este territorio. En este caso se mencionan los concernientes al suministro de agua; los cuales son de tipo social, económico y técnico :

* Iniciando con los de orden social, tenemos, que debido a que se trata netamente de comunidades indígenas, el tratamiento es diferente al que se dá cuando se trata de comunidades blancas. A continuación el esquema indica el proceso a seguir, el cual ha sido implantado por la oficina de PACO.



Este esquema muestra la metodología utilizada en una Comunidad para llevar a cabo el Programa deseado. En el comienzo del Programa (años 79, 80, 81) la coordinación PACO-SANEAMIENTO no se daba, lo cual repercutía en la no aceptación por parte de la comunidad de las obras; en los dos últimos años esta coordinación ha sido mayor y por ende ha aumentado el grado de aceptación.

- * En el campor "ECONOMICO" tenemos que por la falta de recursos las obras se realizan con un presupuesto muy reducido, lo cual es una gran limitante, ya que en ciertos casos las obras quedan sin el correspondiente sistema de filtración si es necesario.

- * En el aspecto "TECNICO" se puede apreciar una sin número de fallas , todas ellas debido a la falta de asesoría técnica. Es así como por ejemplo, en la localidad de Querarí Mitú, se hizo una mala instalación de la bomba manual gaviota lo cual ocasionó que el Abasto dejase de funcionar al poco tiempo de haber sido instalado. Otro caso que merece mencionarse es el de Bocas del Yí, en el cual la estructura elevada que contenía los tanques de almacenamiento se desplomó en el momento de la inauguración ocasionando la rotura de todos los tanques.

- * Sugerencias :
 - ° Se aconseja la construcción del "Taller Sanitario" en las dependencias del S.S.S.V., ya que con éste se inicia un Programa tendiente a la capacitación de las personas destinadas por la comunidad para el mantenimiento de los Abastos.

 - ° Debe tratarse al máximo de rehabilitar totalmente el actual laboratorio de aguas, para realizar pruebas de análisis de agua obligatorio en todos los abastos que hasta el momento no se han realizado . Se ha pensado en la vinculación a éste Programa del Departamento de Bacteriología del Hospital San Antonio de Mitú , ya que actualmente éste no participa de los análisis de agua.

- Pensando en la falta de capacitación técnica de dos Promotores de Saneamiento Ambiental, la Jefatura del S.S.S.V., envió a capacitar a Bogotá a dicho personal para realizar la Fase II del Curso.
- Se aconseja seguir coordinando las labores con Participación de la Comunidad, ya que se han visto muy buenos resultados.
- Mantener una asesoría técnica constante por parte de un Ingeniero de el Programa de Atención Primaria en lo concerniente a Atención al Ambiente.

2. DISPOSICION DE EXCRETAS

En este campo existen dos tipos de soluciones, la taza sanitaria - campesina y el sistema implantado en el último año, el de letrina - botswana de hoyo seco mejorado.

3. RESEÑA HISTORICA

En un comienzo se empleó la política de instalar taza sanitaria campesina; posteriormente se pudo observar que en muchas localidades no dió resultado y se pensó en la letrina botswana.

4. PROCESO CONSTRUCTIVO

Se llevan las tazas y los materiales necesarios para la instalación, se motiva la comunidad y posteriormente con la participación activa del indígena se excaban los hoyos y se instalan las tazas; por otro lado la comunidad se encarga de construir las casetas.

Respecto a la Letrina Botswana , el proceso es similar, se inicia con un trabajo por parte de PACO (parte social), posteriormente se procede a transportar los materiales, con ayuda de la comunidad se inicia la construcción. Cabe anotar que se implementó en Acaricuara y Belén de Inambú este proyecto, con la salvedad de que la letrina no posee basinete; no se conocen los resultados ya que la ejecución se llevó a cabo a finales del mes de julio/85.

5. PROBLEMAS

Ellos han sido, casi siempre de rechazo por parte de la Comunidad indígena, ésto se refleja en la no utilización de las tazas campesinas , lo cual se puede atribuir a la falta de educación que ellos poseen al respecto, ya que en comunidades bien trabajadas en este campo, se observan resultados satisfactorios.

De otro lado puede ser causa de fracaso el hecho de no tener el suministro de agua en el sitio donde se instala la taza, ya que el inconveniente de transportarla hace que el indígena no utilice este tipo de disposición de excretas. Se sugiere que con base en las experiencias un proceso que puede ser tal vez mas efectivo :

LETRINA	-----	LETRINA HOYO	-----	TAZA SANITARIA	-----	INODORO CON
HOYO SECO		SECO CON BA		CAMPESINA MAS		VENCIONAL.
SIN BASI-		SINETE.		AGUA.		
NETE						

Vale la pena aclarar o mencionar que el S.S.S.V. está experimentando con una letrina botswana de hoyo seco mejorado. en la maloca comunal, a ésto se le fabricó un modelo de basinete en cemento y pienza hacersele el seguimiento detallado, ya que allí constatemente es tan llegando indígenas de las diferentes regiones del Vaupés.

6. OTRAS ACTIVIDADES

Además de las labores mencionadas anteriormente cabe anotar que se realizan también en el campo de Saneamiento Básico Rural como es - el control de vectores, vigilancia y control de zoonosis y disposi ción de residuos sólidos .

A nivel de una comunidad indígena se inducen al respecto y además se logra que la comunidad trabaje en la solución de sus problemas.

De otro lado se está llevando a cabo la vacunación canina a diferentes localidades del Vaupés en la medida en que se desplazan las comisiones.

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

EDUCACION EN SALUD (EDUCACION COMUNITARIA)/VAUPES

A. INTRODUCCION

En el Vaupés el desarrollo de la Educación Comunitaria, (Educación en Salud) es necesario comprenderla como un proceso que está directamente correlacionado con Participación de la Comunidad (PACO).

Por las características sociales y culturales de las comunidades indígenas, la Educación en Salud es un elemento de permanencia constante en el trabajo de PACO, es decir se fusiona de tal manera que no puede afirmarse que existe un componente diseñado por cuanto esto es una actividad de interés constante en las reuniones comunitarias. De acuerdo a esta situación el grupo de PACO del Servicio de Salud definió y operativizó una metodología específica, que permitiera trabajar en un "todo cultural" los diferentes componentes de la Atención Primaria.

Con este parentesis se puede describir más adelante en forma global como se esta estructurando la Educación en Salud en sus diferentes niveles de operacionalización (zona, UPA, UC, comunidad). La distinción de niveles se hace aquí para diferenciar agentes educativos, los grupos destinatarios, los mecanismos aplicados y el proceso que se lleva a cabo en estos niveles.

Cabe recalcar que la metodología y modos de educación aplicados en todo el proceso conllevará a que los grupos destinatarios vuelvan -

a ser sus propios agentes educativos, lo cual se empieza a percibir con la elaboración de algunas cartillas de la región, en actividades realizadas en reuniones comunitarias y domiciliarias en donde se utilizan estos medios educativos.

Este concepto de educación de adultos con base en la investigación-participativa, no se generaliza para toda la población a educar, si no más que todo para los auxiliares, promotores y comités de salud - (líderes, profesores, etc.)

El trabajo con los niños tendrá un carácter más formal.

En este proceso entonces, se combina, según los agentes educativos y grupos destinatarios involucrados, los diferentes métodos de educación -formal y no formal-, igualmente los medios e instrumentos.

La integración y coordinación con el sector de la educación formal en el Vaupés (a través del CEP - FER y algunos internados) se está promoviendo para optimizar los recursos institucionales de la región y encausar dentro de un mismo proceso educativo.

Por fin, es importante referirse aquí al Proyecto de Educación para Territorios Nacionales (ETN 1978-1983), que desarrolló unas bases - para un modelo de educación; por lo cual nó es totalmente casual - que el plan de Educación en Salud reuna varias de estas bases, como resultado de la coordinación que existió entre el Servicio y tal - proyecto hasta que se terminó .

B. ESTRUCTURA Y DESARROLLO

En seguida se presenta un esquema de como se esta estructurando la Educación en Salud en la región, basados en los avances logrados - en diferentes zonas del Vaupés.

CUADRO No. 1
ESTRUCTURACION DE LA EDUCACION EN SALUD
(ZONA, UPA, UC, COMUNIDAD)

AGENTES EDUCATIVOS	NIVEL GEOGRAFICO Y GRUPOS DESTINATARIOS	METODOLOGIA, MECANISMOS E INSTRUMENTOS	OBJETIVOS Y PROCESO
<p>Grupo asesor multidisciplinario</p> <ul style="list-style-type: none"> -area social -capacitación -enfermería -saneamiento ambiental -otros 	<p>Nivel zonas (UPAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comités de Salud de la zona/Comité Central. -Comunidad sede UPA. 	<ul style="list-style-type: none"> -Talleres zonales de Educación Continua a Promotores. -Seminarios de Educación Comunitaria. -Supervisión de enfermería. <p>Todas las actividades con sus respectivos instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> *formato de recolección de información. Hoja de vida PRS. *formato de supervisión, etc. <p>Además se manejan diferentes métodos y técnicas educativas.</p>	<p>El grupo asesor refuerza el trabajo del auxiliar y de los promotores con la comunidad y sus organizaciones se asesoran en:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfrentar la investigación participativa con la investigación técnica, priorizando a los temas de educación, definiendo contenidos educativos. -Estructurar plan de Educación en Salud para la UPA y sus UC. -Elaborar material educativo por temas prioritarios de la zona, como etapa en el proceso de investigación participativa. -Promover y estimular diferentes métodos y técnicas de educación. -Evaluar plan de Educación en Salud.
<p>Auxiliar de enfermería</p>	<p>Nivel zonal (UPA)</p> <p>Nivel local (U.C.)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Promotores Salud -Comités Locales de Salud. -Comunidad (sede UPA). 	<ul style="list-style-type: none"> -Talleres zonales o concentraciones en la UPA -Seminarios comunitarios. -Supervisión a Promotores. <p>Todos con sus respectivos instrumentos y con diferentes met. y técnicas educativas.</p>	<p>El auxiliar con asesoría del grupo multidisciplinario y con la supervisión de enfermería, analiza la información de los promotores y realiza los Talleres y Seminarios (ver arriba).</p> <p>Además el auxiliar supervisa y asesora al Promotor y los Comités Locales en su trabajo de Educación en Salud en las UC. y comunidades.</p>

AGENTES EDUCATIVOS	NIVEL GEOGRAFICO Y GRUPOS DESTINATARIOS	METODOLOGIA, MECANISMOS E INSTRUMENTOS	OBJETIVOS Y PROCESO
Promotores Rurales de Salud	Nivel de la UC. y Comunidades a su cargo -Comités de Salud -Comunidades de la UC. y sectores de la comunidad.	-Visitas domiciliarias -Charlas y reuniones comunitarias. -Investigación técnico (SIS) e investigación participativa. La educación puede ser a nivel de grupo, de sector o individual, utilizando varios métodos y técnicas. (Elaborar material educativo o utilizar el existente (cartillas)).	-Enfrentar la investigación técnica y participativa para priorizar temas y contenidos educativos, de acuerdo con un plan de educación en Salud, etc. -Asesorar y coordinar con Comité de Salud. -Llevar el diagnóstico y la información a nivel de UPA.
Comité Local de Salud (líderes, profesores, etc.)	Nivel de comunidad -Comunidad y sectores de la comunidad (niños, mujeres, etc.)	Reuniones comunitarias o por sector (escuela), charlas individuales. -Se elabora o utiliza material educativo. -Se manejan diferentes métodos y técnicas educativas.	El Comité Local en coordinación y con asesoría del Promotor (y a veces del auxiliar), vigila y promueve la Educación en Salud a nivel de la comunidad y sus diferentes sectores. (Por ejemplo, en la escuela) además - lleva su diagnóstico local a nivel de la UC./UPA/Zona. (Seminarios comunitarios).

El esquema presentado refleja el avance en unas zonas y propuesta para otras sin aplicarlo de forma rígida.

En las etapas de Capacitación y Educación a la Comunidad, tanto en el Tiquié como en Acaricuara, fué donde se inició un trabajo de producir material educativo de acuerdo a las necesidades señaladas en las reuniones comunitarias. El personal de Promotores y Auxiliares había recibido una formación al respecto en los Talleres denominados "METODOLOGIA PARA PRODUCIR MATERIAL EDUCATIVO CON PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD", efectuados en Mitú con trabajo práctico con las comunidades del Cuduyarí y del Medio Vaupés.

Para evitar un posible mal entendido, cabe decir que la Educación en Salud no se limita a la producción de materiales educativos (por ejemplo cartillas, etc.) sino se da en diferentes maneras y con diferentes métodos según el agente educativo y el grupo destinatario.

En este sentido las visitas domiciliarias del Promotor y la elaboración de una cartilla a nivel de una zona, son elementos complementarios en el mismo proceso educativo. El Promotor puede utilizar la cartilla en su labor en la comunidad conjuntamente con otros medios e instrumentos.

Por la mencionada fusión con la estrategia social (PACO) la Educación en Salud se ha iniciado estructurándose en las zonas de Acaricuara y Tiquié y con menor énfasis en Cuduyarí y Querarí.

Esto no quiere decir que en las demás zonas los auxiliares y los Promotores no esten realizando ninguna labor de educación mediante-

sus charlas con la comunidad y visitas domiciliarias: simplemente todavía no se ha estructurado el trabajo.

La responsabilidad para llevar el proceso de Educación en Salud recae cada vez más en el auxiliar y los promotores, con asesoría del grupo multidisciplinario.

El papel docente del auxiliar para la Educación Continua a los promotores implica gran responsabilidad, dejando al auxiliar como la persona clave en este proceso. Por tal motivo, él maneja en algunos casos formatos para coordinar y supervisar el plan de educación a nivel de zona, UPA y las UCS a su cargo.

El desarrollo de los Talleres Zonales de Educación Continua a Promotores y los Seminarios de Educación Comunitaria, finalmente están dando las pautas para seguir estructurando la Educación en Salud.

Para una descripción más amplia de la Educación Comunitaria a nivel de las zonas se refiere el Capítulo VII, Participación de la Comunidad y el Informe de Evaluación Participativa. El último informe describe específicamente el trabajo del Programa de TBC en la zona de Tiquié.

C. RESULTADOS Y DISCUSION

En general es difícil hablar de resultados concretos y tangibles del proceso educativo, en cuanto a cambios conscientes en actitudes y comportamiento y por ende el mejoramiento de la salud. No obstante, fué la misma comunidad que expresó la importancia de la Educación en Salud, como condición indispensable para mejorar la salud con ---

preferencia alrededor de actividades en saneamiento ambiental, de utilización de drogas, etc.

Un logro intermedio a este proceso educativo, es la estructuración del trabajo en ciertas zonas del Vaupés, ofreciendo una perspectiva positiva para su desarrollo futuro. En este proceso se viene unificando la metodología de enfrentar la investigación técnica con la investigación participativa. Por ejemplo, se esta dando la educación comunitaria sobre el uso de drogas (tradicionales y "Blancas"), sobre la TBC., etc. apoyado y reforzado con la elaboración de cartillas en Trinidad del Tiquié, Acaricuara y Cuduyarf, cubriendo los temas más prioritarios de educación en salud en esta región.

En cuando al avance general del proceso educativo promocionado por el Servicio, se observa diferencias entre zonas y UPAS. Al mismo tiempo dentro de una zona se observa todavía otro desequilibrio entre el nivel de la zona, en los Seminarios y Talleres y el Trabajo del Promotor y los Comités de Salud con la comunidad o sectores de la comunidad.

Aclarando lo mencionado arriba, la Educación Comunitaria (Educación en Salud), se esta dirigiendo con énfasis a los Comités de Salud, Comunidades sedes de UPA, Auxiliares y Promotores, pero la educación llevada a cabo por el Auxiliar hacia los Promotores es aún más débil e inconstante y la labor educativa adelantada por el Promotor (con los comités) hacia las comunidades que tiene a su cargo, salvo algunas excepciones, es todavía más débil y circunstancial.

En conjunto, la dificultad de adelantar y ejecutar un plan de Educación en Salud tiene que ver directamente con los problemas del auxiliar que no tiene siempre posibilidades de supervisar y asesorar a

los promotores en su trabajo: en iguales circunstancias estaría algunas veces la enfermera zonal, para supervisar y asesorar el plan de Educación en cada UPA.

Una evaluación interna de los Talleres Zonales y Seminarios Comunitarios realizados concluyo en que estos eventos presentan mecanismos-funcionales para estructurar el proceso educativo siempre y cuando , se adecuen y simplifiquen los instrumentos (formatos) aplicados, para buscar su manejo más fácil y operativo como propusieron los mismos -auxiliares y promotores.

Concluyendo y como condición especial para llevar a cabo el proceso-educativo, se debe asegurar una inducción eficiente y permanente para el personal de enfermería responsable , con el grupo multidisciplinario, de asesorar y supervisar la labor educativa del auxiliar y de los promotores.

Entre otros factores dicha asesoría y supervisión continua es indispensable para consolidar el proceso educativo adelantado y equilibrarle para que se amplie a todas las zonas y a los diferentes sectores de la comunidad.

La coordinación institucional con la educación formal lógicamente - presenta otra condición indispensable. En estos momentos se esta - acentuando esta condición a través del "Plan de Sobrevivencia de la-Infancia" que el MinSalud esta promocionando.

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

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

A. POLITICAS INICIALES

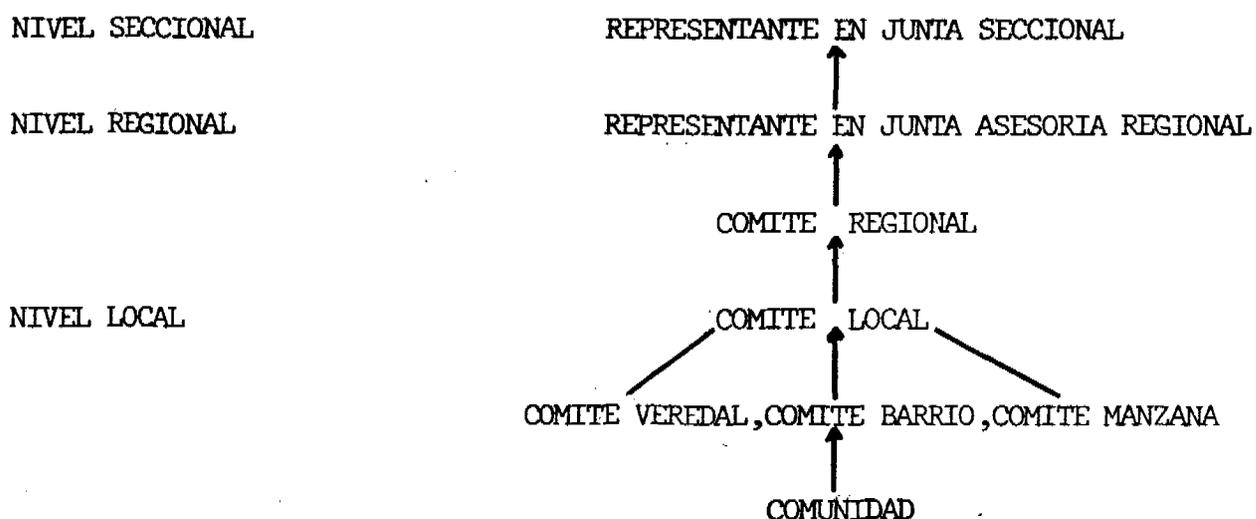
En el año de 1979 se inició el primer intento de consolidación de la Estrategia de Participación de la Comunidad con Atención Primaria en el Vaupés, a la llegada de la primera comisión de éste tipo proveniente del Nivel Central (Oficina de PACO MinSalud, Bogotá).

Los objetivos de esta visita consistían en la "implantación" de un modelo y un método aplicado en el interior del país dirigido a formar Comités Veredales para la Salud, encargada de estrechar los lazos entre los Puestos de Salud y las Comunidades distanciadas para hacer más eficaz la prestación de servicios de Salud en lo referido hacia la Atención a las Personas.

En última instancia se pretendía mirar las posibilidades de organizar un esquema experimental por niveles capaz de movilizar la población en cuestiones de Salud.

GRAFICO # 1

ORGANIZACIONES POR NIVELES



Con esta Comisión se presentó el concepto y los lineamientos a seguir para el territorio del Vaupés. En los años siguientes 1980 y 1981 el concepto se siguió desarrollando y por consiguiente no se ejecutó su "implantación" como se había pensado.

Evidentemente el desenvolvimiento normal del proceso que se quiso iniciar se vió truncao por la imposibilidad de aplicar un modelo poco apto para la Comisaría Especial del Vaupés. Además no se continuó con el seguimiento necesario requerido para iniciar un proceso especialmente en lo referido al estudio y análisis del concepto de Atención Primaria con Participación de la Comunidad.

A mediados de 1981 se organizó la Oficina de Participación de la Comunidad en el Servicio Seccional de Salud del Vaupés compuesta por un Sociólogo, un Antropólogo, una Trabajadora Social y desde 1983 (septiembre) un Promotor Social contratado por el Convenio.

En el momento de formación de la Oficina, el concepto que se tenía sobre Participación Comunitaria en Atención Primaria era muy ambiguo, el único concepto claro radicaba en la ampliación de coberturas, de tal forma que para el año 2.000 todas las poblaciones del Vaupés debían estar cubiertas con prestación de servicios de Salud.

El proceso de estudio y conceptualización de la Atención Primaria con Participación de la Comunidad, se inició en la Oficina de PACO del Servicio Seccional del Vaupés con el análisis de la bibliografía al respecto que posee el Ministerio de Salud y la UNICEF. Hasta el momento enunciado arriba, los conocimientos de la teoría de la Atención Primaria con PACO no se había iniciado en la práctica por varias razones, una de las cuales consistía en el escepticismo de la mayoría del grupo para implantar un modelo preestablecido y generalizado para todo el territorio nacional. De otro lado la iniciativa de trabajo en el terreno propendía por la integración de los diferentes Componentes de la Atención Primaria con la salida a comisión de grupos multidisciplinarios, pero los intentos de unión se deshacían cuando avanzaba un poco el proceso, volviendo los Componentes a funcionar cada uno por su lado.

En enero de 1982 la Dirección de Participación de la Comunidad del Ministerio de Salud, publicó el "PLAN NACIONAL DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD". Con miras que en el mes de Agosto del mismo año el plan estuviera con ejecución en la totalidad de los Servicios Seccionales.

La elaboración del Plan obedeció a la poca participación de la Comunidad hasta la fecha en el proceso de extensión de coberturas.

Este plan volvió a reconocer el papel fundamental que juega la comunidad en la ampliación de coberturas con servicios básicos de Salud y - dada la "falta de implantación sistemática del Componente de Participación de la Comunidad en las áreas donde se ha venido ejecutando el Plan Nacional de Salud Rural, el señor Ministro de Salud, tomó la decisión política que el Ministerio a su cargo realizará los esfuerzos necesarios para que de manera sistemática, coherente y ordenada se implante, desarrolle y mantenga un Componente adecuado para que las Comunidades de las áreas rurales, urbanas y zonas indígenas participen activa y conscientemente en el Diagnóstico, la programación, ejecución el control y la evaluación de las acciones de Atención Primaria en Salud" .

Los esfuerzos por sistematizar el Componente de Participación de la Comunidad constituye un adelanto en el mismo, pero su aplicación en - el territorio del Vaupés significaba algunos cambios adaptativos a la forma como se encontraba estructurado el Servicio Seccional de Salud del Vaupés.

En éste mismo año la Participación de la Comunidad del ServiSalud del Vaupés presentó un Proyecto de Participación de la Comunidad, en Educación en Salud dirigido por el Jefe del Servicio al Convenio Colombo Holandés en Salud, contemplando además la asesoría permanente de un - Profesional especializado en el tema, que se logra desde 1982.

Fue desde el año de 1982 que se desarrolló de forma mas sistemática la metodología de Participación de la Comunidad mediante la Investigación Participativa.

B. DESARROLLO DEL COMPONENTE

1. CONCEPTO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION PARTICIPATIVA

Aunque la base conceptual de la metodología de la Investigación Participativa ya se plasmó en muchos escritos es positivo abundar un poco en el concepto.

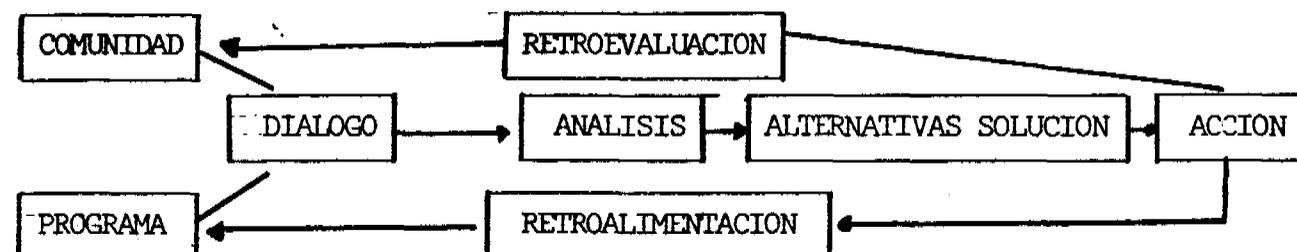
El concepto operativo de esta metodología en la práctica consta de unas etapas mínimas que hay que recorrer para tratar de lograr el inicio de una percepción consciente por parte de las Comunidades sobre los cambios que se están y seguirán presentando sin una adecuación humana para responder a tales cambios. Las etapas operativas están inscritas en el método participativo de acción comunitaria en Atención Primaria en Salud que comienza, termina y vuelve a comenzar con la Investigación Participativa.

Este tipo de Investigación involucra objetivamente a los indígenas bien sea marginados o dependientes (o tal vez no) en los procesos necesarios para definir decisiones y acciones adecuadas a la resolución de las necesidades primarias que los afectan. Como se nota, su objetivo no es quedarse meramente en la elaboración de obras sobre dependencias, marginalidad y forma de dominación, etc.

En este momento salta a la vista la necesidad que tiene el cientista social de determinarse por una posesión política comprometida con los intereses del pueblo indígena, de tal forma que participen

como coinvestigadores (Comunidad - Investigador - Profesional) de la realidad y se profundice el conocimiento de los problemas que los - afecta, con el fin de que organizadamente participen decisoriamente en la solución.

CUADRO # 2



No se trata de un esquema rígido sino de un proceso continuo en que la comunidad y el programa (sus funcionarios) entren a compatibilizar sus análisis sobre la problemática de Salud buscando alternativas de solución, con base en una Evaluación permanente.

El movimiento del proceso de Investigación Participativa se mide según la forma que la comunidad avance de la simple aceptación y colaboración pasiva de los cambios, hasta la demanda consciente de servicios y finalmente la autodeterminación y autocuidado en salud integral.

2. CASOS DEL TIQUIE Y ACARICUARA

A mediados del 82 se inició promover el Componente en solo dos zonas del Vaupés. En el área de influencia de Acaricuara según la estrategia MinSaludy en el área de influencia del Tiquié impulsando la investigación participativa. Los criterios de selección de las áreas se encuentran estipulados en el Proyecto inicial titulado "En busca de una metodología de Educación en Salud a las Comunidades Indígenas" (Mitú 1981).

En el desarrollo inicial del Componente de PACO en la zona de Acaricuara se extrapolo el Modelo Nacional (de arriba hacia abajo) pre - viendo inclusive los temas educativos a tratar lo mismo que las fechas exactas de iniciación y terminación de la promoción, organización y capacitación de Líderes, resultando una estrategia un poco - mecánica.

Los antecedentes del trabajo de PACO en la Zona de Acaricuara fue - la ejecución del Proyecto de Educación para Territorios Nacionales (ETN) que desarrolló una metodología de Educación de Adultos.

Este Programa se estableció en diferentes zonas del Vaupés después de un Seminario Operacional (SEMOP) en 1981 descontinuo su ejecución a inicios de 1983, dejando experiencias positivas a nivel de la comunidad . Posteriormente estas experiencias sirvieron para - unificar la metodología de Participación de la Comunidad en las diferentes zonas.

En el área del río Tiquié se trataba de encontrar un método de trabajo en Educación en Salud mas flexible para comunidades indígenas poco aculturadas. Por tal motivo no era conveniente trasladar el - Plan Nacional tal y como estaba concebido para todo el Territorio - Nacioanl . En este caso se buscaron las formas autóctonas de movilización y participación comunitaria en la medida que avanzaba el - proceso de implementar el Componente.

En última instancia se trató de procesar el componente verdedaramente de abajo hacia arriba pasando desde la Investigación Participativa de la realidad en Salud, hasta la priorización de problemas que necesitan solución inmediata, tratando que la comunidad se agrupe - en torno a ésto y se organicen en la medida que se va tomando consciencia de su realidad.

Antes de seguir adelante es relevante anotar que para el caso del río Tiquié se comenzó a implementar el trabajo enfatizando la Investigación en la cual la comunidad participó pasivamente sobre todo en el manejo de las encuestas y datos estadísticos.

En 1981 se realizó un Diagnóstico en la zona aplicando encuestas a nivel individual y un poco a nivel de grupos. Los trabajos de grupos se enfocaron inicialmente por el diálogo evaluativo (grabado), sobre las acciones de Atención Primaria acaecidas en la zona.

La experiencia demostró que la publicación de la investigación inicial no fue suficiente para visualizar y detectar exactamente los problemas de Salud integral de la zona. Se hizo necesario involucrar activamente las comunidades indígenas en el proceso de transformación de su calidad de vida. Por tal motivo se comenzó a reunir periódicamente y en diferentes formas a la comunidad, sus líderes, entidades institucionales vinculadas a territorios indígenas; las técnicas de trabajo se enfocan a realizar Seminarios, Talleres y trabajos participativos no solamente a nivel local sino también regional, donde se discutían las experiencias, las alternativas de solución y acciones de trabajo emanada de las bases comunitarias tendientes a mejorar su actual calidad de vida.

Vale la pena mencionar que el resultado de éste comienzo conmovió bruscamente a los Médicos, Estadísticos, Paramédicos "acostumbrados a soñar con la academia minuciosamente cultivados por largos años de estudios universitarios" (ZUTTER 81).

3. INVESTIGACION PARTICIPATIVA COMO EDUCACION COMUNITARIA

Las etapas de Capacitación y Educación Continuada a la Comunidad en la zona del Tiquié y mas luego en Acaricuara fueron el inicio de la producción del material educativo con la comunidad, como una etapa de retroalimentación dentro de la Investigación Participativa.

El método inicial de la producción de material educativo partió de la premisa de que sea la propia comunidad quien lo elabore para asegurar su entendimiento. En primera instancia se buscaba el tema escogido por la gente. Inmediatamente se entraba a sensibilizar el tema escogido de acuerdo al desarrollo histórico del mismo.

Cuando los temas son específicos de Salud física o social se dividía el tema en 4 o mas partes :

- a. Signos y Síntomas
- b. Causas
- c. Prevención
- d. Tratamiento

La identificación de los objetos educativos se elaboraba de acuerdo a las respuestas que la comunidad daba a preguntas tales como :
¿cuáles son las señas que la comunidad reconoce en las personas enfermas de Tuberculosis? Cada una de las preguntas significaba un objetivo educativo si la respuesta lo ameritaba. El mismo proceso se encontraba para realizar los objetivos educativos de los síntomas.

Cuando las respuestas (objetivos educativos) estaban suficientemente sistematizadas por el auxiliar o por su defecto, el Equipo de salud pasaba a elaborar el material. Cada respuesta sistematizada fue dibujada por miembros de la Comunidad dejando que la persona que enunció una respuesta fuera la misma que dibujara su propia idea. Luego de la prueba del material con la comunidad se realizaba los ajustes finales colocando un título al dibujo con una denotación explicativa del mismo en lengua tucana.

Finalmente el Auxiliar o Promotor dictaba la charla educativa correspondiente a la primera etapa (signos y síntomas). El mismo trabajo se realizaba con las siguientes etapas del tema, causas y prevención.

El material educativo utilizado en las charlas educativas se archivaba con el fin de mejorarlo y hacer uso de él en nuevos eventos del mismo tipo.

En las siguientes etapas del proceso operativo de PACO en la zona se procuraba que la comunidad formara la organización encargada de administrar o multiplicar la obra, los conocimientos emanados del proceso concientizador tendiente a la adquisición de una respuesta clara a los cambios que se van presentando.

En la etapa de Evaluación y Retroalimentación se formaba la organización y así se iniciaba con la elaboración de una cartilla retroalimentadora del proceso.

Es necesario aclarar que en el caso de temas diferentes a la Salud física el proceso fue el mismo, pero se diferenciaba en la etapa de Educación Continuada.,,

4. INVESTIGACION TECNICA E INVESTIGACION PARTICIPATIVA

En octubre/84 se unificó la metodología de Participación de la Comunidad para toda el área del Vaupés. Se hizo hincapié en la - Educación en Salud sistematizándola a tal punto que se le agrego la Investigación Técnica basada en los análisis de los SIS esta - dísticos e informes técnicos del personal profesional del S.S.S.V.

Esta Investigación Técnica se comenzó a comparar participativamente con la Investigación Participativa con el fin de priorizar necesidades que se van evacuando en la medida en que termina una - parte del proceso para volver a comenzar con otro tema emanado en última instancia de la Investigación Participativa . Los linea - mientos metodológicos del método participativo con Educación en - Salud quedaron en última instancia diseñado en un formato que sirve como instrumento para el trabajo del Auxiliar. Este trabajo - se está adelantando especialmente en la zona de Acaricuara.

PLAN DE TRABAJO DE EDUCACION EN SALUD

NOMBRE DEL AUXILIAR _____ FECHA _____

UPA _____ BIMESTRE _____

ACTIVIDADES	U. C.	U.C.	U.C.
1. INVESTIGACION			
a. Técnica	Fecha		
b. Participativa	Resultado		
c. Confrontación	Resultado		
° Priorización	REsultado final		
° Identif de obj. educ. según tema	(2 temas) Respuestas de la comunidad frente al problema (sean - causas y S y S , etc).		
d. Signos y Síntomas	Hacer sentir a la comunidad las necesidades de resolver el problema prioritario.		
e. Causas			
f. Tratamiento			
2. SENSIBILIZACION			
a. Análisis histórico del problema median te :	Mirar enfermedades antes, ahora y después.		
° Charlas informales			
° Prevenciones comun.			
3. EDUCACION EN SALUD (Según tema) a.s. S.y S			
a. Causas			
b. Prevención			
c. Tratamiento	(Debe elaborarse material educativo para cada uno de los item anteriores debe hacerse en conjunto con la comunidad).		
4. RETROALIMENTACION			
5. EVALUACION			

5.- PROMOCION DIRECTA - PROMOCION INDIRECTA

Como se comentaba antes en Agosto/82 bajo la asesoría del Sociólogo del Convenio Colombo Holandés en Salud y previa experiencia en la zona del Tiquié se inició sistemáticamente el Componente. En las dos zonas Paca y Tiquié se utilizaron métodos distintos en la forma de desarrollarse; pero en el fondo conservaron los mismos lineamientos - en cuanto a los objetivos se refiere. En este momento histórico - para la Oficina de PACO del SSSV se comienza a diferenciar entre - promoción directa e indirecta en Salud.

La primera, recalca las acciones concretas a nivel de la comunidad a través del grupo social, la segunda implementa la promoción a nivel de la institución dirigida hacia el personal de salud que debe mirar la Participación de la Comunidad como una estrategia integral y no como un componente aislado, sino que debe ser el elemento fundamental en cada uno de los Componentes de Atención Primaria. En vista del avance inicial éste consiste en la delimitación conceptual de las funciones de promoción en salud que ejerce la Oficina. Se amplió la promoción directa en las zonas del Vaupés Medio y Cuduyari; por tal motivo se realizó a fines de 1982, la práctica de Promotores correspondiente a la promoción de ese año con el fin de empezar el diálogo comunitario para continuar con el Programa en el año de 1983. Hasta el momento el concepto de Atención Primaria se estaba dilucidando pero la integración de las diferentes secciones del Servicio trabajaban aisladamente, sobre todo en el momento de realizar la Promoción Directa en el terreno presentándose paralelismo, discontinuidad, etc, en los programas, con el agravante de que la Comunidad recibía los Programas enérgicamente y sin un piso de conjunto y de organización programática.

A comienzos de 1983 se presentó una crisis administrativa y de personal . El componente de PACO se vió disminuído en su capacidad ejecutiva por falta de personal idóneo para laborar en sus aspectos pertinentes. En septiembre de 1983 luego del reestablecimiento de la Oficina, se reactivo el Componente en el Vaupés comenzando en el área de influencia de la UPA de Acaricuara.

Después de concretizar el enunciado epistemológico de la metodología utilizada para el Vaupés, vino el reactivamiento del Comité de Atención Primaria del SSSV, encargado de la planeación y evaluación de las acciones pertinentes a la Atención Primaria. Este Comité había sido gestado desde 1981 pero no se había desarrollado plenamente hasta 1983 por la mencionada crisis administrativa. A finales de 1984 se recuperó el grupo después de haber sufrido otra crisis a mediados del año, dando las pautas para la programación de la Atención Primaria en 1985, en estos momentos el grupo ha dejado otra vez un poco de dinamismo.

6. MECANISMO DE TRABAJO E INTEGRACION DE COMPONENTES

A nivel de la Comunidad se desarrollaron los Seminarios de Educación Comunitaria en combinación con los Talleres Zonales de Educación Continua a Promotores para lograr la promoción directa y la integración de componentes (Capacitación, Enfermería, Saneamiento Ambiental). Asi mismo éstos mecanismos buscan relacionar la estructura de la organización comunitaria con la estructura institucional (Promotores, Auxiliares de Enfermería).

A nivel del Servicio se promovió la promoción directa a través de los Seminarios de Inducción al personal nuevo y la integración de componentes a través de la Programación.

La programación de actividades de PACO para el año 84 se efectuó - con los Jefes de cada Programa en coordinación con el Coordinador de PACO con el fin de asegurar la integración de las actividades - para el trabajo conjunto, pues la unión de la Sección de Capacitación, Supervisión y Saneamiento Ambiental fueron saludables.

En conclusión podemos decir que el proceso de integración de los diferentes Componentes de la Atención Primaria con PACO va en aras de simbolizar la participación comunitaria en Educación Continuada para enfrentar y generar los cambios de una forma diferente al de la consciencia comunitaria enajenada.

A nivel Inter-Institucional se busca uniformizar esta metodología a través de la coordinación con la Oficina de Asuntos Indígenas y con el CEP (Centro Experimental Piloto del FER) y por ende los profesores rurales indígenas.

7. EVALUACION PARTICIPATIVA Y MEDICINA TRADICIONAL

La Evaluación Participativa dentro de la estrategia social es parte integral de la Investigación Participativa (Ver Cuadro # 2) - para el inicio del proceso de Investigación Participativa se evalúa con la comunidad las experiencias con la salud (tradicional e institucional) y con el avance del proceso se continúa, evaluando - sobre el Programa y las acciones de la comunidad para su respectivo mejoramiento.

La Evaluación del Programa se promovió desde 1983 a nivel zonal, con los respectivos Comités y Organizaciones Indígenas y luego a nivel regional en el Congreso de CRIVA. Los mecanismos para esta evaluación son los mismos Seminarios de Educación Comunitaria que se desarrollaron en el curso del año/84.

Para el actual año se está sincronizando la Evaluación del Programa con la Propuesta del CRIVA para discutirla en el octavo Congreso en Noviembre. En este mismo evento se prevee la Evaluación de la producción y distribución de las cartillas en las diferentes zonas para ver su utilización en un Plan de Educación en Salud a la Comunidad.

Las Evaluaciones pueden estar parciales (sobre Promotor, la Cartilla) o a veces integral (sobre el Programa). En breve la Evaluación Participativa no se desvincula de la estrategia social en que conjugan la Investigación Participativa y la Evaluación Participativa dentro de un mismo proceso educativo a nivel de la Comunidad.

En cuanto a la Medicina Tradicional cabe mencionar que nunca fue un objeto de estudio académico, mas se evalúa e investiga con la Comunidad sobre la Medicina Tradicional a raíz de un problema concreto y sentido para ver su posible relación y diferencia con la medicina institucional. Así se busco articular en la práctica las dos medicinas a nivel de la comunidad y verlas en sus aspectos de síntomas, causas, prevención y tratamiento, todo con el fin de conocer, entender y mejorar la salud de la Comunidad.

En este Plan se asesorabá un Congreso Zonal de PAYES, se elaboró la Cartilla sobre uso de drogas, TBC, etc. Lo mas llamativo fue la investigación sobre la fiebre tifoidea en la zona de Acaricuara

después de una pequeña epidemia en que se enfrentó la visión de la comunidad con la visión de la medicina occidental sobre las causas, síntomas, prevención y tratamiento.

C. RESULTADOS Y DISCUSION

El trabajo del Area Social a nivel de la Comunidad es difícil de evaluar en resultados concretos. Además es difícil de definir cuales resultados sí y cuales no se pueden adscribir a la intervención del grupo, por la existencia de muchos otros factores que intervienen a nivel de la Comunidad.

No obstante estas limitaciones se puede en combinación con la Evaluación - Participativa, concluir algo sobre los resultados en términos cualitativos.

En vista de que la estrategia social se ha diferenciado por zonas de - mayor y menor intervención se justifica dar una descripción breve por cada zona. Sin negar los casos aislados y locales de Participación de la Comunidad promovido por el Promotor o en las obras de saneamiento - ambiental , se refiere en esta revisión mas que todo a la estrategia - global de reforzar y relacionar la estructura comunitaria (sea Comités Organizaciones Zonales, etc) con la estructura institucional formado - por el Promotor, Auxiliar y la Sección de Enfermería .

Es mediante estas dos estructuras que se promueve y consolida la Educación Comunitaria como uno de los objetivos principales de la estrategia del área social.

ZONA 1 : PAPANAGUA - QUERARI

En 1984 se inició estructurar la promoción directa en la - Zona del Querari mediante el Seminario de Educación Comunitaria con el Taller Zonal de Educación Continua a las Promotores. Se reforzaba su estructura comunitaria (ORIQ) y se inició la elaboración de una Cartilla de Educación. En 1985 no se logró dar su respectivo seguimiento poniendo en peligro el avance obtenido.

ZONA 2 VAUPES MEDIO Y ALTO

En esta zona no se ha logrado estructurar bien la promoción directa y establecer una relación de trabajo con las Comunidades y su organización zonal ORIVAM. Cabe mencionar que el Vaupés Medio fue una zona estratégica para el trabajo del Área Social en su política inicial. Además para el año se proyectaba ampliar la promoción directa por el Grupo Social a ésta zona.

ZONA 3 CUDUYARI, VILLAFATIMA

Aunque existe en la zona del Cuduyarí una organización indígena bien consolidada (UDIC) no fue posible de estructurar la promoción directa y menos en Villafátima. La elaboración de una Cartilla de Salud, fue más que todo promovida por el área de Capacitación y Enfermería dentro de las actividades de producción de materiales educativos.

Igual como en la zona del Vaupés Medio las intervenciones del área social se realizaron principalmente en apoyo a las actividades del área de Capacitación (prácticas de cursos) y del área de Saneamiento Ambiental.

ZONA 4 ACARICUARA YAPU

En esta zona se ve el mayor avance de la estrategia social en cuanto a la educación comunitaria y a la relación entre la estructura comunitaria (UNIZAC) y la estructura institucional (Promotores, Auxiliar y Enfermera). Se realizaron varias evaluaciones (parciales) y se está estructurando la Educación en Salud a través del Auxiliar y los Promotores.

Esta zona fue estratégica y de mayor intervención del área social, en coordinación con los demás Componentes del Programa.

ZONA 5 PAPURI (MONFORT, TERESITA, PIRACUARA, IBACABA)

Por su relación tradicional con la zona de Acaricuara y UNIZAC, se ha avanzado mas o menos en esta zona aunque obedecía mas a la propia dinámica del UDIP y menos a un trabajo directo y continuo del Area Social. Desde 1984 se iniciaron los Talleres Zonales y Seminarios para esta Zona.

ZONA 6 SONAÑA, PACOA, TIQUIE

Recien en este año se inició la promoción directa en el Caño Colorado (Sonaña, San Miguel, Ní, etc) con una pequeña Evaluación Participativa.

El Tiquié se inició en el año 1982 con un trabajo sistemático y actualmente existe una estructura comunitaria autónoma y dinámica ; el ORIT que promueve la Organización y la Educación hacia las demás comunidades de la Zona (Caño Comeña).

Varios programas o actividades en Tiquié y Bellavista fueron resultado de la Participación de la Comunidad (Abasto de agua, Puesto de Salud, Plan de Educación en Salud y elaboración de una Cartilla de T.B.C, etc). La Cartilla "Como manejamos nuestro futuro", se realizó como una Evaluación Participativa sobre la organización y la construcción del Puesto de Salud. Tiquié también fue zona estratégica en la política inicial del Componente.

NIVEL DE LA REGION

Con el CRIVA se buscó promover el intercambio de experiencias de las zonas y organizaciones para uniformizar el trabajo en toda la región. Esta promoción se ve durante los años a veces con mas o menos éxito, aunque para el año 1985 se está coordinando sobre la evaluación del programa a nivel regional durante el Congreso del CRIVA, en vista de ésto el área social está promocionando la Evaluación Participativa - del Programa de las diferente zonas (Acaricuara, Yapú, Papurí y Querari - Tiquié), para su discusión final en el Congreso.

Vale la pena decir para la uniformización del trabajo a nivel regional hay que tener en cuenta las diferencias en el proceso de aculturación y cambio en cada zona por las diferentes influencias externas (la misión, la coca, la colonización, el oro, etc).

En Resumen : La metodología de Investigación Participativa se ha desarrollado muy positiva como una Educación permanente a la Comunidad según los lineamientos de la Resolución 10013 del MinSalud para prestación de servicios de salud a las comunidades indígenas, las experiencias con los mecanismos desarrollados (Seminarios, Talleres Zonales, Promoción Indirecta, la estructuración de la Educación en Salud y la elaboración de Cartillas, etc) son valiosas pero todavía receptiva a adecuaciones previa su respectiva evaluación.

Se avanzó con la integración de los Componentes de Capacitación, Enfermería y Saneamiento Ambiental a nivel conceptual y en la programación para el año.

No obstante en estos avances se está consciente de que existe todavía un desequilibrio geográfico en la operacionalización regional y que la integración de componentes no se ha consolidado completamente en la práctica. Además se ve la necesidad de ampliar la educación comunitaria a todos los grupos de la comunidad .

El desequilibrio geográfico en el desarrollo del Componente obedece principalmente a la estrategia de intervención diferenciada del área social como se ha venido planteando desde su política inicial, énfasis en Acaricuara, Tiquié y Vaupés Medio y a raíz de experiencias obtenidas , ampliando a las demás zonas desde 1984/1985.

Independiente de ésta no se puede negar que un factor importante que limitaba el desarrollo en las demás zonas (incluyendo Vaupés Medio), fue el débil consenso al interior del grupo social que por fin puede conllevar a una confusión en la comunidad.

En cuanto al papel del área social se observa un cambio y adaptación continua desde su creación ; primero se acompañaba a las comisiones médicas para relacionarlas con la Comunidad, haciendo diagnósticos socio-culturales para obtener mas conocimientos

Luego cuando se seleccionaron y ubicaron los Promotores, se dedicó a desarrollar una metodología de trabajo para promover la participación de la Comunidad y para relacionar el trabajo del Promotor con la Comunidad y para integrarla con los demás componentes del programa.

En estos momentos como ya se estableció una metodología y algunos mecanismos de trabajo, el papel del área social se vuelve mas a nivel de inducción y asesoría al grupo multidisciplinario para consolidar la metodología a nivel de los demás Componentes , promoviendo una evaluación permanente.

Para lograr este objetivo , consolidar y equilibrar el desarrollo del Componente en toda la región, es necesario que exista un consenso al interior del grupo el cual unifique el trabajo a nivel de la comunidad y del personal del Servicio. Significa además delegar ciertas funciones a otras áreas como de Enfermería para promover la Educación Comunitaria en Salud a través del Auxiliar y los Promotores que ya se ve en la Zona de Acaricuara y Tiquié.

Lo anterior implica un mayor trabajo de inducción por el grupo a los demás funcionarios involucrados en el trabajo multidisciplinario con la Comunidad, algo que no es fácil por la rotación continua del personal que no siempre reúne las aptitudes adecuadas.

Cabe recalcar en este sentido que el trabajo con la comunidad es delicado por el compromiso y confianza que se adquiere. Una discontinuidad en el trabajo o un cambio brusco de la metodología puede tener repercusiones negativas que hacen perder mucho de lo alcanzado. Para sustentar y consolidar el trabajo del área social como se ha venido desarrollando desde 1980 a nivel del Programa es indispensable que se mantenga al apoyo a nivel directivo, para que los Componentes de Atención Primaria no funcionen cada uno por su lado.

A B R E V I A T U R A S

- 1 **CRIVA** : CONSEJO REGIONAL INDIGENA DEL VAUPES
- 2 **UNIZAC** : UNION INDIGENA DE LA ZONA DE ACARICUARA
- 3 **UDIC** : UNION DE INDIGENAS CUBEOS
- 4 **UDIP** : UNION DE INDIGENAS DEL PAPURI
- 5 **UNIQ** : UNION DE INDIGENAS DEL QUERARI
6. **ORIT** : ORGANIZACION INDIGENA DEL TIQUIE
7. **ORIVAM** : ORGANIZACIONES INDIGENAS DEL VAUPES MEDIO
- 8 **U.C.** : UNIDAD DE COBERTURA
9. **UPA(S)** : **UNIDAD(ES) PRIMARIA(S) DE ATENCION**
- 10 **E.C.** : EVALUACION COMUNITARIA
- 11 **I.P.** : INVESTIGACION PARTICIPATIVA

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

C O S T O S

NOTAS RELATIVAS AL ANALISIS DE COSTOS EN LOS PROGRAMAS DE ATENCION
PRIMARIA DEL CONVENIO - 1980 - 19841. AJUSTES A LOS INSTRUMENTOS Y AL PROCESO:

Como resultado de la discusión en Equipo y del proceso mismo, se encontró la necesidad de ajustar los instrumentos a utilizar en el proceso de recolección consolidación y presentación de la información de costos en las cuatro áreas de influencia del convenio. Fué así como se diseñaron inicialmente los formularios:

- * ECCCH - 1 - Hoja detalle del costo, el cual fué utilizado sin modificaciones.
- * ECCCH - 2 - Hoja de registro de costo directo e indirecto, el cual se suprimió por razones obvias, pues, la información disponible no permitía obtener costos indirectos en forma clara.
- * ECCCH - 3 - Hoja resumen del costo, el cual se suprimió por dificultad para la interpretación del dato.

Para subsanar estas deficiencias se optó por los diseños siguientes:

- * Una hoja de costo por actividad con un nivel un poco más agregado - del costo por cada fuente financiadora y al final un consolidado de los costos del Convenio y Contrapartida.
- * Un cuadro resumen por año, el cual contiene la siguiente información:
 - Una primera columna que define los componentes y actividades, un sub-total por componente y un un gran total.
 - Una matriz del costo para funcionamiento, mostrando los tres -

elementos básicos del costo, servicios personales, suministro y gastos generales y al final un sub-total para funcionamiento. Todo esto dividido entre las dos fuentes financiadoras, Convenio y Contrapartida.

- Una matriz del costo para inversión con una variable mas del costo o sea DOTACION tambien para Convenio y para Servicio con un Sub-total para Inversión.
- Al final del cuadro una columna de Gran total, o sea, la suma de funcionamiento mas inversión, diferenciando Convenio y Servicio.

En cuanto a los objetivos, el estudio de costos puede mostrar cómo ha sido la ESTRUCTURA, entendida como el conjunto de insumos para producir una actividad y la combinación de esta información de costos con los datos de logros en cada actividad nos dará una idea de cómo ha sido el proceso y a qué costo ha sido el producto o impacto en las Comunidades.

2. ANALISIS DE LOS RESULTADOS POR COMPONENTES:

2.1 SELECCION, CAPACITACION, SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA.-

Los costos en este componente aparecen sub-estimados en lo que respecta a Selección, Supervisión y Educación Continua. Los principales factores que influyen en la sub-estimación del costo podemos señalar:

- La dificultad de ponderar salarios a falta de la desviación de la planeación en estas actividades, igual sucede con viáticos, transporte, transporte y suministros.
- La falta de registros sistemáticos para este tipo de actividad.
- La elasticidad en los presupuestos
- La falta del detalle contable.

Por tal razón para este tipo de actividad se sugiere para la proyección, no utilizar el análisis retrospectivo de información en costo.

En cuanto a la capacitación, se tiene un dato mas ajustado; sin embargo, no deja de presentar sus deficiencias, las que podemos definir así:

- En algunos casos los cursos van de un año a otro.
- Las dotaciones no son adquiridas en los periodos programáticos -
cos.
- La elasticidad de los presupuestos.
- La falta del detalle contable que es común a todos los componentes.

2.2 SUMINISTRO Y DOTACION.-

En cuanto a este Componente nos proponíamos dar una idea de, por ejemplo:

- Qué cuesta dotar un Centro de Salud.
- Qué cuestan los suministros a Promotoras, por mes y por año .
- Qué suministros se requieren en las Unidades Administrativas.

Pero el nivel de agrupación de la información y los problemas - presupuestales y de registro contable que mencionamos anteriormente -
mente, solo nos permite dar el monto de la inversión en dotación y el monto de los suministros y a que unidad de atención están dirigidos.

2.3 CONSTRUCCION Y REMODELACION.-

Al igual que Suministro y Dotación, el nivel tan agregado de la información solo nos permite conocer por año el monto de lo -

invertido en construcción y remodelación, sin poder precisar por ubicación geográfica dentro de cada área el costo por metro cuadrado de construcción, según el tipo de construcción.

2.4 SANEAMIENTO.-

La información nos permite un poco mas de elementos para el análisis pues en este componente estamos dando la información por año y por actividad final, lo cual si nó permite un costo exacto de la obra, se puede cruzar con población beneficiaria y tendremos un dato mucho mas importante, costo unitario.

Sin embargo este componente y el de construcción y remodelación presenta los siguientes inconvenientes para el uso del dato:

- El uso de materiales similares.
- Falta de administración en los suministros.
- El sistema de contratación.
- El registro contable.

2.5 EDUCACION EN SALUD.-

En este componente el costo solo puede medir el monto de la inversión comparado con los programas realizados por año en Educación en Salud, el uso de los materiales elaborados y si se puede los resultados alcanzados en cambio de conducta de las comunidades beneficiarias del programa de Educación en Salud.

2.6 PARTICIPACION COMUNITARIA E INVESTIGACION.-

La idea era poder tener un costo de cada una de las etapas del proceso y de investigación participativa, con el objeto de poder planear en forma mas racional programas de desarrollo comunitario para el futuro, pero la información con el nivel de agregación

que nos presenta, solo nos permite conocer el monto de la inversión en investigación y el monto del gasto en desarrollo comunitario, lo que nos dificulta construir un indicador manejable por las características y proyecciones tan amplias de los resultados en este tipo de actividades.

Este componente pues, se encuentra limitado por uno de los problemas que hemos venido mencionando, cual es la falta de detalle en el gasto y uno más, fijar una meta en el tiempo.

2.7 APOYO ADMINISTRATIVO Y ASESORIAS.-

Es un dato crudo que nos dice cuánto han gastado las Instituciones comprometidas en el desarrollo del programa, para implementar la estrategia de Atención Primaria en todos sus niveles y el costo de las asesorías externas.

**ANALISIS PORCENTUAL DEL COSTO POR COMPONENTE Y FUENTE FINANCIADORA
VAUPES - 1980 - 1984**

COMPONENTES	1980		1981		1982		1983		1984	
	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.
CAPACITACION, SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA	8.7	1.9	16.2	21.3	1.2	10.3	2.6	9.4	1.4	4.1
	10.6		37.5		11.5		12.0		5.2	
DOTACION	0.6	31.4	-	-	6.1	57.1	-	2.1	-	3.0
	32.0		-		63.2		2.1		3.0	
SUMINISTRO	-	-	-	-	-	-	-	17.9	0.004	11.6
	-		-		-		17.9		11.604	
CONSTRUCCION Y REMODELACION	3.5	13.2	8.2	15.8	1.1	-	0.2	34.8	-	2.5
	16.7		24.0		1.1		35.0		2.5	
SANEAMIENTO	3.2	12.4	1.1	2.0	4.2	4.4	1.7	10.9	2.8	8.3
	15.6		3.1		8.6		12.6		11.1	
EDUCACION EN SALUD	-	-	-	1.2	0.3	1.0	1.0	-	-	0.8
	-		1.2		1.3		1.0		0.8	
PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD	-	2.3	-	5.7	-	5.0	1.8	6.1	2.1	3.8
	2.3		5.7		5.0		7.9		5.9	
INVESTIGACION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-		-		-		-		-	
APOYO TECNICO HOLANDES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-		-		-		-		-	
APOYO ADMINISTRATIVO	-	22.8	-	28.6	-	9.4	-	11.4	0.02	59.5
	22.8		28.6		9.4		11.4		59.52	
TOTAL	16.0	84.0	25.5	74.5	12.9	87.1	7.3	92.7	6.324	93.6
	100.0		100.0		100.0		100.0		100.0	

3. ANALISIS PORCENTUAL DE LA COMPOSICION EN LA EJECUCION:

3.1 GASTOS INVERSION Y FUNCIONAMIENTO.-

La composición de los gastos en las 4 áreas fue como nos muestra el siguiente cuadro, según sean de inversión o funcionamiento por fuente financiadora.

AREAS	1980		1981		1982		1983		1984	
	FUN.	INV.	FUN.	INV.	FUN.	INV.	FUN.	INV.	FUN.	INV.
CHOCO	51.3	48.7	58.2	41.8	59.0	41.0	57.9	42.1	84.2	15.8
URABA	40.7	59.3	73.3	26.7	33.4	66.6	41.0	59.0	47.6	52.4
GUAVIARE	64.5	35.5	35.9	64.1	42.0	58.0	62.3	37.7	72.4	27.6
VAUPES	52.3	47.7	45.3	54.7	24.6	75.4	42.1	57.9	84.4	15.6
TOTAL	53.7	46.3	51.0	59.0	40.1	59.9	53.1	46.9	78.2	21.8

3.2 Según fuente financiadora el gasto se distribuyó como sigue:

AREAS	1980		1981		1982		1983		1984	
	CCH.	SSS.	CCH.	SSS.	CCH.	SSS.	CCH.	SSS.	CCH.	SSS.
CHOCO	62.7	37.3	63.5	36.5	49.4	50.6	52.9	47.1	24.7	75.3
URABA	59.2	40.8	27.2	72.8	55.5	44.5	33.3	66.7	37.6	62.4
GUAVIARE	64.1	35.9	49.1	50.9	48.1	51.9	33.1	66.9	31.1	68.9
VAUPES	16.1	8.9	25.4	74.6	12.9	87.1	7.3	92.7	7.1	92.9
TOTAL	36.6	63.4	42.8	57.2	37.1	62.9	35.7	64.3	3.4	76.6

- 3.3 Según fuente financiadora y Componente se presenta una distribución porcentual del gasto, y como fuente de los datos presentamos los consolidados por todas las áreas de los siguientes cuadros:
- * Distribución del gasto según destinación de 1980 - 1984 .
 - * Distribución del gasto en todas las áreas según fuente financiadora.

GASTO POR HABITANTE EN ATENCION PRIMARIA SEGUN FUENTE FINANCIADORA POR POBLACION
CUBIERTA EN LAS AREAS DEL CONVENIO - BOGOTA

1 9 8 0 - 1 9 8 4

A R E A S	G A S T O T O T A L			POBLACION CUBIERTA	GASTO POR HABITANTE		
	C. C. H.	S. S. S.	CCH. + SSS		C. C. H.	S. S. S.	T O T A L
C H O C O	112.224.344	168.052.041	280.276.385	16.146	6.951	10.408	17.359
U R A B A	36.511.682	55.901.087	92.412.769	23.054	1.584	2.425	4.009
G U A V I A R E	55.417.297	88.424.421	143.841.718	6.768	8.188	13.065	21.253
V A U P E S	22.537.037	163.088.845	185.625.882	12.498	1.803	13.049	14.852
T O T A L	226.690.360	475.466.394	702.156.754	58.466	3.877	8.132	12.009

GASTO POR HABITANTE EN ATENCION PRIMARIA SEGUN FUENTE FINANCIADORA
 POR POBLACION TOTAL EN LAS AREAS DE INFLUENCIA DEL
 CONVENIO - BOGOTA
 1980 - 1984

A R E A S	G A S T O T O T A L			P O B L A C I O N TOTAL	G A S T O P O R H A B I T A N T E		
	C. C. H.	S. S. S.	CCH. + SSS		C. C. H.	S. S. S.	T O T A L
C H O C O	112.224.344	168.052.041	280.276.385	125.602	893	1.338	2.231
U R A B A	36.511.682	55.901.087	92.412.769	125.457	291	446	737
G U A V I A R E	55.417.297	88.424.421	143.841.718	81.208	682	1.089	1.771
V A U P E S	22.537.037	163.088.845	185.625.882	29.193	772	5.587	6.359
T O T A L	226.690.360	475.466.394	702.156.754	361.460	627	1.315	1.943

DISTRIBUCION DEL GASTO POR DESTINACION EN LAS AREAS DEL CONVENIO

1 9 8 0 - 1 9 8 4

AREAS	1 9 8 0		1 9 8 1		1 9 8 2		1 9 8 3		1 9 8 4	
	FUN.	INV.	FUN.	INV.	FUN.	INV.	FUN.	INV.	FUN.	INV.
C H O C O	4.457.122	4.226.281	15.765.848	11.302.846	26.076.542	18.092.181	37.489.123	27.267.686	114.327.983	21.270.773
	8.683.403		27.068.694		44.168.723		64.756.809		135.598.756	
U R A B A	1.893.665	2.753.248	11.836.380	4.314.013	6.271.696	12.525.218	8.928.646	12.851.989	14.776.424	16.271.490
	4.646.913		16.140.393		18.796.914		21.780.635		31.047.914	
G U A V I A R E	6.263.194	3.450.394	9.528.784	17.025.052	11.557.209	15.998.949	22.531.615	13.665.811	31.721.693	12.109.017
	9.713.588		26.553.836		27.546.158		36.546.158		43.830.710	
V A U P E S	8.242.897	7.527.499	12.449.850	15.062.223	12.030.820	36.917.381	14.234.627	19.584.710	50.293.077	9.282.799
	15.770.396		27.512.073		48.948.201		33.819.336		59.575.876	
T O T A L	20.856.878	17.957.422	49.580.862	47.694.134	55.936.267	83.533.729	83.184.011	73.370.196	211.119.177	58.934.079
	38.814.300		97.274.996		139.469.996		156.554.207		270.053.256	

DISTRIBUCION DEL GASTOS SEGUN FUENTE FINANCIADORA

1 9 8 0 - 1 9 8 4

AREAS	1 9 8 0		1 9 8 1		1 9 8 2		1 9 8 3		1 9 8 4		T O T A L	
	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.
CHOCO	5.444.962	3.238.441	17.181.158	9.887.536	21.812.922	22.355.801	34.234.599	30.522.210	33.550.703	102.048.053	112.224.344	168.052.041
URABA	2.753.248	1.893.665	4.394.013	11.746.380	10.442.499	8.354.415	7.260.854	14.519.781	11.661.068	19.386.846	36.511.682	55.901.087
GUAVIARE	3.491.390	6.222.198	13.052.205	13.501.631	13.254.602	14.291.556	11.971.805	24.225.621	13.647.295	30.183.415	55.417.297	88.424.421
VAUPES	2.533.569	13.236.827	6.998.679	20.513.394	6.292.755	42.655.446	2.456.194	31.363.142	4.255.840	55.320.036	22.537.037	163.088.845
T O T A L	14.223.169	24.591.131	41.626.055	55.648.941	51.802.778	87.657.218	55.923.452	100.630.754	63.114.906	206.938.350	226.690.360	475.466.334

OBSERVACIONES:

Es de tener en cuenta que los datos de costos correspondiente a Servicios de Salud o Contrapartida, están mas que todo sobre la base de la información que rinden los Servicios y en otros casos de la que se pudo disponer en su contabilidad .

PROGRAMA : YAUPES
 COMPONENTE : SANEAMIENTO
 ACTIVIDAD : DISPOSICION DE EXCRETAS

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

AÑO	LUGAR	MANO DE OBRA	TRANSPORTE	MATERIALES	TOTAL
1983	Tapurucuara	34.527 18.038	27.000 11.400	- -	- 29.438
1982	Querarf	7.500	8.000	41.280	56.780
1982	Quemanaos	13.014	3.800	-	16.841
1983	Sta. Cruz	8.690	-	-	8.690
1981	Yuruparf, Caruru	36.881 22.500	24.984 -	120.437 53.371	- -
1982-84	Mandf, Yuruparf	62.823	44.286	-	-
1982-84	Caruru	42.531	15.000	-	-
1983	Mandf	26.090	14.960	-	41.050
1983	Yacayaca	3.966	4.900	23.600	32.466
	Sta. Rosa	32.954	20.350	82.570	-
		-	-	68.000	-
	Arara-Cuduyari	107.071 20.000	38.221 -	96.040 14.040	- -
1981-82 83	Villafatima	115.982	75.620	43.600	-

PROGRAMA : VAUPES
 COMPONENTE : SANEAMIENTO
 ACTIVIDAD : DISPOSICION DE EXCRETAS

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

2.

AÑO	LUGAR	MANO DE OBRA	TRANSPORTE	MATERIALES	TOTAL
1982	Camuti	9.644	2.410	-	12.054
1982-83	Acaricuara	38.469	38.500	-	-
1984		62.711	71.000	187.000	-
		-	-	36.000	-
1982-83	Monfort y Teresita	71.339	81.400	92.077	-
	Piracuara y Yapú	42.492	66.000	43.424	-
	Ibacaba	8.951	-	-	8.951
1981-82	Pacoa	33.577	13.000	-	-
	Trinidad del Tiqué	25.301	46.000	-	-

PROGRAMA : WAUPES
 COMPONENTE : SANEAMIENTO
 ACTIVIDAD : ABASTOS DE AGUA

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

AÑO	LUGAR	MANO DE OBRA	TRANSPORTE	MATERIALES	TOTAL
1984	Tapurucuara	36.877 280.000	21.800 -	618.496 344.800	- -
1982	Yurupari, Cerros Mandí	11.490	15.000	-	-
1983	Yurupari	26.090	31.500	42.300	99.890
1983	Yacayaca	4.618	6.800	42.300	53.718
1984	Mandí	32.933 -	16.650 -	218.188 175.000	- -
1984	Cerros	30.101	18.150	216.870	-
1984	Yurupari	27.282 25.000	24.300 -	160.341 28.000	- -
1981	Arara-Cuduyari	5.295	-	5.183	-
1982-83	Villafatima	29.974	31.720	7.800	-
1983	Camuti, Bocas del Yí	31.322 25.600	6.000 -	314.419 45.000	- -
1983	Querarimiri	11.051	-	-	11.051

PROGRAMA : VAUPES
 COMPONENTE : SANEAMIENTO
 ACTIVIDAD : ABASTOS DE AGUA

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

2.

AÑO	LUGAR	MANO DE OBRA	TRANSPORTE	MATERIALES	TOTAL
1984	Piramirí	70.464 7.200	6.000 -	6.000 3.000	- -
1984	Caño Paca, Consuelo, San Luis, San Pablo	37.005 -	49.500 -	128.800 52.500	- -
1984	Pacoa	36.637	-	-	36.637
1984	Bellavista	70.823 -	94.000 -	169.129 122.000	- -

PROGRAMA : VAUPES
 COMPONENTE : INFRAESTRUCTURA
 ACTIVIDAD : REMODELACION

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

ENTIDAD REMODELADA	LOCALIDAD	MANO DE OBRA	OTROS	COSTO TOTAL	TIPO DE REMODELAC.	FECHA TERMINACION
Puesto Sa-lud.	Pto. Tigre	-	-	523.570	70 M2.	dic./83
Casa de Pasaje	Mitú	-	-	2.300.000	144 M2.	oct./82

PROGRAMA : VAUPES

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

COMPONENTE : ATENCION A LAS PERSONAS

AÑO	SALARIOS 2/ COMISIONES	VIATICOS, COMISIONES	COMBUSTIBLE 3/	VUELOS	COSTO TOTAL (SIN SUMINIST)
1980	217.332	213.100	55.340	12.626	498.398
1981	841.891	835.900	256.914	100.470	2.035.175
1982	1.062.826	1.555.700	276.600	160.570	3.055.696
1983	901.223	1.214.000	221.325	229.308	2.565.856
1984	1.045.581	1.345.600	280.800	301.000	2.972.981

PROGRAMA : VAUPES

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

COMPONENTE : COSTOS DE ATENCION A LAS PERSONAS

AÑO	SALARIOS	VIATICOS	COMBUSTIBLE 1/	TRANSPORTE	SUMINISTROS
1980	1.653.516	1.125.585	135.279	169.904	502.911
1981	3.306.844	914.540	351.843	2.917.663	371.205
1982	-	2.515.976	40.157	822.708	1.113.427
1983	-	2.667.149	435.032	305.500	434.239
1984	28.461.524	4.765.902	280.367	86.400	1.828.444

PROGRAMA : VAUPES
 COMPONENTE : INFRAESTRUCTURA
 ACTIVIDAD : CONSTRUCCION

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

ENTIDAD CONSTRUIDA	LOCALIDAD	METROS CUADRADOS	MANO DE OBRA	COSTO TOTAL	COSTO POR M ² .	CLASE DE CONSTRUCC.	FECHA DE TERMINAC.
Aula de Promotoras	Mitú	165	55.000	1.294.686	7.513	concreto	1980
Maloka	Villafatima	-	-	132.560	-	-	1980
Puesto Salud	Ibacaba	82	-	945.820	-	concreto	1982
Centro de Salud	Villafatima	140	-	2.056.680	-	madera	1983
Taller sanitario	Mitú	-	-	1.253.000	-	-	-

PROGRAMA : VAUPES

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

COMPONENTE : EDUCACION EN SALUD

ACTIVIDAD :

AÑO	EQUIPO	MATERIALES	TRANSPORTE	ALIMENTAC.	OTROS	COSTO TOTAL
1981	102.188	40.173	-	-	55.996	198.357
1984	-	-	99.645	25.000	-	124.645

PROGRAMA : VAUPES
 COMPONENTE : EDUCACION EN SALUD.
 ACTIVIDAD : MATERIALES EDUCATIVOS

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

AÑO	MATERIAL PREPARADO	POBLACION DE INFLUENC	PREPARACION	IMPRESION	OTROS	COSTO TOTAL
1983	Participación de la comunidad en Vaupés	-	65.280	288.725	-	354.005
1984	Cartilla Diarrea, Cartilla Paludismo, Cartilla TBC, Cartilla agua, Cartilla Manejo de medicamentos, Afiche Paludismo, Afiche Diarrea	-	106.599	219.000	-	325.000

PROGRAMA : VAUPES
COMPONENTE : CENTRO DE DOCUMENTACION
ACTIVIDAD :

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

AÑO	FECHA	LIBROS DOCUMENT.	EQUIPO	PERSONAL	OTROS	COSTO TOTAL
1982	-	39.409	138.517	180.000	129.619	487.545
1984	-	25.429	8.910	-	6.000	40.339

PROGRAMA : VAUPES.

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

COMPONENTE : DOTACION

ACTIVIDAD :

AÑO	ENTIDAD BENEFICIADA	EQUIPO MEDICO QUIRURGICO	EQUIPO DE OFICINA	EQUIPO DE TRANSPORTE	EQUIPO AUDIO-VISUAL	OTRO EQUIPO	TRANSPORTE DE EQUIPO	COSTO TOTAL
1980	Hospital Local	14.640	-	-	-	-	-	14.640
	Puesto Salud	-	65.270	174.140	-	-	-	239.410
	Unidad Cobertura	375.537	400	305.330	-	-	-	681.267
1981	Hospital Local	8.381	-	-	-	-	-	8.381
	Puesto Salud	207.452	-	1.439.452	-	336.321	-	1.983.225
	Unidad Cobertura	-	-	-	-	236.500	-	236.500
	Oficina Apoyo	-	-	-	-	149.314	-	149.314
1982	Hospital Local	94.970	-	95.696	-	140.000	-	330.666
	Cobertura Salud	-	-	1.387.991	-	-	-	1.387.991
	Puesto Salud	1.616.380	-	-	-	560.707	-	2.177.087
	Unidad Cobertura	-	-	-	-	-	21.392	21.392
	Oficina Apoyo	-	80.700	454.422	35.550	317.230	-	887.902
1983	Puesto Salud	718.457	-	-	-	-	-	718.457
	Oficina Apoyo	-	-	-	-	2.960	-	2.960

PROGRAMA : VAUPES
 COMPONENTE : DOTACION
 ACTIVIDAD :

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

2.

AÑO	ENTIDAD BENEFICIADA	EQUIPO MEDICO QUIRURGICO	EQUIPO DE OFICINA	EQUIPO DE TRANSPORTE	EQUIPO AUDIO-VISUAL	OTRO EQUIPO	TRANSPORTE DE EQUIPO	COSTO TOTAL
1984	Centro Salud	2.620	-	-	-	-	-	2.960
	Puesto Salud	1.443.060	-	-	-	-	-	1.443.060
	Oficina Apoyo	-	-	76.332	256.128	23.132	-	563.782

PROGRAMA : VAUPES
 COMPONENTE : SUMINISTROS
 ACTIVIDAD :

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

AÑO	ENTIDAD BENEFICIADA	DROGA	EQUIP.MED. Y QUIRURG.	COMBUSTIBLE	MANTENIM. EQUIPOS	UTILES DE OFICINA
1980	Puesto Sal	2.545.279	54.603	-	-	311.029
	Unid. Cob.	-	-	1.021.544	-	-
	Of. Apoyo	-	-	115.700	-	32.512
1981	Puesto Sal	1.225.739	184.523	-	-	296.918
	Unid. Cob.	-	-	1.058.666	-	-
	Of. Apoyo	-	-	29.121	-	12.335
1982	Puesto Sal	1.503.211	275.544	-	-	436.232
	Unid. Cob.	-	-	1.872.624	-	-
	Of. Apoyo	-	-	140.800	-	59.715
1983	Puesto Sal	2.878.102	297.083	-	-	397.254
	Unid. Cob.	-	-	2.423.478	-	-
	Of. Apoyo	-	-	9.500	-	61.634
1984	Puesto Sal	3.720.237	845.179	-	2.340	432.834
	Unid. Cob.	-	-	1.853.424	-	-
	Of. Apoyo	-	-	16.780	-	52.904

PROGRAMA : VAUPES
 COMPONENTE : SANEAMIENTO
 ACTIVIDAD : ACUEDUCTOS

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

AÑO	LOCALIDAD	MATERIALES	MANO DE OBRA	TRANSPORTE DE MATER.	OTROS	COSTO TOTAL
1980	-	-	-	-	-	2.181.670
1981	-	-	-	-	-	3.298.841
1982	-	-	-	-	-	1.500.000
1984	-	-	-	-	-	1.038.000
						8.018.511
						=====

PROGRAMA : VAUPES
 COMPONENTE : SUPERVISION
 ACTIVIDAD :

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

AÑO	COMISION	SUPERVISOR	DURACION	VIATICOS	COMBUSTIBLE	VUELOS	SALARIOS	COSTO TOTAL SIN SALARIO	COSTO TOTAL CON SALARIO
1980	Villa Fatima	Enfermera	26 días	17.850	9.350	-	15.513	27.200	42.713
	Monfort	Médico	35 días	24.000	-	14.000	29.867	38.000	67.867
	Yurupari	Enfermera	1 días	700	10.030	-	597	10.730	11.327
1981	Villa Fatima	Enfermera	27 días	36.900	10.962	-	20.621	47.862	68.483
	Mandí	Enfermera	11 días	9.900	-	-	8.401	9.900	18.301
1982	Acaricuara	Enfermera	15 días	22.500	-	12.000	14.350	34.500	48.850
1983	Piracuara	Aux. Enf.	9 días	9.000	5.675	-	6.240	14.675	20.915
	Acaricuara	Enfermera	18 días	32.400	-	48.000	21.240	89.900	111.140
1984	Trinidad	Enfermera	10 días	22.000	-	28.000	13.967	50.000	68.967
	Monfort	Enfermera	10 días	22.000	19.620	-	13.967	41.620	55.587
	Acaricuara	Enfermera	5 días	11.000	6.030	-	6.983	17.030	24.013
	Papunagua	Enfermera	10 días	22.000	-	28.000	13.967	50.000	63.967
	Caño Cuduyary	2 Enf.-IMéd	11 días	72.600	-	-	51.407	72.600	123.007
	Ibacaba	Aux. Enf.	3 días	6.600	3.840	-	3.160	10.440	13.600
	Piracuara	Aux. Enf.	9 días	19.800	7.140	-	9.480	26.940	36.420
	Pacoa	Aux. Enf.	6 días	13.200	-	-	6.320	13.200	19.520
	Monfort	Enfermera	9 días	19.800	-	42.480	12.570	62.280	74.850
		Enfermera	10 días	22.000	-	51.180	13.967	73.180	87.147
	Ibaraba	Enfermera	9 días	19.800	-	26.050	12.570	45.850	58.420
	Piracuara	Enfermera	9 días	19.800	-	26.050	12.570	45.850	58.420
		Enfermera	10 días	22.000	-	4.050	13.967	26.050	40.017
Mandí	Aux. Enf.	10 días	22.000	-	57.850	10.533	79.850	90.383	
Tapurucuara	Enfermera		22.000	-	23.885	-	-	45.885	

PROGRAMA : VAUPES
 COMPONENTE : EDUCACION CONTINUA
 ACTIVIDAD : PROMOTORAS DE SANEAMIENTO

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

AÑO	ALOJAMIENTO	ALIMENTAC.	MATERIAL DIDACTICO	PERSONAL DOCENTE	VIATICOS	TRANSPORTE	OTROS	COSTO TOTAL
1982	-	-	-	-	-	-	37.450	37.450
1983	-	72.000	4.000	12.000	144.666	10.000	-	242.666
1984	-	6.000	6.000	87.000	14.000	64.280	-	177.280

PROGRAMA : VAUPES

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

COMPONENTE : EDUCACION CONTINUA

ACTIVIDAD : AUXILIARES

AÑO	ALOJAMIENTO	ALIMENTAC.	MATERIAL DIDACTICO	PERSONAL DOCENTE	VIATICOS	TRANSPORTE	OTROS	COSTO TOTAL
1982	-	-	-	-	-	-	237.295	237.295
1983	-	72.000	4.000	12.000	15.000	10.000	-	113.000
1984	-	6.000	6.000	12.000	14.466	46.000	-	89.466

PROGRAMA : VAUPES
COMPONENTE : EDUCACION CONTINUA
ACTIVIDAD : PROMOTORAS

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

AÑO	ALOJAMIENTO	ALIMENTAC.	MATERIAL DIDACTICO	PERSONAL DOCENTE	VIATICOS	TRANSPORTE	OTROS	COSTO TOTAL
1982	-	-	-	-	-	-	237.295	237.295
1983	-	72.000	7.045	11.000	15.000	49.850	-	154.895
1984	-	6.000	16.000	189.414	276.500	74.456	-	562.370

PROGRAMA : VAUPES
 COMPONENTE : EDUCACION CONTINUA
 ACTIVIDAD : PROFESIONALES

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

AÑO	ALOJAMIENTO	ALIMENTAC.	MATERIAL DIDACTICO	PERSONAL DOCENTE	VIATICOS	TRANSPORTE	OTROS	COSTO TOTAL
1980	-	-	-	-	-	15.536	360.900	376.436
1981	-	-	-	-	171.220	94.904	160.418	426.542
1982	-	-	-	-	825.200	1.393.710	891.918	3.110.928
1983	68.000	24.888	-	-	-	220.000	242.472	555.353
1984	-	71.502	24.052	-	153.800	132.040	865.037	1.150.877

PROGRAMA : VAUPES
 COMPONENTE : CAPACITACION
 ACTIVIDAD : AUXILIARES ENFERMERIA

TOTAL : CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA

AÑO	OTROS	ALOJAMIENTO	ALIMENTAC.	MATERIAL DIDACTICO	PERSONAL DOCENTE	DOTACION	ELEMENTOS DE ASEO	TRANSPORTE	BECAS	COSTO TOTAL
1979									120.000	120.000
1980	6.894	298.241	225.098	14.530	132.372	80.141	6.010	124.334	210.400	1.098.020
1981	113.664	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	199.680	313.344
1982	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	303.600	303.600
1983	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	619.200	619.200
1984	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	909.600	909.600

PROGRAMA : VAUPES **TOTAL :** CONVENIO MAS CONTRAPARTIDA
COMPONENTE : CAPACITACION
ACTIVIDAD : PROMOTORAS DE SANEAMIENTO

AÑO	OTROS	ALOJAMIENTO	ALIMENTAC.	MATERIAL DIDACTICO	PERSONAL DOCENTE	DOTACION	ELEMENTOS DE ASEO	TRANSPORTE	BECAS	COSTO TOTAL
1981	80.280	-	-	-	-	-	-	-	37.450	117.730
1984	-	-	-	-	75.006	-	-	64.230	-	139.280

COSTOS POR COMPONENTE - CONVENIO COLOMBO HOLANDES + SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

VAUPES - 1980

COMPONENTE	FUNCIONAMIENTO						TOTAL		INVERSION								TOTAL		GRAN TOTAL				
	SERVICIO PERSONAL		SUMINISTROS		CENTRO GENERALES		FUNCIONAMIENTO		SERVICIO PERSONAL		SUMINISTROS		CENTRO GENERALES		DOTACION		INVERSION		FUNCCIONAMIENTO MAS INVERSION				
	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.			
SUPERVISION						75.930		75.930														75.930	
CAPACITACION	1								132.372		14.830			1.157.644	208.400	80.141		1.304.687	208.400	1.304.687	208.400	1.304.687	208.400
EDUCACION CONTINUA															15.836							15.836	15.836
DOTACION																99.470	870.047	99.470	870.047	99.470	870.047	99.470	870.047
SUMINISTROS	2			4.080.667				4.080.667														4.080.667	4.080.667
CONSTRUCCION														187.610	2.071.525			187.610	2.071.525	187.610	2.071.525	187.610	2.071.525
REMODELACION	3													361.902				361.902		361.902		361.902	361.902
INFRAESTRUC. SANITARIA	4		5.268	11.151		123.712		140.133		30.832		101.280	500.000	1.681.670			500.000	1.813.782	500.000	1.813.782	500.000	1.813.782	
PARTIC. DE LA COMUNIDAD	5		277.082			81.080		358.972														358.972	358.972
ATENCION A LAS PERSONAS	6		1.683.616	502.911		1.438.768		3.687.195								14.640		14.640				3.681.836	3.681.836
SUB-TOTAL	1					75.930		75.930	132.372		14.830		1.157.644	223.936	80.141		1.304.687	223.936	1.304.687	299.866		299.866	299.866
SUB-TOTAL	2			4.080.667				4.080.667								99.470	870.047	99.470	870.047	99.470	870.047	99.470	4.968.714
SUB-TOTAL	3												549.412	2.071.525			549.412	2.071.525	549.412	2.071.525	549.412	2.071.525	2.071.525
SUB-TOTAL	4		5.268	11.153		123.712		140.133		30.832		101.280	500.000	1.681.670			500.000	1.813.782	500.000	1.813.782	500.000	1.813.782	1.813.782
SUB-TOTAL	5		277.082			81.080		358.972														358.972	358.972
SUB-TOTAL	6		1.683.616	502.911		1.438.768		3.687.195								14.640		14.640				3.681.836	3.681.836
GRAN TOTAL																	2.535.569	4.993.930	2.531.569	13.236.827		13.236.827	13.236.827

COSTOS POR COMPONENTE - CONVENIO COLOMBO HOLANDES + SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

VAUPES - 1983

COMPONENTES	FUNCIONAMIENTOS						TOTAL		INVERSIONES								TOTAL		GRAN FUNCIONAMIENTO MAS INVERSION			
	SERVICIOS PERSONALES		SUMINISTROS		GASTOS CORRIENTES		FUNCIONAMIENTO		SERVICIOS PERSONALES		SUMINISTROS		GASTOS CORRIENTES		DOTACION		INVERSION					
	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.				
SUPERVISION						104.575		104.575													104.575	
CAPACITACION	1																					
EDUCACION CONTINUA									33.748	16.895	224.141	331.940	1.778.708			130.890		331.940	2.133.739	331.940	2.133.739	
DOTACION	2															721.417					721.417	
SUMINISTROS	3				6.067.051			6.067.051														6.067.051
CONSTRUCCION	4												62.606				62.606	11.782.664	62.606	11.782.664		
SANEAMIENTO			734.061		495.386	648.256		1.897.703		62.600	636.000	399.620	1.261.603								1.797.000	3.694.703
INF. SANITARIA AGUA	5								42.600					128.910			571.080		571.080		571.080	3.694.703
MATERIALES EDUCATIVOS	6								66.200					288.725			354.005		354.005		354.005	
PARTIC. DE COMUNIDAD	7	250.000	1.440.444			632.934	250.000	2.073.378						292.100			346.297		596.297		2.073.378	
ATEHC. A LAS PERSONAS	8				434.239	3.407.681		3.841.920													3.841.920	
SUB-TOTAL	1					104.575		104.575		33.748	16.895	250.379	855.312	2.662.416		130.890	872.207	3.077.436	872.207	3.188.000		
SUB-TOTAL	2															721.417		721.417		721.417		
SUB-TOTAL	3				6.067.051			6.067.051													6,067,051	
SUB-TOTAL	4												62.606				62.606	11,782,664	62,606	11,782,664		
SUB-TOTAL	5		734.061		495.386	648.256		1.897.703	42.600	636.000	399.620	1.261.603	128.910				571.080	1,797,000	571,080	3,694,703		
SUB-TOTAL	6								66.200				288.725				354.005		354,005			
SUB-TOTAL	7	250.000	1.440.444			632.934	250.000	2.073.378					292.100				346.297		596.297		2,073,378	
SUB-TOTAL	8				434.239	3.407.681		3.841.920													3,841,920	
SUB-TOTAL		250.000	2.174.605		6.996.476	4.613.446	250.000	13.904.627	107.630	668.740	470.712	1.611.902	1.627.652	2.662.416		862.307	2.206.194	17.378.616	2.456.194	31.263.142		

COSTOS POR COMPONENTE - CONVENIO COLOMBO HOLANDES - SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

CHOCO - 1984

COMPONENTES	FUNCIONAMIENTOS				TOTAL				INVERSION								TOTAL		GRAN TOTAL			
	SERVICIOS PERSONALES		SUMINISTROS		COSTOS GENERALES		FUNCIONAMIENTO		SERVICIO PERSONALES		SUMINISTROS		COSTOS GENERALES		DOTACION		INVERSION		FUNCIONAMIENTO		HAS INVERSION	
	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.	C. C. H.	S. S. S.
CAPACITACION									75.000					90.200	909.600			165.200	909.600	165.200	909.600	
EDUCACION CONTINUADA									84.400	240.582	70.012	27.017	457.019	744.372			611.831	1.011.941	611.831	1.011.941		
SUPERVISION					45.885	569.040	45.885	569.040									45.885	569.040	45.885	569.040		
SUB-TOTAL					45.885	569.040	45.885	569.040	159.400	240.582	70.012	27.017	547.699	1.643.972			777.171	1.921.941	822.986	2.490.581		
DOTACION																1.801.272		1.801.272		1.801.272		
SUMINISTROS			2.340	6.921.358			2.340	6.921.358										2.340	6.921.358	2.340	6.921.358	
CONSTRUCCION														1.610.190				1.610.190		1,610.190		
SUB-TOTAL			2.340	6.921.358			2.340	6.921.358						1,610.190		1,801.272		3,311.462	2,340	10,232,820		
SANEAMIENTO GENERAL		1.530.036		1.666.466		823.103		4.119.605	282.500	34.500	521.700				23.855		58.155	804.209	58.155	4.923.814		
INF. SANITARIA AGUAS										42.000				31.000		106.788		179.788		179.788		
INF. SANIT. PEQUEÑOS ABASTO														148.470		1.270.536		1.416.106		1,416,106		
INF. SANIT. ECHECETAS														5.530		23.760		29.290		29.290		
SUB-TOTAL		1.530.036		1.666.466		823.103		4.119.605	282.500	36.500	521.700			182.800		1.424.830		1,683.339	804,209	1,683,339	4,923,814	
PARTIC. DE LA COMUNIDAD	720.000	1.664.400		29.154	236.750	746.400	956.750	2.239.962			267.063			20.000		7.602	281.063	7.602	1.237.803	2.247.564		
SUB-TOTAL	720.000	1.664.400		29.154	236.750	746.400	956.750	2.239.962			267.063			20.000		7.602	281.063	7.602	1,237,803	2,247,564		
MATERIAL EDUCATIVO													32.629		306.980			338.609		338.609		
SUB-TOTAL													32.629		306.980			338.609		338.609		
EDUCACION EN SALUD/													28.645		96.000			124.645		124.645		
SUB-TOTAL													28.645		96.000			124.645		124.645		
CENTROS DE DOCUMENTACION					6.000		6.000									30.600		30.600		30.600		
SUB-TOTAL					6.000		6.000									30.600		30.600		30.600		
ATENCION A LAS PERSONAS	2.500	20.461.524		1.828.444	7.000	5.132.669	9.500	36.422.637								2.620	2.620	9.500	36.425.257			
SUB-TOTAL	2.500	20.461.524		1.828.444	7.000	5.132.669	9.500	36.422.637								2.620	2.620	9.500	36,425,257			
GRAN TOTAL							1.078.475	69.272.602									3.235.365	8.047.434	4,255,840	55,320,036		

**C O S T O S P O R A Ñ O S
V A U P E S**

	1 9 8 0			1 9 8 1			1 9 8 2			1 9 8 3			1 9 8 4		
	C.C.R.	S.S.S.	TOTAL	C.C.R.	S.S.S.	TOTAL	C.C.R.	S.S.S.	TOTAL	C.C.R.	S.S.S.	TOTAL	C.C.R.	S.S.S.	TOTAL
CAPACITACION	1.384.687	208.400	1.593.087	1.154.737	383.624	1.548.361	496.171	2.679.806	2.576.007	331.940	2.133.728	2.465.678	165.280	989.600	1.074.880
PROYECTOS															
ADICIONALES DE ENFERMERIA															
PROYECTOS DE SERVICIO															
SUPERVISION	-	75.930	75.930	-	57.762	57.762	-	38.500	38.500	-	104.575	104.575	45.885	568.040	614.925
PROYECTOS															
ADICIONALES DE ENFERMERIA															
EDUCACION CONTINUADA	-	15.536	15.536	-	404.124	-	89.594	2.963.600	3.043.194	540.267	943.695	1.483.962	611.831	1.011.941	1.623.772
PROYECTOS Y ADICIONALES															
PROYECTOS DE SERVICIO															
PROYECTOS															
SUB-TOTAL: CAPACITACION, SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUADA	1.384.687	299.866	1.684.553	1.154.737	835.510	2.070.247	585.765	5.687.926	5.653.701	872.207	3.182.008	4.054.216	822.996	2.480.581	3.313.577
ASISTENCIA, C.C.R.	-	-	-	156.604	-	156.604	283.420	-	283.420	205.423	-	205.423	574.854	-	574.854
TOTAL: CAPACITACION, SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUADA	1.384.687	299.866	1.684.553	1.311.341	835.510	2.226.851	769.185	5.857.926	5.857.121	1.077.630	3.182.008	4.259.639	1.397.850	2.480.581	3.888.431
CONSTRUCCIONES	187.510	2.071.525	2.259.035	1.788.335	1.343.926	3.132.261	1.983.582	19.973.604	21.957.186	62.605	11.782.664	11.845.269	-	1.510.910	1.510.910
FONDOS DE SALUD															
CENTROS DE SALUD															
OTROS															
RECONSTRUCCIONES	361.982	-	361.982	-	-	-	523.576	-	523.576	-	-	-	-	-	-
FONDOS DE SALUD															
CENTROS DE SALUD															
OTROS															
REPARACIONES	99.478	870.047	969.525	1.533.916	843.502	2.377.428	1.139.720	3.485.888	4.625.538	-	721.417	721.417	-	1.801.272	1.801.272
FONDOS DE SALUD															
CENTROS DE SALUD															
OTROS															
SUB-TOTAL: CONSTRUCCIONES, RECONSTRUCCIONES Y REPARACIONES	648.970	7.012.239	7,671,129	3,314,251	4,994,734	8,389,989	3,646,878	27,952,628	30,524,320	62,605	12,504,281	12,566,686	2,340	3,312,182	3,314,522
TOTAL: CONSTRUCCIONES, RECONSTRUCCIONES Y REPARACIONES	648.970	7,012,239	7,671,129	3,314,251	4,994,734	8,389,989	3,646,878	27,952,628	30,524,320	62,605	12,504,281	12,566,686	2,340	3,312,182	3,314,522
SERVICIOS	500.000	1.953.915	2.453.915	2.333.450	4.888.728	7.224.184	2.044.470	2.143.178	4.187.588	571.080	1.797.000	2.368.080	1.683.339	4.923.814	6.607.153
CONSTRUCCIONES Y RECONSTRUCCIONES															
ACTIVIDADES GENERALES															
SUB-TOTAL: SERVICIOS	500.000	1.953.915	2.453.915	2.333.450	4.888.728	7.224.184	2.044.470	2.143.178	4.187.588	571.080	1.797.000	2.368.080	1.683.339	4.923.814	6.607.153
ASISTENCIA, C.C.R.	-	-	-	-	-	-	52.500	-	52.500	318.159	-	318.159	487.494	-	487.494
TOTAL: SERVICIOS	500.000	1.953.915	2.453.915	2.333.450	4.888.728	7.224.184	2.096.970	2.143.178	4.240.088	889.239	1.797.000	2.686.239	2.170.833	4.923.814	7.094.647
EDUCACION EN SALUD	-	-	-	-	343.774	343.774	-	-	-	354.005	-	354.005	338.609	-	338.609
PROYECTOS EDUCATIVOS															
ACTIVIDADES GENERALES															
CENTROS DE INVESTIGACION				198.266	-	198.266	87.538	484.548	572.032	-	-	-	36.608	-	36.608
SUB-TOTAL: EDUCACION EN SALUD	-	-	-	198.266	343.774	542.040	87.538	484.548	572.032	354.005	-	354.005	375.217	-	375.217
ASISTENCIA, C.C.R.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52.500	-	52.500	487.494	-	487.494
TOTAL: EDUCACION EN SALUD	-	-	-	198.266	343.774	542.040	87.538	484.548	572.032	406.505	-	406.505	862.711	-	862.711
PARTICIPACION EN LA COMISION	-	388.572	388.572	-	1.545.927	1.545.927	-	2.445.087	2.445.087	596.257	2.073.176	2.669.473	1.254.675	2.287.564	3.501.607
TOTAL: PARTICIPACION EN LA COMISION	-	388.572	388.572	-	1,545,927	1,545,927	-	2,445,087	2,445,087	596,257	2,073,176	2,669,473	1,254,675	2,287,564	3,501,607
RECURSOS A LAS REGIONES	-	3.088.236	3.088.236	-	7.882.688	7.882.688	-	4.482.288	4.482.288	-	3.841.969	3.841.969	9.588	35.428.257	35.437.845
ASISTENCIA RELACIONADA EN EL AREA	-	-	-	-	-	-	3.478.448	-	3.478.448	2.688.538	-	2.688.538	2.688.538	-	2.688.538
COMO INGRESOS: OFICINA DE COORDINACION EN SALUD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GRAN TOTAL	2.530.267	83.226.821	85,757,088	7,757,308	28,542,762	36,300,070	10,628,014	42,588,902	53,216,922	1,040,839	23,984,438	25,025,277	7,024,741	55,329,768	62,349,987

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

INTRODUCCION	253
A. MARCO CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACION	254
B. EVALUACION PARTICIPATIVA /PROCEDIMIENTOS 1985	257
C. OPINIONES DE LAS COMUNIDADES	
1. SAN MIGUEL	260
2. YAPU / ACARICUARA	263
3. TIQUIE	276
D. OBSERVACIONES Y DISCUSION	284

EVALUACION COMUNITARIA

INTRODUCCION

La Evaluación Participativa forma parte complementaria de la Evaluación Institucional que se ha venido desarrollando sobre el Programa de Atención Primaria en el Vaupés.

Aunque la Evaluación Participativa e Institucional debe ser una actividad continua en el desarrollo del Programa se trata de hacer un corte en el tiempo para ofrecer un panorama general, según la visión de la Comunidad.

Los tres casos de Evaluación que se presentan en este documento varían en su modalidad y profundización según la dinámica específica del Programa y de la Comunidad.

No se presenta material en su totalidad sino una síntesis y una primera interpretación de las opiniones de la Comunidad, que no pretende ser complementoni definitivo.

A. MARCO CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACION

1. MARCO CONCEPTUAL

La Evaluación Participativa dentro de la Estrategia Social del Programa, representa un paso o actividad lógica e inherente del proceso de Investigación Participativa (I.P.) .

Dentro de este proceso la Comunidad Evalua o reflexiona sobre sus propias acciones y sobre el Programa de Salud Institucional en búsqueda de mejorar las acciones y por ende la situación de Salud integral.

En vista de que la Comunidad siempre ha tenido su experiencia con sus propias acciones y específicamente con su Medicina Tradicional, mas sus experiencias con el Servicio Seccional (Comisiones), el primer paso de la Investigación Participativa implica automáticamente una Evaluación de estas experiencias; o sea, la evaluación de estas experiencias forma un punto de partida para la Investigación Participativa o Educación Comunitaria, relacionando de forma permanente la Medicina Tradicional con la Medicina Institucional.

En la medida en que avance el Programa se sigue evaluando sobre las acciones realizadas y a sus resultados. En cuanto a las intervenciones del Programa de Salud, ésta Evaluación tenía hasta la fecha a veces un carácter parcial (sobre el Promotor, la elaboración de una Cartilla, etc) y a veces un carácter integral, sobre el Programa y todos sus componentes.

La Evaluación y la Investigación Participativa conllevan al mismo proceso educativo a nivel de la comunidad que eleva la capacidad de reflexión , evaluación, su nivel de precisión y finalmente la capacidad de propuesta hacia las propias acciones y hacia el Programa. Por ejemplo cuando la Comunidad conoce con mas detalle - cuales son las funciones del Promotor y cuando está consciente de su propio papel se puede precisar mas en la Evaluación y en propuestas concretas.

En otras palabras : la precisión y la mecánica de la Evaluación - refleja la capacidad de reflexión de la Comunidad, su nivel de conocimiento, de conscientización y de organización. En cierta medida refleja el avance o impacto de la Investigación Participativa o la estrategia social.

Finalmente vale la pena decir que la Evaluación Participativa se - considera primordialmente como un instrumento de la misma comunidad y no de la Entidad .

2. MECANISMOS DE OPERACIONALIZACION

Como parte integral de la Estrategia Social se ha venido promocionando desde 1982, la Evaluación del Programa en las diferentes zonas con énfasis en la zona de Acaricuara. Se promocionaba esta - Evaluación a través de los Comités Locales, las Organizaciones Zonales y finalmente con la Organización Regional Indígena del Vaupés (CRIVA), de tal forma que llega a ser una actividad normal y propia de estas organizaciones; por ejemplo en el año 1983 algunas organizaciones llevaron sus conclusiones de la Evaluación al septimo Congreso del CRIVA. El Grupo Social promueve y asesora - en este proceso para sistematizar y profundizar el trabajo.

Bien es cierto que no se ha generalizado esta Evaluación en toda la región ni a todos los miembros de la Comunidad y todavía se puede y debe precisar y profundizar mucho más en las conclusiones y propuestas, pero la idea principal es de promover las propias estructuras de organización para luego seguir, profundizar y precisar la Evaluación. Tal vez en un futuro más cercano se llegue a evaluar con la Comunidad sobre Programas Especiales como el Programa de T.B.C. o sobre el impacto del Programa en sus aspectos médicos (inclusive cuantificar algunos índices). En estos momentos el carácter todavía es más que todo cualitativo y llevado a nivel de los líderes principalmente.

Cuando se habla de mecanismos de Evaluación hay que tomar en cuenta que las Comunidades desde el inicio del Programa, siempre han formado su opinión sobre las actividades del Servicio y siempre ha buscado mecanismos para expresarla ante el Servicio. Por ejemplo en sus propias reuniones o encuentros se discutió sobre el Programa, las Comisiones, etc y a veces hablaron con funcionarios del Servicio, con la Jefatura, mandando cartas etc.

La Evaluación en sí entonces no es completamente nueva, sino que se ha tratado de estructurarla a través de la Investigación Participativa.

Los mecanismos institucionales que se han venido desarrollando para esta Evaluación, son principalmente los Seminarios de Educación Comunitaria en combinación con los Talleres de Educación Continua a los Promotores Rurales de Salud. Esta modalidad no solamente permite evaluar el Programa en una zona específica sino también retroalimentar directamente a las actividades del Auxiliar y Promotores y otras actividades por parte del Área Social, de Capacitación y de Saneamiento Ambiental. Los Seminarios forman así

mecanismos de Evaluación y Programación a nivel de las zonas,mas de Educación Comunitaria.

Vale la pena mencionar que esta modalidad de combinar el Seminario con el Taller permite empalmar y/o enfrentar la Evaluación Participativa con la Evaluación o Supervisión Institucional. En otras palabras implica enfrentar la opinión de la Comunidad con la información que se obtiene a través de los instrumentos de Supervisión, Educación Continua, etc. Por ejemplo en el Taller Zonal se evalúa el trabajo del Promotor, sus necesidades de actualización, se programa su trabajo con el Auxiliar, algo que se puede discutir con la Comunidad en el Seminario. Este enfrentamiento también se puede hacer entre el Diagnóstico técnico sobre la situación de salud que realiza el Promotor (registrado en sus formatos estadísticos) y la Opinión de la comunidad.

B. EVALUACION PARTICIPATIVA/PROCEDIMIENTO 1985

La Evaluación Participativa propuesta por la Oficina de Coordinación del Convenio, forma parte de las actividades programadas utilizando los mecanismos establecidos en las diferentes Zonas. Como se mencionaba anteriormente, esta Evaluación coincide con la Propuesta del CRIVA para el mes de Noviembre durante su octavo Congreso Regional. Para este Evento, que está organizando el CRIVA, se va adelantar en la elaboración de una guía general para trabajar el tema de Salud.

Para dar una idea de este trabajo a nivel de la zona se presenta en este Informe una primera interpretación de opiniones de la Comunidad sobre el Programa de Salud del Servicio o partes selectivas.

Se eligieron tres zonas respectivamente, con una mínima, máxima y mediana intervención por parte del Programa : San Miguel (UPA SONAÑA); Yapú / Acaricuara y Tiquié.

Las Evaluaciones que están por realizar en la zona del Querari y Papurí, no se logró incorporar en este Informe ni los resultados de una Evaluación breve que hizo la organización UDIC (Unión de Indígenas del Cuduyarí) en forma independiente y en que se discutió especialmente sobre la Educación en Salud alrededor de una Cartilla de Salud (sobre aguas e higiene) que se ha producido en esta zona.

En SAN MIGUEL , se realizó la Evaluación como una etapa de reconocimiento e inicio de la Investigación Participativa, porque el trabajo del Servicio fue mínimo en esta zona hasta la fecha. Se trabajó en reunión comunitaria y la participación fue mas bien pasiva en cuanto al proceso.

En cambio en YAPU la misma organización zonal (UNIZAC) con sus Comités Locales (a nivel de la Unidad de Cobertura) elaboró la guía final de Evaluación y organizó el trabajo durante 3 días consecutivos con 5 grupos. Con excepción de la discusión en los grupos, todas las conclusiones y discusiones plenarias se grabaron en cassettes.

En el caso de Yapú se aprovecho la estructura u organización comunitaria y su experiencia de reunión y discusión . La retroalimentación directa al Programa se logró a través de la combinación con el Taller Zonal de Educación Continua de los Promotores de la misma zona.

En la zona del TIQUIE, la Evaluación se enfocó al proceso de Educación en Salud y específicamente a la producción y utilización de la Cartilla que hizo la comunidad sobre la T.B.C., se trabajó principalmente con la Organización ORIT (Organización Indígena del Tiquié) y representantes de las demás comunidades de la zona; durante un Seminario de Educación Comunitaria en combinación con un Taller de Educación Continua a Promotores.

En todos los casos el Grupo Asesor del Servicio consistió de la Enfermera Jefe Zonal, el Antropólogo Coordinador del Area Social, un Promotor de Saneamiento Ambiental, el Promotor Social (del Convenio) y en Yapú además la Enfermera Coordinadora del Area de Capacitación.

C. OPINIONES DE LAS COMUNIDADES - TRES CASOS

1. SAN MIGUEL - U. C. DE LA UPA DE SONAÑA (ZONA CON UNA MINIMA INTERVENCION)

SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD

No solamente se refiere a la ausencia de la enfermedad, sino a aspectos sociales, estar bien organizados, a vivir y trabajar bien.

Se dá mucho énfasis al aspecto del aseo e higiene personal, que es casi una condición indispensable para estar bien de salud.

SOBRE LA SITUACION DE SALUD ANTIGUA Y ACTUAL

Las malocas estaban bien organizadas que ahora es diferente. Los Payés soplaron la mayoría de las enfermedades pero no enseñaron realmente sobre la Salud y las Enfermedades. Ahora la Salud es mas o menos buena, aunque hay que seguir previniendo las enfermedades.

SOBRE LA INTERVENCION AJENA / INSTITUCIONAL PARA MEJORAR LA SALUD

La Misión (Padre Elorza) y la cauchería fueron los dos primeros factores de innovación a nivel de la Comunidad.

El Padre (hace mas o menos 30 años) enfatizó mucho en aseo y organización de la Comunidad (arreglo de casas, etc), se conocieron las primeras drogas en la época de cauchería (mas o menos en 1966) cuando personas de la Comunidad viajaron a Miraflores (actual Guaviare); el "Mejoral" que se compró fue muy efectivo y todavía existe la idea que la droga comprada debe ser mejor que la obsequiada (actualmente por el Promotor Rural de Salud).

Otras personas que promocionaron la Medicina Occidental fueron - una Profesora que permaneció mas o menos 5 años en la Comunidad y quien educó mucho sobre la higiene (personal y de vivienda) y mas luego a los Promotores de Salud.

Especialmente se acordaba de un Promotor, AGUSTIN MUÑOZ (Actual - mente Auxiliar en YAPU), quien recorrió toda la zona y visitaba todas las malocas y educaba mucho sobre la Salud. Dicho Promotor se considera como el mejor que había y sigue siendo la referencia máxima para los Promotores que vinieron después, él visitaba a toda la gente no solamente los enfermos.

Las pocas Comisiones Médicas en la zona no fueron siempre muy - fructíferas para la Comunidad por ser superficial y rápida.

Algunos enseñaron, otros confundieron la Comunidad, por ejemplo - diciendo que no hay que confiar en el apoyo del Servicio, porque no hay dinero y que la Comunidad debe volver a vivir en sus malecas dispersas, practicar su medicina tradicional, lo cual se rectificó posteriormente.

SOBRE EL PROMOTOR Y LA EDUCACION EN SALUD

El Promotor que perteneció al Puesto de Salud de Sonañá daba charlas educativas en 6 ocasiones sobre temas pre-establecidos hasta que se acabó la gasolina para desplazarse. Los temas fueron : - aseo, visitas domiciliarias, diarreas, paludismo, enfermedades veneréas y embarazos.

Algunos temas no fueron muy oportunos por ejemplo : embarazos y - cuidado del niño, porque por ésto la gente recurre todavía al Payé.

Los Promotores que conoció la Comunidad fueron de "calidad" diferente, pocos se consideraban igual a Agustín Muñoz .

La Comunidad en vista de que el Promotor de Sonañá no pudo cubrir toda la zona hizo una comisión a Mitú para hablar con la Jefatura de ServiSalud y solicitar la creación de una Unidad de Cobertura en San Miguel; esta solicitud se aprobó y ahora se encuentra con una Promotora de la misma comunidad.

SUGERENCIAS DE LA COMUNIDAD

- * Seguir educando a la Comunidad para que los líderes puedan seguir educando a los demás "primero de afuera, después nosotros".
- * Que se dinamice la construcción de un Abasto de Agua por Gravedad por una fuente conocida por la Comunidad.

2. YAPU - ACARICUARA (ZONA CON INTERVENCION MAXIMA)

Los temas globales que se trataron durante el Seminario fueron :

- A. Cómo fue la Salud antes que se iniciara el Programa en el S.S.S.V.
- B. Qué hizo el Servicio y la Comunidad para mejorar la Salud
- C. Cómo estamos ahora de la Salud
- D. Conclusiones y Sugerencias

Cada Tema se desglosó en subtemas y se trabajó por medio de una -
guía elaborada por los participantes repartidos en 5 grupos.

A. COMO FUE LA SALUD ANTES

La Salud siempre fue una preocupación de la Comunidad, las enfermedades como, mordedura de culebra , desmayos, hinchazones, inflamatorias, tuberculosis y otras, se trataba con la medicina tradicional y con el rezo de payé, igual como la fiebre y el sarampión.

La prevención se hizo mediante rezos del Payé y por la forma y manera de vivir.

"Se vivió en malocas dispersas, excretas y basuras en un solo - sitio, preparación de alimentos separada para los viejos y para los niños; no se daba carne, solo sardinas o pescado, ni los alimentos muy calientes hasta los 6 años. Las mujeres embarazadas se cuidaban especialmente y en las visitas entre una y otra maloca se averiguó siempre si habían enfermedades y para saludar no se daba la mano, para evitar posible contagio"

La idea prevaleció que las enfermedades fueran transmitidas por - contacto, por comida, por enviado, etc, de manera consciente o in consciente de manera mal intencionada por otras o simplemente por descuido.

Cuando por ejemplo una persona que llegó de visita no dijo que - en su comunidad había enfermedades y la gente se enfermó desde - que él llegó, se buscaba a esta persona después para reclamar has ta vengarse.

B. QUE SE HIZO PARA MEJORAR LA SALUD POR SERVISALUD Y COMUNIDADES.

SOBRE EL INICIO

Después de un Curso de Catequesis en se ha despertado mucho el interés por la medicina blanca (tener gente que sabe un poco de esta medicina manejando un pequeño botiquín).

Cuando ya existió el Puesto de Salud de Acaricuara y las comisio - nes médicas desde Mitú, la comunidad mantuvo el interés de tener - mas acceso a la medicina blanca; en algunas ocasiones se discutió ésto ante la Comunidad, cuando se realizaron los primersos censos. (Diagnósticos).

ALTO PACA :

"Estudiamos las enfermedades que mas afectan a las comunidades, después entramos a buscar la forma de trabajar y solucionar es - tas enfermedades pidiendo que nos visitaron Comisiones de Sa - lud; éstas eran muy escasas y luego entramos en análisis, de cómo sería capacitar a un Promotor para estar permanentemente en la Comunidad" .

Como se expreso :

"La necesidad de organizar a los Promotores, la vió la Comunidad porque la historia blanca es diferente a la nativa y la comunidad vé la necesidad de curar algunas dolencias por medio de la droga blanca" .

Para toda la zona fue el finado GUILLERMO GALVIS, Enfermero del Pues to de Salud de Acaricaura, quien promovió mucho esta idea. El ini - ció capacitando a 2 voluntarios que mas luego se siguieron capacitando en el Curso de Promotores (actualmente Auxiliar de Acaricuara y - Yapú).

SOBRE LAS COMISIONES Y EL TRABAJO DEL PROMOTOR

Las Comisiones médicas fueron prácticamente los primeros servicios de Salud que las comunidades recibieron, primero con mucha frecuencia (cada 2 ó 3 meses) y actualmente con menos regularidad y poca - droga.

Las Comisiones se dedicaron a Vacunación (T.B.C., Sarampión, Tosfe - rina, Tétano, Fiebre Amarilla, Tifoidea), a Odontología, a sacar Ba - ciloscopias en Bacteriología y a dar algunos consejos de cuidados - a la madre y al niño y mas que todo se dedicaron a la Consulta Médi - ca; administración de drogas y tratamiento.

En cuanto a Saneamiento Ambiental se dieron tazas sanitarias y la - comunidad no pudo utilizarlas porque no sabían como hacerlo.

Después de la presencia del Promotor la situación cambió: El Promotor se dedicó a visitas domiciliarias , charlas educativas sobre temas de Saneamiento Ambiental (hervir el agua, quemar la basura, barrer las casas, etc), síntomas de TBC, suero oral. Porque la gente no practica todavía mucho estos consejos , se considera que hizo falta la educación y hay que seguir reforzándola e insistiendo. Además de las charlas, el Promotor curaba algunas enfermedades como : dolor de estómago, de cabeza, fiebres, gripes, etc.

En caso de que el Promotor Rural de Salud no pudiese curar éstos males, remitía el paciente al Puesto de Salud a veces a Mitú, algo que se apreció mucho.

SOBRE EL PROMOTOR Y LA COMUNIDAD

Los grupos enfatizaron mucho en la buena relación entre el Promotor y la Comunidad o Comité como se manifestó :

"El Promotor para poder trabajar con la Comunidad hace lo siguiente: estar preparado, de acuerdo con la comunidad, hacer visitas permanentes y tener suficiente droga, estar pendiente de los enfermos y el Promotor debe ser de la misma Comunidad"

A la Comunidad también le corresponde su papel :

"La comunidad trabaja con el Promotor de la siguiente manera: estar de acuerdo con el Promotor, mantener buenas relaciones con el Promotor, colaborar con el Promotor las necesidades que él pueda tener : organizar los Comités de Salud para ayudar al Promotor según las necesidades" .

SOBRE EL TRABAJO DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

Se conoce por medio de los Talleres y Seminarios y en el Alto Pacá por los pequeños tanques de agua. Se sugiere continuar con la Educación de la Comunidad y sus Líderes.

C. COMO ESTAMOS DE SALUD

SOBRE LA SALUD Y LAS ENFERMEDADES

La mayoría de los grupos consideraba que la Salud se ha mejorado por la presencia de los Promotores y Auxiliares.

Con referencia a las enfermedades actuales, el grupo de Acaricuara considera la situación peor que antes, porque se presentan actualmente mas enfermedades, porque hay mas población en las comunidades y por el cambio social (se vive diferente), se transmite mas las enfermedades y hace falta la prevención.

Se refiere a Paludismo , gripa, amebiasis, diarreas, fiebre, tifoidea, sarampión y tosferina, además se refiere a T.B.C. , a dolor cólico, ceguera, parasitismo intestinal, caries dental "dolor de huesos" hinchazón y carranchín, alergías por descuido de animales domésticos . La causa puede ser la mala alimentación, consumo de agua contaminada y descuido de si mismo cuando se habla de T.B.C. y P.P.I. (Poliparasitismo Intestinal).

SOBRE LA PREVENCIÓN Y CURACIÓN

La prevención se hace a través de vacunas, higiene personal, buen aseo de la casa, control de animales domésticos, agua hervida y - en general mediante la educación de la comunidad.

La curación se hace mediante la medicina tradicional y la medicina blanca, aunque en sitios donde hay poco acceso a la medicina blanca predomina todavía la medicina tradicional; en cuanto a esto, se refiere a los Seminarios realizados en que se encontraron - criterios para unificar las dos medicinas en tratamiento, aunque su modo de tratamiento es diferente.

La madre y el niño se cuida cada vez mas al estilo blanco en Acaricuara (pañales y jabón), no se deja que la mujer embarazada haga labores pesadas.

SOBRE LA ALIMENTACION VIVIENDA Y ASEO

La alimentación es básica para la buena salud y aparte de pequeños cambios (olla de aluminio, se frie y antes no, etc) se le prepara como antes. Aunque se procura tener agua limpia, platos, y ollas limpias, etc.

El agua de consumo se saca del río y en algunos casos del Acueducto y del tanque de agua lluvia. Se dan cuenta que con agua lluvia hay menos problemas de diarreas.

Muchos (Acaricuara) ya viven en casas de estilo blanco (teja de zinc, etc) aunque todavía existe poca división o separación del interior (cocina, dormitorio, etc), el buen aseo se considera indispensable para la buena salud, para la higiene y la preparación de la comida (evitando moscas).

Se recoge la basura, cuidado de los animales domésticos y las excretas se dejan a campo libre, aunque algunos ya utilizan tazas sanitarias.

Vale la pena destacar la observación que en la elaboración de las guías de trabajo y luego en la discusión, se relacionaba Saneamiento Ambiental directamente con la alimentación.

La buena alimentación es fundamental para la Salud y Saneamiento Ambiental es condicionante para ésta. No se pueden discutir las cosas separadamente (Saneamiento y buena alimentación).

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Sin olvidar el paréntesis anteriormente hecho sobre la mayor transmisión de enfermedades, la Salud se ha mejorado; así la situación de salud dentro de las comunidades, como el trabajo por parte de los Promotores y Auxiliares con la Comunidad, aunque existen diferencias entre Comunidades y Promotores. Mas que todo se reconoce la labor de educación y de orientación por el Promotor a la Comunidad.

Las remisiones se consideran como muy importantes y se entiende que a veces hay problemas de fuerza mayor (no hay avioneta) que impide realizar una remisión.

Los suministros de droga y combustible al Puesto y a Promotores es crítico, mas que antes cuando no hizo falta, aunque se está consciente que la Salud no es solamente droga. Existe la conciencia de necesitar la medicina blanca y alguien capacitado de la Comunidad en vista que ni las comisiones médicas alcanzan a cubrir la necesidad.

SUGERENCIAS

La educación a la comunidad es básica para seguir mejorando la Salud; ya se avanzó mucho y como se expresó :

"Este mejoramiento que se va adquiriendo el cual no se estanque, esta sería una tarea que le tocaría a los Auxiliares y Promotores, de que sigan insistiendo en esta Educación hacia la gente. Hay veces en que se reúne a la gente y no entienden o no hacen caso; no podemos estancarnos ahí, nada mas porque el trabajo - se debe seguir promoviendo y tarde o temprano la gente nos daremos cuenta de hay esa necesidad de aprender algo saludable (blanca); de lo que nos enseñaron ya podemos decir de que sí realmente eso nos está sirviendo "

Para continuar con la Educación a la comunidad es necesario que - los Promotores y Auxiliares se actualicen :

"Mas educación a los Auxiliares y Promotores.: que cada día pueda aprender cosas nuevas porque ha cambiado y va apareciendo - enfermedades y drogas nuevas .

Por eso es importante la Educación Continuada para que se conozcan nuevas enfermedades e igual manera la educación comunitaria y capacitación de líderes de la comunidad, para nuevos - mecanismos de Salud. El Auxiliar debe entender que trabaja - para comprender y poder realizar Educación en Salud a la Comunidad"

Otra sugerencia específica se refiere a la radiofonia, para definir una hora fija y segura durante los fines de semana y días festivos para poderse comunicar con Mitú, en caso de una emergencia, algo que ahora es casi imposible.

Concluyendo se expresó la necesidad de la Medicina Occidental y de seguir mejorando los servicios aun consciente de las limitaciones del Servicio.

"La Salud blanca es una necesidad ya sentida por nosotros la gente de las diferentes comunidades.

En ServiSalud seguirá el trabajo muy adelantado y no se puede hechar hacia atrás, habrá que buscar algunas formas que bien sea : ustedes mismos de los que trabajen en la Institución - busquen algunos mecanismos. Esto se mejora un poco mas mientras se pueda, pues cuando económicamente no se puede todo - queda estancado....."

COMPLEMENTO EVALUACION PARTICIPATIVA YAPU

ENTREVISTA : FRANCISCO CHAGRES

PRÉSIDENTE : UNIZAC

COMITE CENTRAL DE SALUD
EVALUACION PARTICIPATIVA
YAPU, MAYO 1985

TEMA : " Que se hizo por el Servicio Seccional de Salud del Vaupés y la Comunidad para mejorar la Salud ".

- P. Cómo se organizó la Comunidad para tener y mejorar el Servicio de Salud.
- R. La Comunidad respecto a esto, primero que todo para tener y mejorar su servicio de Salud; se nombró Comité de Salud en todo a nivel U.C. y Comité Central UNIZAC acompañado ultimamente por Seminarios que hacían el programa.
El Comité Central veía la marcha de los Comités U.C. de Salud de la zona.
- P. Con qué empezó el Programa ?
- R. El programa comenzó con JAIME ALVAREZ, ante todo estaba muy interesado y vio esa necesidad y organizó por medio de Seminario, pero no había hecho los Comités en forma.
- P. Qué Actividades realizaron el Servicio a través del Auxiliar (Puesto de Salud); qué hizo y qué opinan?
- R. El inició fue por el Señor GUILLERMO SALVIZ que él iba escoger como Ayudante de Puesto, y al mismo tiempo enseñaba, cuando ya podía - buscaba para capacitar, por el S.S.S.V. a Mitú, asistieron AGUSTIN MUÑOZ, EFRAIN RODRIGUEZ, que ahora trabajan con la Comunidad.
- P. Qué hacían las Comisiones y qué opinan?
- R. Las comisiones médicas hacían Atención a la Comunidad y se iban para las veredas, para seguir atendiendo según lo programado fue difícil, no se pudo cumplir.
Las comisiones Odontológicas, más que todo atiende la zona escolar. Estas Comisiones deberían ser más constantes y hacer el trabajo - completo. Los viejos dicen porqué no cambia el diente que saca y nos deja sin dientes, en vez de puente y caja como hacían en tiempo de - cauchería.

P. Quiénes vieron la necesidad de organizar los Promotores de Salud y cómo se hizo (historia).

R. Los Promotores de Salud : Fué el finado GUILLERMO GALVIZ, - quién empezó a formar con tres (3) muchachos a organizar en las comunidades, enseñando y practicando con él en el Puesto. Después se oficializó la iniciativa de GUILLERMO, primero que - todo enseñaba lo que era primeros Auxilios por cuenta de él, luego fué planteado en el hospital por el curso de Promotores. Actualmente lo financia el CONVENIO; esa es la historia. La - selección de los Promotores la hace la Comunidad viendo la - necesidad, el interés que tiene, algunos han respondido traba- jando con la Comunidad magníficamente, antes teníamos en el - Pueblo el problema que al promotor se le mandaba a otra parte no de su propia comunidad, después fué reclamado por la Orga- nización " UNIZAC" que el promotor permaneciera en su lugar de origen, y fué aprobado por el hospital ésta Zona de Acariouara, por eso tenemos los Auxiliares y los Promotores de acá, tante U.P.A. Y Unidad de Cobertura.

P. Qué actividades viene realizando el Promotor Rural de Salud en su Unidad de Cobertura.

R. Los promtores radicados con pequeñas drogas que ellos pueden - manejar, para tratar enfermedades primarias y Primeros Auxilios. En cuanto a la educación se tienen charlas educativas que ellos hacen con la comunidad, pero, no saben bien, porque se alcanza a sentir esa necesidad que se puede seguir realizando, ni parecer es que se siga insistiendo; el promotor y el Auxiliar con pacien- cia, hacer ver la necesidad de Salud.

La Educación de los niños ésta Educación se debiera impulsar más a los niños, porque los niños nacaría ya vivirían mejor, para que no suceda como nosotros los viejos.

El niño Ya participaría en Salud con más capacidad y con más entendimien- to en lo que se refiere a educación en Salud; al niño debe de ver mas educación en salud, parece que el Promotor muy pocas veces, - vá a hacer charlas educativas a los niños debería de hacer progra- ma con los niños el Auxiliar y el Promotor dos (2) veces al mes - la charla Educativa, mirando que el niño pueda aprender sobre : - Aseo e Higiene de donde puede sacar el agua para tomar, cómo se - puede preparar la comida, manejo de drogas etc. según la formula, porque los viejos van al Puesto, el Auxiliar les dá la droga con su formula, tal pastilla tome por la mañana y en la tarde; muchas

veces no la toman los viejos, por falta de costumbre y enseñanza.

P. Qué hace el Promotor respecto a Saneamiento Ambiental.

R. Los Promotores si han trabajado y han colaborado bastante con toda la gente haciendo ver que se debe consumir agua hervida, los alimentos bien cocidos, los elementos de cocina bien limpios, la cocina bien limpia; en cuanto a la basura que haga un hueco o la quemar, han trabajado por medio de visitas domiciliarias, dice o hace las demostraciones. La gente lo practica; pero todavía no se ha acostumbrado, por eso se debe insistir, los Promotores y líderes vemos que no se practica; lo dejamos que la gente allí se quede, al contrario, en vez de insistir tarde o temprano la gente se daría cuenta de que tiene esa necesidad, ya lo haría, yo creo que este trabajo se debe seguir realizando, no dejar solo el promotor, entonces, muchas veces no se hace caso al Promotor por eso se debe trabajar con el capitán y los líderes de la comunidad.

REMISIONES. En cuanto a las remisiones esto se ha visto, el Promotor hace el tratamiento a los pacientes en la U.C. si la enfermedad sigue se le manda al Puesto de Salud y el Auxiliar lo sigue tratando, si no se cura se le manda al Hospital de Mitú, gracias al hospital se ha cumplido muy bien a todo nivel de Administración, nos ha servido mucho creo a todo el territorio del Vaupés. La interconsulta con Mitú es un medio de mirar cómo está el paciente para remitirlo, la demora de remisión se ha visto, pero es cuestión de avioneta, la dificultad del transporte - nosotros decimos que el Servicio siga haciendo las remisiones si el Promotor y el Auxiliar no puede hacer algo por el paciente.

COMO TRABAJA EL PROMOTOR CON LA COMUNIDAD.

En primer lugar, el trabajo del Promotor se relaciona con la comunidad. El Promotor trabaja con la comunidad, en su parecer por medio de las reuniones comunitarias, acciones comunales y demás; los Promotores son también líderes de la Comunidad, ayuda siempre y cuando tiene en el Puesto al paciente para no dejarlo solo; la Comunidad está conciente, espera que haga en su voluntad. Al final ha existido trabajo con la Comunidad, el Promotor, el Auxiliar y la enfermera de la zona.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.

Respecto a ésta pregunta el trabajo de la Oficina de PACO, es reconocida por las Organizaciones Zonales y bien sea la organización central "CRIVA", por medio del programa y Seminario que ha hecho en diferentes zonas donde participan todos los - Líderes, Promotores, Auxiliares y las Enfermeras. La Oficina queda en Mitú y la función ha sido realizar Seminarios, preparación de Promotores y Auxiliares indígenas. Nosotros como Comunidad opinamos, que se siga realizando el programa, con el motivo de capacitar a los Promotores, Auxiliares y el mismo - líderes de las comunidades.

Nunca se debe estancar y debe de seguir aprendiendo, para conocer nuevas enfermedades.

EN CUANTO A LA CARTILLA?

El modo de ver, la elaboración de la cartilla es buena, porque el mismo Promotor puede utilizar como un documento para enseñar a la comunidad y a los niños.

También sirve como material didáctico a los niños y es muy práctico de la región, como educación occidental que también tiene su material y esto sirve como base para que en el futuro sirva como elemento de Educación en Salud.

//

3. TIQUIE (ZONA DE INTERVENCION MEDIANA)

A continuación elaboramos una descripción del proceso ejecutado en Trinidad del Tiquié, su proyección y evaluación. Podemos tomar esta descripción como una muestra del tipo de trabajo realizado con otras comunidades productoras del material educativo.

ANTECEDENTES

A partir de 1982 se desarrollaron las primeras experiencias de investigación participativa en la zona del río Tiquié, específicamente en las poblaciones de Trinidad y Bellavista (comenzándose un proceso sistemático de etno-educación continuada hasta la fecha). La línea de trabajo consistió en dividir la Investigación Participativa en fases: 1º - Diagnósticos, 2º Sensibilización, 3º de Ejecución, 4º de Evaluación y Retroalimentación.

En las diferentes fases se procuraron desarrollar Seminarios Comunitarios donde se invitaban no solamente los líderes de las comunidades en cuestión, sino también a todo el personal representativo del área de influencia de Trinidad, con el fin de mirar el proceso acaecido de forma analítica y dado el caso iniciar un nuevo programa después de quemar las diferentes fases.

Los temas accionados a partir de 1982 en el área fueron los siguientes :

- Construcción Puestos de Salud (Trinidad)
- Construcción acueducto (Bellavista)
- Construcción Micropuesto (U.C. Bellavista)
- Instalación 3 Promotores oriundos del área
- Organización comunitaria para la Salud de la zona (ORIT). Cartilla "Como manejamos nuestro futuro" .
- Origen y estudio de las enfermedades venéreas
- Cartilla de T.B.C.

El proceso de trabajo en la zona estaba asesorado directamente para la Oficina de Mitú, pero en la medida que fue desarrollándose el Programa, la misma comunidad presentada por sus líderes lo continuaban, sirviendo además de multiplicadores y coordinadores del autoconocimiento adquirido en compañía de los iniciadores del Programa y dirigido a toda la comunidad!

En este orden de ideas podemos encontrarnos con el tema que atañe este informe o-el relacionado con el Seminario de Educación Comunitaria celebrado en Trinidad de Tiquié y fue planteado entre sus objetivos, la evaluación y el qué hacer de la Cartilla de T.B.C.

Las comunidades participantes representadas por sus líderes fueron las siguientes :

- * Trinidad del Tiquié
- * Puerto Colombia (Pupuná)
- * Puerto Loro
- * San Miguel
- * Santa Isabel
- * Puerto Amazonas
- * Puerto Azul (Macú).

El desempeño de los "animadores" o asesores en este Seminario (Equipo - Asesor) como en todos los Seminarios utilizaron varias preguntas - claves que tienen que adaptarse a las características especiales del - problema priorizado, en la medida en que progresa el tema autoinvestigado.

El temario de las preguntas generales fueron las siguientes :

- * Cómo escogieron el tema de la segunda Cartilla?
- * Porqué decidieron hacer la Cartilla de Tuberculosis?
- * Cómo lo hicieron ?
- * Cómo vamos a utilizar correctamente las Cartillas?
- * O qué vamos hacer con las cartillas?
- * Quiénes se encargarán de "administrar" el estudio de las cartillas y éstas sean verdaderamente utilizadas?

Otras preguntas relacionadas con el tema de TBC estuvieron a la orden del día pero su enfoque pretendía conocer objetos diferentes a la evaluación y uso de las cartillas.

Hay que tener en cuenta que al escuchar las respuestas a cada pregunta comenzaba un diálogo abierto donde surgían subpreguntas que evitaban el reforzamiento del acondicionamiento ideológico, "determinando la percepción de los participantes a confundir causas aparentes con factores determinantes y estructurales que producen el problema o generan la situación enfrentada a limitar el análisis a una sola descripción de las manifestaciones superficiales de un problema y no de sus causas fundamentales" . (GUY LE BOTERF 1981).

En efecto al tocar el tema de desnutrición entre los indígenas Macús de Puerto Azul (priorizado por ellos), todos los demás participantes coincidían en achacar el problema a los "brutos" que eran ellos y no a la estructura profunda enunciada ligeramente por estos indígenas, consistentes en la tenacidad de las monjas para asentarlos en un lugar fijo al cual ellos nunca han estado acostumbrados. En otras palabras la concepción superficial del problema de los Macús se miraba como un problema de educación "pues son ignorantes, no saben cultivar y les dá tuberculosis con mas facilidad". Sin mirar que los argumentos que ellos trataban de expresar relacionado con la tenencia territorial y sedentarización forzada no les permitía producir sus propias formas de manuntención.

Las preguntas didácticas y abiertas que se le formulaban a los indígenas disgustaron en gran medida al resto del grupo asesor, acostumbrados a la lógica positiva y pretendían hacer preguntas cerradas que evitaban la angustia y espera del paciente y además este tipo de preguntas cerradas "ahorraba tiempo" .

En síntesis este tipo de preguntas dialécticas ayudaron al grupo desde hace algún tiempo atrás a mirar los problemas desde varios puntos de vista y no contentarse solamente con la simple descripción que no conducen sino acentuar la dependencia.

RESUMEN DE LAS RESPUESTAS SOBRE LA CARTILLA DE T.B.C.

P : Cómo escogieron el tema de la Cartilla de Tuberculosis?

R : Sintética : escogimos el tema (problema) de la tuberculosis, porque cuando comenzamos a reunirnos para mirar nuestras necesidades de Salud, la enfermedad de Wati Poarí es la mas peligrosa para nuestra salud en estas comunidades.

La gripa se quita rápidamente la TBC nó.

P : Por qué decidieron elaborar la Cartilla de Tuberculosis?

R : Porque con la cartilla podemos mirar lo que se nos ha olvidado en el estudio y además podemos conocer la enfermedad con más facilidad, etc.

P : Cómo se hizo la Cartilla ?

R : Primero contamos todo lo que sabemos de la enfermedad

* Después estudiamos la historia de la TBC, de donde viene, como se ataja y como la curan "los blancos" .

* Después pintamos varios dibujos de la historia, de la prevención, de tratamiento según como nosotros no lo imaginamos (pensamos).

* Escribíamos palabras o le dictábamos palabras al Asesor sobre lo que nosotros entendimos de los dibujos hechos por nosotros mismos.

* Escribimos en nuestra lengua en la medida de nuestras posibilidades.

* Escogimos los dibujos mas bonitos y que mas entendiamos

* Preguntamos a los viejos si entendían los dibujos

* Luego se lo llevaron (dibujos y escritos) para Mitú

* Luego volvieron a Trinidad para volver a mirar con la Comunidad algunas cosas que quedaron pendientes de la Cartilla.

P : Cómo vamos a utilizar correctamente las Cartillas?

Qué vamos hacer con las Cartillas?

R : Primero que todo, los Capitanes reciben las cartillas, ellos las distribuyen a los líderes que entiendan y sepan leer y escribir en lengua y español; entonces los líderes se encargan de reunir a la comunidad después de la misa dominical o en horas de acción comunal y estudiar la Cartilla.

P : Fuera de los líderes, tales como Capitanes, Catequistas, Promotores Enfermeros, qué otras personas son las indicadas para que enseñen la cartilla?

R : Los Profesores de los Internados y Escuelas son los que tienen la responsabilidad principal en la educación de los niños y por eso, las cartillas también hay que entregárselas a ellos para que les enseñen a los niños con carácter obligatorio.

P : Quiénes se encargarán de "administrar" (cuidar con orden) el estudio de las Cartillas para que éstas sean de verdadera utilidad?

R : En la zona del Tiquié los Capitanes y las diferentes Juntas de Salud de la ORIT deben estar enteradas de la programación de actividades de los diferentes estudios de la Cartilla y donde no haya programación, la Organización se encargará de elaborarla en compañía de los líderes y directores de la Escuela.

Al terminar la reunión específica del tema se formó un grupo conformado por los Capitanes del área coordinados por el Presidente de la ORIT MAXIMILIANO SANCHEZ a fin de concertar una reunión con la Hermana Directora del Internado y los Profesores del mismo. En esta reunión el Presidente de la Organización de Indígenas del Tiquié expuso la necesidad

El último Programa llevado a cabo hasta la fecha fue el relacionado con el origen y estudio de la Tuberculosis en el área. El tema fue escogido en reunión plenaria con participación completa y profundizado hasta la medida que la comunidad alcanzo. Las siguientes fases de sensibilización, ejecución, evaluación y retroalimentación, la comunidad completa participó en su desarrollo, pero en el proceso de plasmar el autoconocimiento adquirido en material educativo que permanezca continuamente, todos los líderes del área participan en su elaboración. (En la elaboración se sigue con el método de producción de material educativo con participación comunitaria).

En el proceso de producción de conocimientos, soluciones y acciones al tema, se describe de la siguiente manera :

CUADRO N° 1



COMUNIDAD

Teniendo en cuenta que la producción del conocimiento y la movilización del mismo Cuadro, # 1 no es una forma del Programa nueva implantada por los iniciadores del Programa, sino que mas bien corresponde a la forma autóctona de funcionar en este aspecto la comunidad, el equipo asesor se acoje a la realidad de trabajo que juega entre acciones con líderes y comunidad respectivamente. (Ver Informe PACO Valledupar, 1983, Práctica ADEPRIS en el Vaupés Medio).

al profesorado de adaptar el estudio de las Cartillas. Como toma obligatoria en las clases de Higiene y Salud incluidas en el pensum académico. La Directora y el profesorado estuvieron muy de acuerdo en llevar a la práctica esta iniciativa a una hora en la semana en los diferentes grados del internado, incluyendo evaluaciones bimensuales de los diferentes objetivos educativos inmersos en la Cartilla T.B.C, también se concertó la Cartilla Prevención de Enfermedades apenas termine el estudio de la Cartilla de TBC.

En cuanto a la asesoría y supervisión del estudio quedaron encargados: El Auxiliar de Enfermería y la Directora del Internado de la Zona del $\frac{1}{2}$ Tiquié .

Por otro lado en cuanto al Estudio de las Cartillas a nivel comunitario se elaboró un cronograma de actividades en conjunto con ORIT y el Equipo de Salud para ser llevado a la práctica en los días mas convenientes para las gentes de la zona.

Este estudio dirigido por lo líderes (Promotor de Salud, otros) también será supervisado por el Auxiliar de Enfermería en compañía de los dirigentes de la Organización Indígena del Tiquié.

En cuanto al intercambio de experiencias de las diferentes organizaciones productoras de material educativo en Salud, se acordó realizarla en el Congreso CRIVA o ejecutor en Mitú en Noviembre / 85.

D. OBSERVACIONES Y DISCUSION

Más que todo en Yapú y Acaricuara se percibe el Programa como un resultado de acciones e iniciativas entre el Servicio y la misma Comunidad cada uno con su propio papel. Existe una conciencia histórica del desarrollo del Programa que se puede mejorar siempre, estudiando y proponiendo. El nivel de organización y su trayectoria de estudiar y discutir las cosas permitió una Evaluación más profunda y detallada. O sea la Evaluación mostraba algo de la experiencia y del conocimiento de los asistentes al Seminario que son líderes o representantes de la Comunidad. Vale la pena observar la conciencia de que la Salud no se puede desvincular de la "manera de vivir" y cambios en ésta como se han venido presentando en los últimos decenios, por contacto con los blancos.

En cuanto a la capacidad de propuesta se veía el avance en Yapú/Acaricuara y en Tiquié en precisar las sugerencias. La diferencia entre Comités recién se vincularon a la Organización y los "antiguos" fue también notoria en este sentido.

En los tres casos resaltó la importancia que se está dando a la Educación a la Comunidad, a los Líderes de los Líderes y a los demás miembros de la comunidad, como una condición para lograr mejorar la Salud. En Yapú/Acaricuara también enfatizaron en el papel de los Promotores y Auxiliares y en la necesidad de seguir dando educación continua para su actualización.

Cabe mencionar que la Evaluación Participativa se dirigió mucho hacia el impacto social del Programa y menos o casi no al impacto médico, aunque en algunas ocasiones manifestaron que con los tanques de Agua Lluvia hay menos diarrea. Esto conlleva a la conclusión que mientras que se pretende hacer una Evaluación Participativa, que

implica un proceso educativo, no se puede evaluar mas allá del nivel de conocimiento y consciencia de la Comunidad. Por ejemplo para evaluar el impacto médico por la Comunidad hay que definir con la Comunidad, cuales son sus propios índices o parámetros de salud, en terminos cualitativos y cuantitativos.

Desarrollar índices y una lista o encuesta para llenarla con la comunidad, aunque no se niega el valor de este ejercicio.

En resumen, la Evaluación Participativa daba una idea subjetiva y mínima sobre la situación de Salud pero mas que todo de la visión de la Comunidad sobre el desarrollo del Programa y sobre el posible impacto de la estrategia social (Investigación Participativa).

En cuanto a la efectividad de la Evaluación Participativa como instrumento de la comunidad de adecuar el Programa o retroalimentar hacia niveles de decisión del Servicio no se puede concluir mucho en este momento. Hasta el momento la Comunidad participó en la selección y ubicación de Promotores, en definir temas de educación y en la elaboración de Cartillas y en algunos casos en la distribución de recursos por instalar pequeños tanques de agua lluvia en la zona de Caño Paca y Vifa; mas no en la frecuencia o modalidad de comisiones médicas en las decisiones de construcción de Abastos de Agua, el suministro de drogas, etc, o sea la participación directa en decisiones sobre el manejo del Programa, tiene sus limitaciones y las sugerencias de la comunidad llegan normalmente a un nivel de decisión por intermedio del Grupo Asesor.

No obstante, como Educación Comunitaria y proceso de conscientización no cabe duda que este tipo de Evaluación tiene su efecto positivo dando una base sólida para el desarrollo futuro del Programa a nivel de la Comunidad.