

827
C083

Convenio Colombo Holandés

LIBRO K.D. 5323

International Health Centre
for Community Water Supply

PROPUESTA 1987-1988

Programa de Atención
Primaria en Salud

827C083-1464

Via Frits Muller
Judeven 40
9255 LC TIEJRK

CONVENIO COLOMBO HOLANDES EN SALUD

PROPUESTA 1984 - 1985

LIBRARY OF THE NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH
615 NORTH EAST STREET
ATLANTA, GEORGIA 30306
P.O. Box 5000, 1000 AD, 1000, Le
Tel. (978) 850-1111 ext. 143/144
RN: 05323 *isn 1464*
LC: 827 C083
KOD 5323
International Commission on
the Co-ordination of
the Co-ordination of

Bogotá, noviembre de 1983

I E D H C E

PRESENTACION

INTRODUCCION

I - IV

CAPITULO I

- PERSPECTIVAS DEL PROYECTO..... 1

CAPITULO II - MARCO TEORICO

- ATENCION PRIMARIA EN SALUD..... 12

- ATENCION A LAS PERSONAS..... 14

- ATENCION AL AMBIENTE...-..... 18

- CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA..... 23

- EDUCACION EN SALUD..... 30

- PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD..... 33

CAPITULO III PLANES PRESUPUESTO Y CONTRAPARTIDA

- VAUPES..... 38

- GUAVIARE..... 44

- URABA..... 55

- CHOCO..... 62

- OFICINA DE COORDINACION..... 79

P R E S E N T A C I O N

Este documento de Propuesta para prorrogar el Programa de Salud del Convenio Colombo Holandés durante el período 1984 - 1985, está dirigido a los representantes de los Gobiernos de Holanda y Colombia y debe servir como punto de partida para las Conversaciones Bilaterales.

Se divide en tres Capítulos. El primero se refiere a las Perspectivas del Proyecto en los próximos años y ha sido elaborado por el Doctor - FRITS MULLER, Asesor Holandés, conjuntamente con el Director y Co-Director del Proyecto.

El segundo contiene el Marco Teórico que orienta el Proyecto.

El tercero contiene los presupuestos , Planes y Contrapartida Nacional - elaborados en líneas generales.

La responsabilidad de este Documento recae en el Equipo de la Oficina - de Coordinación, pues por la brevedad del tiempo no pudo ser consultado con los Coordinadores Regionales como era nuestro deseo.

OFICINA DE COORDINACION

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

ANTECEDENTES DEL PROYECTO

El Programa Colombo Holandés de Atención Primaria en Salud es un proyecto de Cooperación Técnica que se enmarca dentro de la Política de Cooperación de los dos Gobiernos y que tiene como objetivo fundamental, la implantación de la Estrategia de Atención Primaria en zonas marginadas rurales, para ampliar la cobertura de servicios de salud.

Se inicia el Proyecto en 1979 con una "Fase de Identificación", de la cual resultan seleccionadas las regiones del Chocó, Urabá, Vaupés y Guaviare. Durante 1980 y 1981 se desarrolla una "Fase de Montaje y Construcción de Infraestructura", seguida por una "Fase de Profundización de Servicios", que está en ejecución. (1982 - 1983).

La estructura organizativa contempla: un Nivel de Dirección, "El Comité - Directivo", que traza las políticas y aprueba programas y presupuestos; un Nivel de Coordinación y Ejecución de Políticas, "La Oficina de Coordinación"; un Nivel de Coordinación y Ejecución de Acciones, "La Coordinación Regional".

Con excepción del Chocó, la ejecución del Programa ha sido responsabilidad de los Servicios de Salud, con la asesoría del Convenio.

La característica del Programa ha sido implantar la estrategia de Atención Primaria a partir de las condiciones reales de los Servicios de Salud y

desarrollarla de tal forma, que los avances no superen la capacidad de respuesta de los servicios, tanto en lo técnico como en lo financiero.

RESULTADOS DE LA EVALUACION

En octubre de 1983 se realizó la Evaluación Bilateral del Programa, mediante dos Misiones separadas, una General y una específica para Saneamiento, el período evaluado correspondió a los cuatro años de actividades del Convenio.

Las principales recomendaciones fueron:

- Que se prolongue el Convenio dos años como mínimo
- Mantener un Asesor en cada región
- Facilitar una mayor participación de los funcionarios de salud en la conceptualización y práctica de la Atención Primaria, facilitando el desarrollo de experiencias propias a nivel local y veredal.
- Revisar los contenidos de la Capacitación de Promotores
- Impulsar la Supervisión por Niveles
- Mejorar los procesos organizativos y de control financiero
- Corregir los desequilibrios entre los componentes de la Atención Primaria.
- Propiciar la coordinación intersectorial
- Acelerar el proceso de descentralización del Proyecto, acorde con las circunstancias regionales
- Integración del Convenio dentro del Ministerio de Salud

La Misión de Evaluación condicionó la prórroga del Convenio a los siguientes puntos:

- El Plan de Operaciones para los próximos dos años, debe definir prioridades y etapas.
- A corto plazo se debe tener un dato de lo ejecutado como Contrapartida Nacional.
- La programación será única a Nivel Seccional, respetando un manejo separado de los fondos colombianos y holandeses

FUTURO DEL PROYECTO

Transcurridas ya las fases de identificación, montaje y profundización de servicios, se entrará en la última etapa del Programa de Atención Primaria, que será la de "Consolidación", después de la cual se retirará la ayuda holandesa.

Esta "Fase de Consolidación" se considerará alcanzada, cuando exista en cada proyecto regional:

- Una estructura mínima que garantice la continuidad de las acciones.
- Se haya establecido una cierta "rutina" de trabajo en Atención Primaria.
- Se logre una cobertura real de servicios, en algunas zonas o UPAS que sirvan como ejemplo para ampliar la cobertura.
- Se haya obtenido un nivel aceptable de Participación Comunitaria en algunas zonas o UPAS.

Creemos que este punto de Consolidación no será alcanzado al mismo tiempo en las cuatro regiones, debido al disímil desarrollo de los proyectos regionales. Por ésto preveemos un período de dos años para Urabá y Vaupés y un período de cuatro años para Guaviare y Chocó.

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

PERSPECTIVAS DEL PROYECTO

PERSPECTIVAS DEL PROYECTO

I. INTRODUCCION

El hecho de que el Convenio es cooperación técnica lo determina en gran medida. Así el Convenio se caracteriza por su grado de innovación, su agilidad, la cooperación entre ambos países expresada en un diálogo constante de todos los niveles y su duración limitada.

El objetivo del Convenio sigue siendo la extensión de cobertura de los Servicios de Salud, mediante la Estrategia de Atención Primaria. Ya pasaron las fases iniciales de diagnóstico (1979) y de inversiones e implantación (1980 - 1984) y el Convenio pasa a la Fase de Consolidación.

II. OBJETIVOS DE LA FASE DE CONSOLIDACION

Aunque los dos Gobiernos no se pueden comprometer formalmente por más de dos años, se prevee un período de cuatro años para esta Fase del Convenio

FASE DE CONSOLIDACION

PERMANENCIA PREVISTA DEL CONVENIO*

	1984	1985	1986	1987
OFICINA DE COORDINACION	-----**			
CHOCO	-----			
URABA	-----			
GUAVIARE	-----			
VAUPES	-----			

- * Las fechas indicadas son metas y no son expresadas en términos absolutos; los puede adelantar o postergar en algo.
- ** Una vez integrada al Ministerio de Salud, la Oficina sigue con funciones de asesoría hasta finales de 1984 y como Oficina de Administración a partir de 1985 hasta terminar el Convenio.

OBJETIVOS PARA LA FASE DE CONSOLIDACION

1. Crear las condiciones para garantizar al máximo la continuidad de la Atención Primaria después del retiro del Convenio
2. Corregir desequilibrios en Atención Primaria en áreas del Convenio y reemplazar y complementar el trabajo en las UPAS ya incluidas en el Convenio.
3. Intercambiar experiencias con otros niveles del Ministerio de Salud y sus Seccionales.

1. GARANTIA DE CONTINUIDAD

Para el Convenio como para cualquier Proyecto de Cooperación Técnica la continuidad es una preocupación seria.

Básicamente se pretende establecer una rutina de atención primaria en las UPAS, donde se trabaja, que pueda ser asumida por los Servicios Seccionales de Salud sin ningún apoyo externo.

EL papel de la Cooperación Técnica en este caso ha sido asumir los costos elevados de montar el sistema de Atención Primaria y la adaptación de la metodología nacional a las necesidades y posibilidades específicas de cada región donde se desarrolla el Convenio.

El Convenio tratará de garantizar la continuidad de la Atención Primaria de la siguiente manera:

- a. Descentralización de la coordinación hacia las cuatro regiones e integración completa gradual en el Ministerio de Salud. Se prevee la desmantelación gradual de la Oficina de Coordinación y el tratamiento simultáneo de los Equipos Multidisciplinarios de Atención Primaria en las regiones.

Se busca ubicar la coordinación nacional en el Ministerio de Salud en un grupo de coordinación de atención primaria.

Se mantendrá la administración centralizada de los fondos holandeses.

- b. El establecimiento de una rutina de atención primaria en las regiones del Covenio, rutina que consiste por lo menos en :

- * Ejecución de los Programas Básicos de Atención Primaria a nivel de las UPAS, que son atención a las personas, atención al medio, actividades materno - infantil y administración.
- * Abastecimiento de las UPAS, tanto de las auxiliares, como de los promotores.
- * Supervisión rutinaria de las UPAS y de las promotoras por auxiliares y promotores de saneamiento.
- * Mantenimiento de las obras locales de saneamiento
- * Manejo del Programa por un Equipo Multidisciplinario

- c. Establecer rubros en el presupuesto de los Servicios Seccionales de Salud con suficientes fondos para continuar la Atención Primaria por lo menos en las UPAS donde ya se empezó.

- d. Buscar el compromiso de la población con el Programa mediante la participación popular.

2. CORREGIR DESEQUILIBRIOS EXISTENTES EN EL CONVENIO

Los desequilibrios a los cuales se refiere fueron mencionados por la Misión de Evaluación y son diferentes según las regiones.

Las medidas correctivas serán tomadas en los años 1984 y 1985 y son específicas según región en el presente Plan "1984 - 1985" .

3. INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS

Es importante para el Convenio como campo de innovación de atención primaria intercambiar experiencias con funcionarios a nivel del Ministerio de Salud, de las Seccionales y Regionales e inducir personal local nuevo. Aspira que los Servicios Seccionales extiendan la Atención Sanitaria Primaria de el modelo del Convenio hacia otras UPAS.

III. CONSECUENCIAS PARA LA FASE DE CONSOLIDACION

1. CONTENIDO DEL TRABAJO

Se sigue complementando al trabajo de Atención Primaria en las UPAS ; donde ya trabaja el Convenio sin extensión a otras UPAS donde éste no trabaja.

Se extiende el trabajo en Saneamiento con el objetivo de proveer al máximo posible las incluídas en las UPAS, donde ya trabaja el Convenio con énfasis al agua potable.

Se mantienen las estructuras de generar participación popular en las UPAS donde trabaja el Convenio.

2. LA ORGANIZACION / ADMINISTRACION

El Convenio siempre funcionó como parte del Ministerio de Salud y en los Servicios Seccionales de Salud con relativa independencia. En la Fase de Consolidación , el conjunto sigue siendo dirigido por el COMITÉ DIRECTIVO , que cuenta con representantes del Ministerio de Salud, Planeación Nacional y Embajada de Holanda cada uno con derecho a un solo voto. El Comité Directivo aprueba los planes trimestrales y determina el desarrollo general de los programas.

La Dirección del Convenio pasa en el transcurso de 1984 directamente al Ministerio de Salud, en caso posible en un Grupo Coordinador de Atención Primaria, que funcionará con responsabilidad directa de Secretaría General. Este grupo está en formación y tendría al Convenio como una de sus responsabilidades. Uno de sus funcionarios será Director del Convenio teniendo como Co-Director a uno de los Expertos Holandeses.

Se mantiene la dinámica de reformas trimestrales de actividades y planes más presupuestos trimestrales. En lo que se tiene un tope es en el plan de dos años.

Desde 1984 el Informe del trimestre y los planes más presupuestos trimestrales serán presentados por los Equipos Multidisciplinarios de las cuatro regiones. Primero al Director y Co-Director del Convenio y de allí al Comité Directivo.

Para mantener cierta cohesión en el Convenio a pesar de la desmantelación general de la Oficina de Coordinación se prevee:

- * La coordinación por el Director del Convenio y en contraparte holandes.

- * La reunión trimestral de representantes de los equipos multidisciplinarios en Bogotá, para discutir los planes trimestrales - antes de presentarlos al Comité Directivo. A esta reunión asistirán también los Directores de las Seccionales de Salud y representantes de los diversos Departamentos del Ministerio de Salud involucrados; esta reunión se hará un día antes del Comité Directivo.
- * El fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios y la permanencia de los asesores holandeses.

La Oficina de Coordinación mantiene el control de la administración hasta fines del proyecto. Es posible que la administración financiera necesite algunos reajustes. Además mantiene en 1984 por lo menos la asesoría de Saneamiento Ambiental, como componente importante del trabajo para este año, así como asesoría en enfermería (Supervisión).

Los asesores de Nivel Central tendrán gran énfasis a la práctica y menos a la teoría, lo que en Saneamiento Ambiental ya existe y en enfermería para 1984 se expresa en: Tres meses de asesoría en Vaupés y Guaviare, un mes en Chocó y Urabá y cuatro meses sobrantes a la libre disposición. La asesoría en comunicación social u otras serán contratadas localmente.

Se prevee mantener la asesoría holandesa en el Convenio, para mantener el carácter de diálogo de la cooperación y la fiscalización de la política holandesa.

ASESORES HOLANDESES	1984	1985	1986	1987
COORDINACION	1*	1*		
CHOCO	1	1	1***	1***
URABA	1	1		
GUAVIARE				
VAUPES	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
TOTAL	4	3	1	1

- * El Coordinador Holandés dedicará parte de su tiempo especialmente a asesoría en el Guaviare.
- ** El Coordinador Holandés dividirá su tiempo en asesoría en Guaviare y/o Vaupés y la Coordinación a Nivel Nacional.
- *** El Asesor Holandés distribuirá su tiempo en el Chocó y/o Guaviare, según la necesidad que se presenten y la coordinación a Nivel Nacional.

3. FINANCIAMIENTO

Bajo este rubro se consideran las consecuencias para la contribución holandesa y la contrapartida colombiana en la Fase de Consolidación

La **Contrapartida Colombiana** consiste en :

- a. Los gastos de funcionamiento de las UPAS
- b. Los gastos extras, si los hay, para garantizar el funcionamiento de las UPAS en el modelo de Atención Primaria.
- c. Contrapartida e inversiones específicas

a. Este Rubro consiste en:

- * SERVICIOS PERSONALES
 - Promotor de Salud
 - Auxiliares de Enfermería (de las UPAS).
 - Promotores de Saneamiento - (de las UPAS).
 - Porcentaje del salario del - Equipo Multidisciplinario.
- * SUMINISTROS Y DOTACION
 - Medicamentos y biológicos (de las UPAS).
 - Material curación (idem)
 - Renovación del Equipo.
- * GASTOS GENERALES
 - Viáticos (del personal de las UPAS y Equipo Multidisciplinario).
 - Combustibles (item)
 - Mantenimiento (idem)

Aunque en el Presupuesto de los Servicios Seccionales aparecen - los fondos para estos rubros se cumplió en general sólo la parte de salarios ; la ausencia de dinero para supervisión y abastecimiento se hizo sentir en medida mayor o menor en cada una - de las regiones.

Para la continuidad del Programa es necesario que se especifiquen los rubros mencionados en los presupuestos bajo el rubro de Atención Primaria. Con el apoyo decidido de los Directores de las Seccionales y del Ministerio de Salud, se puede aspirar al cumplimiento de la ejecución real de estos rubros.

- b. Puede ser que las actividades especiales del Convenio llaman a los fondos extras a las ya mencionadas: Para la educación continuada, por ejemplo, o para una supervisión más intensiva a la prevista dentro de la política del Ministerio de Salud.

Estos costos extras corren todavía por cuenta del Convenio y deberían pasar gradualmente al Servicio Seccional.

- c. El Convenio se encarga mayormente de las inversiones necesarias para montar el programa de Atención Primaria como son la infraestructura, dotación de medios de transporte, equipamento, etc.

LA CONTRIBUCION HOLANDESA

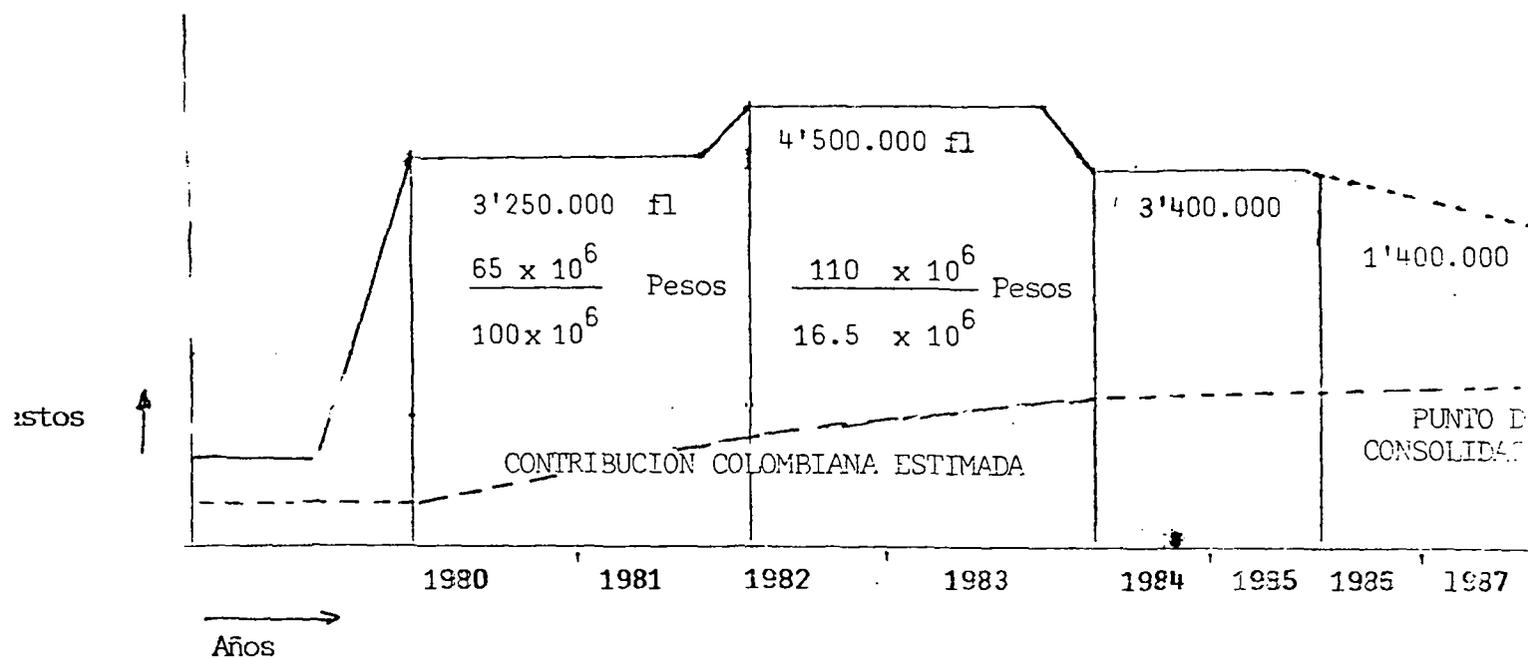
La contribución holandesa disminuirá los años siguientes, para prevenir una caída brusca del programa al terminar el Convenio. El retiro gradual del apoyo holandés también se justifica por el desarrollo del mismo trabajo.

Para los costos iniciales, los de montar un programa de Atención Primaria son mucho más altos que los costos de mantener el programa después.

La contribución holandesa fue utilizada en la fase inicial para el diagnóstico de las regiones; financiar la infraestructura y dotación necesaria, la capacitación del personal, el financiamiento de experimentos y una asesoría holandesa y administración de los fondos.

En la Fase entrante de Consolidación, el Convenio sigue financiando saneamiento, asesoría holandesa y colombiana y la corrección de desequilibrios en atención primaria. Ya no habrá extensión de cobertura por esta parte a excepción del Chocó (San Juan).

GRAFICA FINANCIAMIENTO CONVENIO *



* No disponemos de datos concretos sobre la contrapartida colombiana ya que ésto fue definido en el Acuerdo Administrativo como los gastos totales de los Servicios Seccionales de Salud

En el cuadro se presenta lo ejecutado y no lo presupuestado, estimado un 65% para los años 1980 - 1983 y a 70% para los años 1984-1987.

Para formarnos una idea del costo de extensión de cobertura dentro del modelo del Convenio, supongamos que se logró una extensión real a 30.000 personas y que en contribución holandesa fue igual a la colombiana.

El costo/percapita en $4\frac{1}{2}$ años fue entonces de 9'000.000 Hf1: 30.000 personas = 300 Hf1/percapita más la contribución colombiana = 600 - Hf1 percapita (18.000 pesos / percapita) aproximadamente.

Se hace necesario precisar y detallar los costos reales de la contra partida tal como quedó definido anteriormente para conocer el costo real de mantener el programa a partir de 1987.

Además hay que considerar que los costos de la primera fase no pueden ser tomados así no más. Primero la calidad de la cobertura alcanzada varía y necesita ser completada (agua potable, supervisión, etc)

Segundo, quedó incluido todos los gastos implícitos de un Convenio Técnico Internacional , que son difíciles de valorar y evaluar. Nos referimos a gastos de asesoría, tanto holandeses como colombianos y los costos de proyectos innovadores y de coordinación.

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

M A R C O T E O R I C O

ATENCION PRIMARIA EN SALUD

ATENCION A LAS PERSONAS

ATENCION AL AMBIENTE

CAPACITACION, SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA

EDUCACION EN SALUD

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

El Convenio Colombo Holandés ha desarrollado su Programa de Atención Primaria en Salud siguiendo los lineamientos expresados en la Declaración de ALMA - ATA y obedeciendo a la Política Nacional de Extensión de Cobertura con Atención Primaria.

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

Esta práctica conduce a identificar , unos componentes básicos y otros complementarios, en el contenido de la Atención Primaria. Atención a las Personas y Atención al Ambiente son los básicos, pues conllevan acciones concretas dirigidas a la comunidad. Los complementarios son: La Capacitación, Supervisión y Educación Continua, que se orienta a mejorar la calidad del recurso humano; la Construcción de Infraestructura Física y la Dotación , como apoyo a la facilidad y oportunidad en el servicio; la Educación en Salud como compañera de todas las acciones concretas.

La Participación de la Comunidad no se puede considerar como un componente, pues siendo la comunidad el substrato de la Atención Primaria , su participación en el proceso, es la garantía de efectividad de todas las acciones que se emprendan. Es más una condición necesaria para la implantación de la estrategia, que un objetivo institucional.

La forma más autóctona de Participación Comunitaria en Atención Primaria , es la Medicina Tradicional, respecto de la cual hay muchas expectativas , pero que aún permanece velada al Sistema Formal de Salud. En esta área de

trabajo, el Convenio busca articular la Medicina Tradicional y el Sistema Formal de Salud, de manera que se complementen; disponemos de muy poca información para poder preveer los términos en que se dará ese sincretismo.

Cuando la integración de los componentes de la Atención Primaria, se traduzca en acciones concretas que mejoren el nivel de salud de la comunidad, será el momento para hablar de una cobertura real de servicios. Pero si hay una comunidad conciente y activa, que reciba las acciones y se apropie del conocimiento transferido, estaremos en la vía de lograr el Auto-cuidado en Salud, que será la meta última de la Atención Primaria

El análisis traído hasta aquí, se limita al ámbito del Sector Salud, pero es claro que la salud está influenciada por los otros componentes del desarrollo, quienes la condicionan y determinan y sobre los cuales no se tiene injerencia. Si hay conciencia de que para elevar el Nivel de Salud se requiere del concurso de otras Instituciones y que es imposible esperar un desarrollo armónico con hipertrofia del Sector Salud, la conclusión será, que sólo mediante el trabajo intersectorial coordinado, es posible alcanzar los objetivos de la Atención Primaria.

En las páginas siguientes se trata cada uno de los componentes y los planes que se tienen para desarrollarlos,

ATENCION A LAS PERSONAS

El Convenio no ha desarrollado acciones directas en el campo de la Atención a Personas, pues se consideraba que el personal de los Servicios Seccionales daba especial énfasis a estas acciones, en cumplimiento de las normas emanadas del Ministerio de Salud. Sin embargo, la Evaluación ha mostrado gran debilidad en la prestación de estos servicios, lo que se refleja en una baja cobertura en vacunación, un escaso desarrollo en actividades preventivas y de promoción de la salud y un interrogante en cuanto a la calidad y oportunidad con que se atiende la morbilidad.

En opinión de los evaluadores, hay un desbalance entre las acciones de Atención a Personas y los otros componentes del Programa de Atención Primaria; esto puede ser consecuencia de la política que ha seguido el Convenio de apoyar y estimular aquellos componentes que estuvieran menos desarrollados.

Para corregir el desequilibrio, nos proponemos explicitar las acciones que se han de cumplir en promoción, prevención y recuperación de la Salud, acciones que por si mismas son la esencia del Programa de Atención Primaria.

I. CRITERIOS PARA DESARROLLAR EL COMPONENTE

Como en este componente no se parte de cero, pues aunque con dificultades, se vienen realizando algunas acciones, el trabajo estará orientado a profundizarlas y complementarlas. Los puntos generales serían:

- Conocer en detalle las actividades que están desarrollando los promotores de salud y auxiliares de enfermería, para apoyarlos en su trabajo mediante la Supervisión y Educación Continuada.

- Precisar la patología predominante en cada Unidad de Cobertura y/o UPA.
- Analizar con los funcionarios profesionales de los Servicios de Salud, los alcances, contenidos y operatividad, de las funciones delegadas.
- Precisar y mantener actualizado el censo de la población susceptible de recibir servicios específicos.
- Integrar acciones entre el SEM y los Servicios Seccionales de Salud, para reducir la morbilidad por paludismo.
- Planear actividades específicas dirigidas a los grupos prioritarios de la población, madres y niños, y las correspondientes a - Programas Especiales.
- Mejorar la comunicación entre el médico y los auxiliares y promotores, para una buena captación y seguimiento de los pacientes.
- Buscar la participación de la comunidad e interesarla en el análisis y control de su situación de salud.

II. ACTIVIDADES

Si bien se pueden ordenar las actividades de Atención a las Personas, siguiendo los niveles de prevención de la enfermedad, de manera que hay unas actividades de promoción y prevención y otras de recuperación de la salud y rehabilitación del daño, es necesario precisar - un poco más aquellas que es posible alcanzar.

En este orden de ideas, conviene centrar la atención en las actividades dirigidas hacia los grupos más vulnerables de la población, como son las madres y los niños; también en las orientadas al control de algunas patologías de significancia epidemiológica. Pero para desa-

rollar estas actividades; es necesario que participen los diferentes niveles de regionalización, pues para dar una cobertura real de los servicios, no basta tener algunos promotores de salud en ciertas veredas.

1. PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Esquemáticamente se propone lo siguiente:

1.1. Atención Materna

- Control prenatal y de puerperio
- Educación en Salud
- Inmunización antitetánica si la patología lo amerita

1.2. Atención Infantil

- Inmunizaciones
- Control de crecimiento y desarrollo
- Estimulación temprana del niño a nivel familiar
- Educación en Salud a escolares
- Prevención y tratamiento de la diarrea

2. PROGRAMAS ESPECIALES

El énfasis que se ponga al control de una determinada patología depende de la morbilidad prevalente en cada región, sin embargo en líneas generales podrían ser:

- Prevención y tratamiento del paludismo, en acción coordinada con el SEM.
- Control de la Tuberculosis
- Tratamiento del parasitismo intestinal.

La desparasitación masiva se hará en los lugares donde se instalen sistemas de agua y excretas.

- Acciones preventivas en salud oral.
- Medida de vigilancia epidemiológica en enfermedades transmisibles.

III. CONDICIONES PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

Hay que tener en cuenta que el Convenio apoya y estimula las actividades, pero que son los Servicios Seccionales de Salud quienes ejecutan las acciones; ésto quiere decir, que es indispensable un compromiso real de los Servicios, para dar una cobertura amplia en atención a las personas.

Es por esto que las condiciones que se listan a continuación, pueden ser satisfechas por los Servicios Seccionales.

- Que haya una política seccional de apoyo a la Atención Primaria
- Tener un plan de actividades, elaborado con base en la información que aportan los auxiliares y promotores.
- Brindar apoyo a los niveles de UPA y Unidades de Cobertura, mediante Supervisión y Educación Continua.
- Asegurar el apoyo logístico necesario para garantizar el funcionamiento de los diferentes niveles.
- Ofrecer atención médica regular en las Sedes de UPA.

A T E N C I O N A L A M B I E N T E

El Convenio ha venido enfatizando las acciones en Atención al Ambiente , por considerar que éstas han tenido poco desarrollo dentro del Sistema - Nacional de Salud. A pesar del importante papel que juega el ambiente - en la conservación de la salud, los presupuestos destinados a su mejoramiento han sido exiguos , por lo cual las acciones del personal se han orientado más hacia el control de establecimientos y expendios en zonas urbanas, que hacia la solución de problemas de aguas, excretas o basuras.

Siendo la zona rural el ámbito de nuestro trabajo, las acciones de Atención al Ambiente estarán orientadas al Saneamiento Básico Rural, en aspectos de abastecimiento de agua, y disposición adecuada de excretas y basuras.

I. CRITERIOS PARA DESARROLLAR EL COMPONENTE

Definida las acciones en torno al Saneamiento Básico Rural, se piensa que es indispensable tener unos criterios que guíen el desarrollo de las actividades, los cuales serían:

1. Obras que respondan a una necesidad sentida de la comunidad y que la solución adoptada no rompa con las características socio - culturales de la misma.
2. Selección de un sistema apropiado que tenga un costo razonable
3. Que se garantice el funcionamiento y mantenimiento de la obra.

Para cumplir con estas premisas será necesario:

- Tener un buen acercamiento a la comunidad, para motivarla y obtener de ella su verdadera participación, en la identificación de la necesidad, en la selección del sistema, en la ejecución de

la obra y en el posterior mantenimiento de la misma; para lograr lo, deben trabajar conjuntamente el funcionario de saneamiento con el responsable del Area Social y el Promotor Rural de Salud.

- El diseño de la obra será lo suficientemente estudiado, para que en la forma más sencilla y eficiente dé solución al problema técnico, a un costo razonable, tanto en la fase de construcción como en la de utilización.
- Para garantizar el funcionamiento de las obras, se tendrá que asegurar la responsabilidad comunitaria en su administración y mantenimiento, mediante la organización de Junta Administradora u otros mecanismos. En muchos casos la responsabilidad del mantenimiento recaerá parcial o totalmente en la Institución de Salud; entonces habrá que asegurar el Recurso Humano necesario, los suministros y los medios de desplazamiento.

II. ACTIVIDADES

Para seleccionar los lugares donde se ejecutarán las obras de saneamiento, se tendrán cuatro requisitos principales:

- Que la comunidad o grupo de familias beneficiarias, estén verdaderamente interesadas en la solución al problema sanitario.
- Que haya factibilidad técnica para su ejecución, en los términos ya descritos.
- Preferencialmente se trabajará en aquellas veredas donde haya promotor rural de salud.
- Que las obras sean complementarias a otras ya instaladas

Estos requisitos se aplicarán en forma flexible, pero serán válidos para todas las acciones que se emprendan, con excepción de aquellas en que se trabaje en coordinación con otras instituciones en aspectos educativos o preventivos (ejemplo: con el SEM, con Corporaciones

de Desarrollo, etc).

1. ABASTECIMIENTO DE AGUAS

El objetivo general de esta actividad será llevar agua suficiente y de buena calidad, a comunidades o familias en las áreas de influencia del Convenio.

Como prioridad, se potabilizará el agua en aquellos lugares donde ya se tiene un abastecimiento suficiente. Donde sea posible se instalará el abasto completo (en cuanto a cantidad y calidad), recurriendo al sistema más adecuado, por ejemplo

- Acueducto con sistema de cloración
- Filtro lento de arena
- Pozos y sistema de potabilización manual
- Río bomba y microplanta de tratamiento

Donde por razones técnicas o comunitarias sea posible construir el Abasto completo, se programará en dos etapas, suministro y potabilización, siempre y cuando se garantice la segunda.

2. DISPOSICION DE EXCRETAS

Las soluciones de tipo colectivo, como los alcantarillados de poblaciones, será responsabilidad de otras Instituciones como las corporaciones de desarrollo o el INAS; con ellas se tendrán actividades coordinadas e intercambio de experiencias.

Nuestro objetivo serán las soluciones individuales o para grupos de viviendas.

Los lineamientos para esta actividad serán:

- Prioritariamente detectar y corregir los problemas que se han presentado en la instalación o utilización de tazas sanitarias.
- Instalar tazas sanitarias como complemento a los Abastos de Agua.
- Impulsar el uso de otros sistemas, como letrinas mejoradas, allí donde por las características del área sea imposible utilizar tazas sanitarias

3. DISPOSICION DE BASURAS

Como la solución a este problema depende en gran medida de la conciencia que adquiera la comunidad, creemos que se requiere de un proceso educativo previo, que garantice la funcionalidad de cualquier sistema que se quiera emplear, especialmente si se trata de utilizar la basura para obtener abono,

- Se dará prioridad a instalar algunos sistemas para producir Compost.
- Se utilizarán otros sistemas sencillos como el relleno sanitario manual o los incineradores de tipo casero .

III. CONDICIONES PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES

Las actividades de Atención al Ambiente, no podrán desarrollarse adecuadamente, si los Servicios de Salud no cumplen con las siguientes condiciones:

- Asignar Recurso Humano a las UPAS donde se desarrolla el trabajo y responsabilizarse de las obras programadas.

- Apoyar a los Promotores Rurales de Salud, en aspectos teóricos y prácticos.
- Integrar las acciones de Saneamiento, Participación de la Comunidad y Educación Sanitaria, de manera que respondan a un plan.
- Hacer una programación que utilice los diagnósticos elaborados - por la comunidad o por otras instituciones.

CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA

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

Nuestra preocupación ha sido que estos tres elementos no se den en forma aislada o inconexa, sino que constituyan una trilogía, donde la capacitación básica se complemente con la supervisión en cuanto esta signifique asesoría y capacitación en Servicio, a su vez los resultados de la Supervisión orientarán los temas de la Educación Continua, y el análisis crítico de este proceso, permita retroalimentar el contenido de la Capacitación Básica, para ajustarlo a las necesidades reales de las comunidades de cada región.

Este proceso se puede adelantar completamente en el caso de los Promotores Rurales de Salud, en vista de que son los mismos Servicios Seccionales quienes capacitan, supervisan y hacen educación continua. Con respecto al personal de Auxiliares y Promotores de Saneamiento, es posible cumplir con las actividades de Supervisión y Educación Continua sin una articulación clara con la Capacitación Básica, ya que ésta se imparte en Instituciones Docentes Especializadas donde no es fácil influir sobre los contenidos. En el caso Personal Profesional, sólo podremos hacer Educación Continua con el fin de inducirlo, motivarlo e informarlo en aspectos de Atención Primaria.

Referente a la Supervisión, se busca que ésta se haga por grupos multidisciplinarios, que puedan asesorar al supervisado en todos los aspectos que conforman su contenido funcional. Como se dijo en el Documento de Propuesta 82-83, estos grupos multidisciplinarios, podrán ser amplios cuando se supervisen los niveles regionales y se irán reduciendo en número en la medida que se desciende por los Niveles, de manera que a nivel-

de la Unidad de Cobertura, el grupo lo conformen la Auxiliar de Enfermería y el Promotor de Saneamiento.

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

I CRITERIOS PARA DESARROLLAR EL COMPONENTE.-

Siguiendo lo planteado hasta ahora, podemos identificar algunos criterios o líneas generales para estas tres Actividades.

1. En Capacitación de Promotores Rurales de Salud.-

- Énfasis en el proceso de Selección de candidatos, el cual debe incluir una fase de Promoción a nivel comunitario y una fase de adaptación del candidato, que puede cumplirse en algún Puesto de Salud.
- Ajuste a los contenidos para hacerlos más acordes con las necesidades de la región. Se busca dar una Capacitación Básica, que sea complementada con la capacitación en Servicio y la Educación Continua; hay que eliminar la tendencia de alargar los cursos.
- Utilizar la Metodología que incluye fases de trabajo de campo, para que el alumno pueda percibir desde su formación, los problemas que tendrá que resolver en su comunidad.
- Dar prioridad al reemplazo de aquellos Promotores que se han retirado, para no dejar sin Servicios, aquellas Comunidades que ya los tuvieron.

2. En Supervisión.-

- Buscar el cambio de actitud del Supervisor, de manera que la

actividad se oriente a: conocer el trabajo del supervisado , asesorarle en aquéllos aspectos que requiera y orientarlo en la planeación de su trabajo.

- El control no debe desaparecer, pero debe tener un menor peso.
- Adaptar y aplicar instrumentos que sirvan de guía a los supervisores.
- Impulsar la Supervisión Multidisciplinaria, incorporando a ella todos los componentes de la Atención Primaria.
- Utilizar los resultados en la adaptación permanente de la capacitación.

3. Educación Continua.-

- Diseñarla con base en los resultados de la Supervisión y las necesidades de las Comunidades, en el caso de Auxiliares y Promotores de Salud.
- Complementar los conocimientos del Personal Profesional o Técnico.
- Utilizar diferentes metodologías como: cursillos, boletines de información impresa, intercambio de experiencias, etc.

II A C T I V I D A D E S.-

1. CAPACITACION DE PROMOTORES DE SALUD.-

Para poner en práctica los criterios ya mencionados, las acciones se esquematizan así:

1.1 Proceso de Selección de Alumnos.-

- Selección de veredas que tendrán Promotor, a partir de un reconocimiento de las comunidades y de un plan de -

complementación de las UPAS.

- Promoción en las veredas seleccionadas, explicando claramente qué puede esperar la Comunidad de un Promotor de Salud.
- Escogencia de Candidatos por la Comunidad, en Asamblea amplia y deliberante. En esta fase debe intervenir el responsable del Area Social.
- A los candidatos presentados se les hará una inducción en un Puesto de Salud, con el fin de conocer sus aptitudes y motivaciones.
- Selección de los alumnos por parte del Servicio de Salud, dando mayor importancia a la opinión comunitaria y aplicando con elasticidad los requisitos de edad y escolaridad.

1.2 Contenido de los Cursos.-

- Diseñarlo con base en la morbilidad prevalente en la zona.
- El contenido debe darse en forma integral y no en módulos sueltos.
- Preparar a los capacitadores en técnicas y métodos educativos.
- Formar un grupo multidisciplinario que se encargue de planear y desarrollar los contenidos.

1.3 Metodología de los Cursos.-

- Utilizar métodos inductivos como estudios de caso, sociodramas, etc.
- Enfoque a las fases desconcentradas durante el curso, que permitan realizar un trabajo de campo supervisado.

Para esto será necesario utilizar como Monitores, a los Auxiliares de Enfermería y Promotores de Salud con experiencia.

1.4 Evaluación de los cursos.-

- Utilizar Pre-test y Post-test.
- Evaluaciones periódicas verbales y escritas.
- Reuniones del grupo docente para analizar el desarrollo del curso.
- Autoevaluaciones de los alumnos.

2. SUPERVISION DE PERSONAL.-

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

- Establecer un sistema básico, que incluya el personal responsable, la frecuencia de las visitas y los instrumentos utilizados.
- Organizar los grupos multidisciplinarios encargados de la Supervisión.
- Llevar registros individuales que permitan hacer un seguimiento de cada funcionario.
- En cada visita, el Supervisor debe conocer cómo se relaciona el supervisado con su nivel inmediatamente inferior.
Ejemplo: El grupo del nivel local, visita a la Auxiliar de la UPA, pero debe realizar con ella una visita a un Promotor; el grupo del nivel de UPA visita al Promotor, pero debe establecer contacto con la Comunidad, acompañándolo en una visita domiciliaria o asistiendo a una reunión educativa, etc.

3. EDUCACION CONTINUA.-

Aunque los contenidos y métodos de impartir Educación Continua, son variables según el tipo de personal que la recibe, en términos generales se podrán desarrollar las actividades así:

- Disponer de manuales de procedimientos y otro material de consulta, a nivel de las UPA o U.C..
- Realizar Cursos de actualización teórico-prácticos, que se efectúen en forma periódica. Los contenidos deben corresponder a las necesidades de complementación del personal, detectadas en las Supervisiones.
- Educación Continua en Servicio, para lo cual es posible utilizar las visitas del Médico u Odontólogo, de manera que los Promotores y Auxiliares aprendan con los profesionales a reconocer mejor la Patología.

Las boletas de remisión enviadas por los Promotores, si son contestadas por el Médico, también servirán a este propósito.

- Realización de Talleres Seminarios sobre temas nuevos, que concluirán en una programación de actividades acordes con el tema tratado.

La Programación de estos Talleres debe obedecer a necesidades de la Comunidad.

III CONDICIONES PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES.-

Con la experiencia alcanzada durante este componente, podemos decir que es necesario que los Servicios de Salud:

- Conformen equipos multidisciplinarios para desarrollar la capacitación de Promotores y para realizar la Supervisión.
- Establezcan un sistema definido de Supervisión, cuya programación se respete.

- Aseguren al apoyo logístico necesario.
- Capaciten al Personal nuevo que debe actuar como Supervisor.
- Mantenga una programación regular de cursillos de refrescamiento y Educación Continua.
- Apoye la elaboración de manuales u otro material impreso.

EDUCACION EN SALUD

Dentro del Sistema Nacional de Salud, se tiene normatizado que todos los miembros del equipo de salud deben realizar acciones educativas. Si miramos lo que ocurre a nivel de los Servicios Seccionales, parece que esta norma se cumple, pues en los planes de trabajo de los funcionarios ejecutores, aparecen siempre las "Charlas" Educativas dirigidas a la Comunidad. Sin embargo una observación mas cuidadosa nos muestra que esta actividad se realiza muy poco y cuando se hace, no obedece a un plan educativo que esté integrado a las acciones que se desarrollan en atención a las Personas o al Ambiente.

Por otra parte, el personal de Salud tiene poco conocimiento acerca de las técnicas educativas y de comunicación, que les permitan superar el método de reuniones para exponer un tema.

Si bien compartimos la idea de que cada acto del funcionario de salud debe contener un mensaje educativo, esta no es la realidad observada ni siquiera en el Promotor de Salud, quien por la misma esencia de su trabajo, debería hacerlo casi permanentemente; no se podrá hacer promoción de Salud y Prevención de la enfermedad, si no se educa a la comunidad.

Por todo lo anterior, el Convenio ha incorporado a sus actividades el componente de Educación en Salud, para lograr una real transferencia de conocimientos a la comunidad y de esta manera lograr paulatinamente la meta del autocuidado.

I. CRITERIOS PARA DESARROLLAR EL COMPONENTE.-

Siendo nuestro objetivo fundamental, que la comunidad logre un cambio de actitud frente al fenómeno salud-enfermedad, el personal de-

salud participa en este proceso como un dinamizador de la apropiación del conocimiento por parte de la Comunidad. Esto quiere decir que su papel no es solamente de multiplicador de mensajes hacia la población, quien los recibe en forma pasiva, sino que ésta debe participar aportando su conocimiento previo, su experiencia y sus propias formas de comunicación.

Esquematisando los criterios tendríamos:

- Es necesario capacitar al recurso humano a todos sus niveles , para que esté en condiciones de educar interactuando con la comunidad.
- Desarrollar técnicas sencillas de producción de material, que puedan ser elaboradas a nivel de las UPAS o U.C., con medios locales.
- Organizar un sistema de apoyo desde los niveles seccionales, que pueda elaborar y repartir materiales.
- Integrar la Educación en Salud a las acciones o servicios que se prestan.
- Los mensajes educativos deben corresponder a la problemática de salud de la Comunidad.
- Los Medios que se utilicen deben ser acordes con las características socio-culturales de la Comunidad. Los Materiales que se produzcan serán elaborados y validados por ella.

II. A C T I V I D A D E S .-

Con la experiencia lograda durante el presente año, es posible proponer en líneas generales las actividades que se realizarán.

- Organizar Talleres-seminarios para capacitar al personal de los diferentes Niveles. Al terminar el evento se harán planes específicos que lleven a la práctica lo aprendido.

- Fortalecer los Centros de Documentación ya creados en los Servicios Seccionales, para que estén en capacidad de recolectar, producir y distribuir material educativo con destino a todos los Niveles del Servicio.
- Elborar un plan de Educación en Salud, acorde con las acciones que se realicen y con la patología prevalente.
- Dar prioridad a la Educación de los niños, coordinando actividades con el Sector Educativo.
- Orientar la educación de los adultos hacia grupos específicos de población. Las acciones educativas a la población general, se harán cuando la necesidad es evidente (Ejemplo: paludismo).
- Brindar asesoría técnica, presencial o a distancia, para la elaboración de materiales.
- Diseñar la Unidad de Educación en Salud, que pueda ser incorporada a los cursos de Educación Básica o Continua.

III CONDICIONES PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES.-

Como condición fundamental, los Servicios Seccionales de Salud deben apoyar el trabajo educativo, facilitando, impulsando y programando las acciones orientadas a la transferencia de conocimientos hacia la Comunidad.

Concretamente serían:

- Responsabilizar al grupo Multidisciplinario de Atención Primaria, de la Coordinación de Acciones Educativas.
- Dar agilidad al Centro de Documentación.
- Permitir el intercambio de experiencias entre los funcionarios que ejecutan las actividades.
- Impulsar la coordinación Intersectorial.
- Impedir que las acciones educativas se ejecuten en forma aislada.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

A partir de 1982, el Convenio ha impulsado el trabajo con la Comunidad, siguiendo los lineamientos planteados en la "Propuesta 1982 - 1983", - que concibe la participación, como un proceso en el cual la Comunidad va alcanzando una mayor capacidad de decisión respecto a su propio desarrollo, hasta llegar a la "Autogestión" como meta ideal. La institución de salud actúa, como generador y dinamizador del proceso y luego haciendo el seguimiento del mismo.

La metodología propuesta contemplaba un trabajo a nivel de base comunitaria que facilitará el acercamiento a las personas y permitiera motivar e integrar a los miembros de la comunidad; para llevar a cabo esta tarea, se incorporaría un recurso humano nuevo, El Promotor Social, Se realizarían acciones que respondieran a necesidades de la comunidad, como mecanismo para lograr una mayor motivación y cohesión en los miembros de esta.

También se iniciaría la realización de diagnósticos participativos, con énfasis en los aspectos de salud, como medio para que la comunidad delibere sobre su problemática y busque soluciones. Se trataría de reforzar la organización comunitaria existente, sin proponer nuevas estructuras.

El desarrollo práctico de estos postulados ha sido variable, pero la experiencia que se ha tenido permite identificar los puntos débiles y los aspectos positivos .

La Misión de Evaluación Bilateral/83 en sus conclusiones dice que -se ha estimulado la Participación Comunitaria, pero por falta de Coordinación Intersectorial no se logran acciones para el desarrollo integral- . A más de estar de acuerdo con esta afirmación, pensamos que la participación de la comunidad no puede circunscribirse al ámbito del Sector Salud, pues el interés de la comunidad es su desarrollo. El papel que juega el Sector Salud es el de generar y dinamizar un proceso comunitario, que le permite optimizar los servicios que ofrece; indirectamente está preparando a la comunidad para que en la misma forma pueda interactuar con instituciones de otros sectores.

En este orden de ideas y aceptando las dificultades para lograr coordinación intersectorial, será la propia Comunidad la llamada a asumir el papel de "Coordinador" de las acciones institucionales, pues es a nivel de la comunidad donde en la práctica se integran las acciones.

I. CRITERIOS PARA DESARROLLAR EL COMPONENTE

Para lograr los objetivos de la Atención Primaria, es bien conocido que se requiere de una participación conciente y activa de la comunidad; la búsqueda de esa participación activa y conciente es la preocupación en nuestro programa.

Aunque las experiencias que se tienen son de corta duración y en pocas comunidades, podemos fijar unos criterios para continuar en esta búsqueda.

- La utilización de recurso humano específico para el impulso a la participación de la comunidad, ha mostrado ser eficaz, pero es necesario concentrar los esfuerzos en unas pocas comunidades, para hacer un trabajo más profundo.

- El Promotor Rural de Salud debe incorporarse desde el comienzo al trabajo con la comunidad, para que esté preparado a dar continuidad al proceso de participación.
- Se dará especial énfasis a la articulación de la Medicina Tradicional y el Sistema Formal de Salud.
- Los diagnósticos participativos o autodiagnósticos, son una forma de investigación acción, que lleva en si mismo un proceso educativo, en cuanto que permite a la comunidad conocer su problemática, sus causas y soluciones. Pero identificadas las soluciones se buscará aplicarlas si están al alcance de la Institución de Salud.
- La demanda de servicios será una responsabilidad directa de la comunidad, sin intermediarios institucionales.
- A pesar de las dificultades que existen para lograrlo, hay que buscar la coordinación con otros sectores del desarrollo.
- Se debe buscar un diálogo entre la estructura organizativa comunitaria y la institución de salud, a fin de optimizar los Servicios de Atención Primaria.

II. ACTIVIDADES

Aquí nos referimos a las actividades que se desarrollarán en la búsqueda de la participación comunitaria, las cuales son:

- Realización de Diagnósticos Participativos o Autodiagnósticos en aquellas veredas donde se está concentrando el trabajo.
- Evaluaciones Participativas, en las veredas donde hay programa de Atención Primaria, para conocer su desarrollo, su grado de implementación y el nivel de satisfacción de las necesidades comunitarias.

- Seminarios y Encuentros con Agentes de la Medicina Tradicional
- Preparar a la comunidad que recibirá acciones concretas de salud.
- Los funcionarios responsables del trabajo con la comunidad, darán inducción a los otros funcionarios del Servicio de Salud, en los aspectos pertinentes al trabajo con la comunidad. Asi mismo asesorarán al Grupo de Atención Primaria, en lo relacionado con las características socio-culturales, necesidades prioritarias, grado de organización existente y otras características de las comunidades, de manera que se puedan planear acciones que sean aceptables por ellas.

III. CONDICIONES PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

Dado que a nivel comunitario se deben integrar todas las acciones - que se ejecutan por los diferentes Componentes, como condición básica para tener una verdadera Atención Primaria, con sentido integral, es fácil suponer que se requiere un apoyo especial al trabajo con la Comunidad; todas las acciones de Atención Primaria tienen una perspectiva comunitaria y por tanto, hay que precederlas de una "consulta" a sus beneficiarios potenciales.

Para aplicar estos lineamientos se requiere de unas condiciones, esquematizadas así:

- Que los Servicios de Salud asuman una política de apertura al "diálogo" con las comunidades.
- Que se de prioridad al trabajo con la comunidad y se asigne recurso humano al trabajo de campo,

- Que se establezca y cumpla un plan de Participación de la Comunidad, que delimite zonas de trabajo y permita coordinar las acciones del funcionario o grupo del Servicio, con las del Promotor Social del Convenio.

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

PLANES PRESUPUESTO Y CONTRAPARTIDA

V A U P E S

G U A V I A R E

U R A B A

C H O C O

· OFICINA DE COORDINACION

V A U P E S

LINEAMIENTOS GENERALES PARA 1984 - 1985

El proyecto ha tenido unos cambios bruscos en el año 1983. Una gran parte del personal salió del Servicio Seccional, la nueva administración no estaba lo suficientemente ubicada en la región ni conocía la problemática específica; lo anterior causó una ruptura drástica con el Programa que hasta febrero 1983 se venía desarrollando. Por eso no hubo avances en Supervisión, Educación Continuada y Saneamiento Ambiental. El Programa de Participación de la Comunidad pudo seguir en una forma más o menos estructurada, en las zonas de Acaricuara, Caño Paca, Río Tiquié y Río Cuduyarí. Las comunidades indígenas siguieron organizándose y demostrando su gran interés en la continuidad de los Programas de Atención Primaria. El Asesor Holandés tuvo que asumir - la responsabilidad del desarrollo del Programa para que pudiera responder en una forma mínima a la demanda de las comunidades indígenas.

Para seguir con el proyecto en los dos años próximos se debe reforzar las siguientes líneas de trabajo:

- 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.
 - * Programación real de Saneamiento Básico Rural, con participación

de la comunidad, educación en salud y garantías de financiación.

- * 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.

Con base en estos planes deberá ser posible reestructurar el Programa de Atención Primaria en los dos años siguientes.

Otras líneas para los años siguientes serán:

- * Reforzar el trabajo con las comunidades indígenas . El grupo de participación de la comunidad debe tomar el papel líder en estas acciones. Por eso es importante que el Grupo coordine las acciones con los demás Programas del Servicio. Este grupo tiene que unificar criterios de trabajo con la comunidad, para evitar trasladar a ellas, la confusión que existe actualmente.
- * Estructurar la inducción al personal nuevo. Dadas las características socio-culturales del Vaupés y la gran diferencia entre Mitú y la mayoría de las comunidades indígenas, es necesario un mayor conocimiento por parte del personal de salud, para que se mejore la calidad de la prestación de servicios. Se puede involucrar en este proceso de inducción, representantes de las organizaciones indígenas.
- * Buscar el diálogo directo entre las comunidades indígenas y el Servicio Seccional de Salud, para así mejorar la programación de servicios básicos.
- * Respetar la medicina autóctona y buscar una articulación adecuada con la medicina occidental.

DESCRIPCION VAUHEL

1. CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA

- 1.5.1. Apoyo al Curso de Capacitación de Promotores en la Zona de los Yungas finales de 1984.
- 1.5.2. Apoyo a los Cursillos de Educación Continua de Promotores Rurales Indígenas.
- 1.6.2. Organización de Cursos de Actualización : prioridad a aspectos de Supervisión.
- 1.7.1. Apoyo a la capacitación de promotoras de saneamiento - indígenas.
- 1.7.2. Apoyo a la Educación Continuada de Promotores de Saneamiento.
- 1.9.1. Seminario de Inducción para personal nuevo en Atención Primaria.
- 1.10. Parte del sueldo de la Enfermera Asesora del Convenio

4. PERSONAL TECNICO

- 4.1. Costos del Profesional Holandés: sueldos, viáticos, gastos de transporte, arrendamiento etc.
- 4.3. Sueldo y viáticos de un promotor social - indígena

6. SANEAMIENTO AMBIENTAL

- 6.8. Búsqueda de soluciones apropiadas para comunidades indígenas énfasis en letrinas

- 6.9. Soluciones en agua potable para pequeñas comunidades según la programación del Programa de Participación de la Comunidad
- 6.12. Parte del Sueldo del Ingeniero Sanitario Asesor del Convenio. Además posibilidades para asesoría específica, por ejemplo en tecnología apropiada.
- 6.13. Soluciones sencillas para conseguir agua potable

CONTRAPARTIDA NACIONAL NECESARIA PARA FUNCIONAMIENTO VAUPES

		<u>1 9 8 4</u>	<u>1 9 8 5</u>
SALARIOS PROMOTORES	(43)	\$ 11'285.500	\$ 13'542.600
SALARIOS AUXILIARES DE ENFERMERIA	(12)	5'464.300	6'557.200
SALARIOS PROMOTORES SANEAMIENTO	(4)	1'935.400	2'322.500
		<hr/> \$ 18'685.200	<hr/> \$ 22'422.300
SUMINISTROS		9'845.300	11'814.360
VIATICOS Y TRANSPORTE		4'056.000	4'867.200
		<hr/> \$ 32'586.500	<hr/> \$ 39'103.860
<u>T O T A L</u>		<hr/> <u>=====</u>	<hr/> <u>=====</u>

1. El Servicio no presentó datos de Contrapartida; se presentan datos aproximados.
2. Los salarios de 1983 se incrementaron en 20% (posible aumento para el año entrante) para obtener salarios 1984.
3. Para el Cálculo de Viáticos :
 - Auxiliar visita al Promotor 1½ días; 1½ viaje
 - Enfermera UPA visita promotor cuatro días cada dos meses
 - Promotor de Saneamiento sale a comisión 8 días al mes.
 - Promotor de Salud se calcula \$ 1.500 mes para viáticos y transporte

G U A V I A F F I

LINEAS GENERALES PARA 1984 Y 1985

Según las recomendaciones de las Misiones de Evaluación se propone los siguientes planes:

- * En los dos años siguientes establecer una estructura de Atención - Primaria en una forma integral.

Para eso es necesario que en el Servicio Seccional de Salud funcione un Grupo Operativo Multidisciplinario de Atención Primaria, que puede ser el mismo Comité Técnico con Asesores y que se reúna frecuentemente (reuniones mensuales). También se requiere una estructuración de la Administración del Servicio en la medida que haya claridad de funciones, agilidad de trámite y suministros y más énfasis a la organización de la parte extramural .

- * Las UPAS: San José, Retorno, Libertad, La Unilla, Triunfo II y Mocuaré, deben funcionar como tales. El sistema de Supervisión y Educación Continuada necesita prioridad y debe ser escalonada , además de debe tener una financiación adecuada para garantizar suministros, - viáticos y gastos de transporte de auxiliares y promotores.
- * No se continuará la construcción de nuevos Puestos y Centros de Salud
- * Para impulsar el desarrollo del Programa de Atención Primaria, en una forma integral parece indispensable la presencia de una persona. que se pueda dedicar exclusivamente a Atención Primaria en la zona rural. Por eso se propone un Asesor Colombiano pagado por Holanda.

- * El Programa de Saneamiento Ambiental requiere más estructuración , - reforzando la búsqueda de soluciones adecuadas para agua potable, como abastos por gravedad, pozos y otros sistemas , con sus respectivas plantas de tratamiento y filtros lentos, tanto a nivel familiar como comunitario. Se sigue con el Programa de Desinfección de Aguas, a nivel familiar. Se dará prioridad a la complementación de las - obras ejecutadas y la integración de la participación real de la comunidad a programas educativos.

El Programa de Disposición de Excretas se desarrollará prioritaria - mente en aquellos sitios donde hay agua potable.

- * En Participación de la Comunidad se continuarán los diagnósticos y - evaluaciones participativas y también se intensificará la preparación y seguimiento de las acciones en Atención a las Personas y al Ambiente. Por eso es necesario tener el recurso de un promotor social que trabajaría coordinadamente con la trabajadora social del Servicio.
- * Si se logra organizar un curso para promotores rurales de salud, se hará énfasis en el proceso de selección de los promotores por sus comunidades y la adaptación del curriculum y la metodología del curso, para acercarlo más al nivel del promotor y sus funciones.
- * En general se deben desarrollar todas las acciones que fortalezcan - la posición del promotor en su comunidad y faciliten su trabajo. Se reforzará la Educación en Salud a nivel básico, dirigida hacia la comunidad a través de los promotores de salud y las auxiliares de enfermería.
- * Se buscará coordinación de acciones con la Corporación Araracuara y otras Instituciones.

En el área donde trabaja la Corporación se debe prestar un servicio adecuado como comisiones médicas, se podría concretar el apoyo de la coordinación en ayuda técnica en particular, saneamiento básico - rural y la elaboración de materiales educativos y apoyo logístico.

V A U P E S

A C T I V I D A D E S	1984	1985
1. CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUA-DA		
1.5. <u>Promotores Rurales de Salud</u>		
1.5.1. Capacitación	\$ 300.000	
1.5.2. Educación Continuada	300.000	
1.6. <u>Auxiliares de Enfermería</u>		
1.6.2. Educación Continuada	150.000	
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	
SUBTOTAL I	<u>1'600.000</u>	<u>1'000.000</u>
4. PERSONAL TECNICO		
4.1. <u>Profesional Holandés</u>	4'500.000	
4.3. <u>Promotor Social</u>	800.000	
SUBTOTAL II	<u>5'300.00</u>	<u>6'000.000</u>
6. SANEAMIENTO AMBIENTAL		
6.8. Disposición de Excretas	150.000	
6.9. Pequeños Abastos de Agua	1'000.000	
6.12. Estudio y Asesoría	700.000	
6.13. Tratamiento de Aguas	150.000	
SUBTOTAL III	<u>2'000.000</u>	<u>1'500.000</u>
8. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD		
8.3. Investigación Participativa	500.000	500.000
SUBTOTAL IV	<u>500.000</u>	<u>500.000</u>
9. EDUCACION EN SALUD		
9.1. Materiales Educativos	300.000	
9.2. Asesoría	400.000	
SUBTOTAL V?	<u>700.000</u>	<u>500.000</u>
TOTAL I + II + III + IV + V	10'100.000	9'500.000
IMPREVISTOS	505.000	475.000
GURAN TOTAL	<u>10605.000</u>	<u>9'975.000</u>

A C T I V I D A D E S	1 9 8 4	1 9 8 5
CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUADA		
1.5. <u>Promotores Rurales de Salud</u>		
1.5.1. Capacitación	1'000.000	
1.5.2. Educación Continuada	200.000	
1.6. <u>Auxiliares de Enfermería</u>		
1.6.2. Educación Continuada	100.000	
1.7. <u>Promotores de Saneamiento</u>		
1,7,1, Educacion Continuada	100.000	
1.9. <u>Profesionales</u>		
1.9.2. Seminarios	100.000	
1.10. Asesoría	500.000	
SUBTOTAL I	2'000.000	\$ 1'000.000
SUMINISTROS Y DOTACION		
2.6. Equipo Transporte Automotor	1'000.000	
2.8. Equipo Transporte Promotor de Salud	600.000	
SUBTOTAL II	1'600.000	1'000.000
PERSONAL TECNICO		
4.3. Promotor Social	1'000.000	
4.2. Profesional Colombiano	1'600.000	
SUBTOTAL III	2'600.000	4'200.000
COORDINACION		
5.2. Gastos Generales	300.000	
SUBTOTAL IV	300.000	350.000
SANEAMIENTO AMBIENTAL		
6.8. Disposición de Excretas	400.000	
6.9. Abastos de Agua	2'000.000	
6.12. Estudios y Asesoría	700.000	
6.13. Tratamiento de Aguas	600.000	
SUBTOTAL V	3'700.000	3'000.000
PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD		
8.3. Investigación Participativa	500.000	
SUBTOTAL VI	500.000	500.000
EDUCACION EN SALUD		
9.1. Materiales educativos	400.000	
9.2. Asesoría	400.000	
SUBTOTAL VII	800.000	800.000
TOTAL	\$ 11'500.000	\$ 10'850.000
IMPREVISTOS	575,000	548,000
GRAN TOTAL	12'075.000	11'398.000

DESCRIPCION GUAVIARE

1. CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUADA

- 1.5.1. Apoyo al Curso de Capacitación de quince promotores rurales de salud, a finales de 1984.
- 1.5.2. Apoyo a la organización de tres cursillos de Educación Continuada para promotores rurales de salud.
- 1.6.2. Apoyo a la organización de tres cursillos de Actualización para auxiliares de enfermería de las UPAS.
- 1.7.1. Apoyo a la Educación Continuada de promotores de saneamiento. dos cursillos por año.
- 1.9.1. Apoyo al Seminario de Atención Primaria, para funcionarios del Servicio Seccional de Salud
- 1.10. Parte de los costos de la Enfermera Asesora del Convenio: - sueldos y viáticos.

2. SUMINISTROS Y DOTACION

- 2.5. Adquisición de un campero
- 2.8. Complementación de semovientes para promotores rurales de salud.

4. PERSONAL TECNICO

- 4.2. Sueldo y viáticos para un asesor colombiano, durante ocho meses.
- 4.3. Sueldo y viáticos de un promotor social

5. COORDINACION

- 5.2. Gastos de una casa de pasaje, adquirida conjuntamente con la Corporación de Araracuara, que puede servir como alojamiento para funcionarios del Convenio.

6. SANEAMIENTO AMBIENTAL

- 6.8. Programa de tazas sanitarias donde hay agua y letrinas en otros sitios.
- 6.9. Cinco abastos de agua completos, hasta la entrega de agua potable.
- 6.12. Parte de los gastos, sueldos y viáticos del Ingeniero Sanitario Asesor del Convenio,.
- 6.13. Soluciones para mejorar la calidad del agua con cloración manual o filtros lentos de arena

8. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

- 8.3. Se presupuesta para :
 - * Seguir con diagnósticos participativos de salud y factores condicionantes.
 - * A finales de 1984 una evaluación participativa, por comunidades del Guaviare y con asistencia de representantes del Servicio Seccional de Salud y otras Instituciones, para mejorar la prestación de servicios.

9. EDUCACION EN SALUD

- 9.1. Se presupuesta para: cartillas, diapositivas y otro material educativo.
- 9.2. El Asesor hará la elaboración de programas y materiales educativos.

80.

CONTRAPARTIDA NACIONAL GUAVIAPE

	<u>1 9 8 4</u>	<u>1 9 8 5</u>
CAPACITACION	\$ 800.000	\$ 960.000.
SUPERVISION Y EDUCACION CONTINJADA	450.000	540.000
SALARIOS Y VIATICOS PROMOTORES 33, AUXILIA RES DE ENFERMERIA 5 Y PROMCTORES DE SANEA- MIENTO 5	9'000.000	10'800.000
<u>SUMINISTROS Y DOTACION</u>		
DOTACION PUESTO DE SALUD	\$ 3'000.000	
VEHICULO	1'200.000	
DROGAS	2'000.000	
MATERIALES Y PAPELERIA	550.000	
GASTOS GENERALES	<u>400.000</u>	7'150.000
SANEAMIENTO		1'480.000
EDUCACION EN SALUD		<u>100.000</u>
TOTAL	* \$ 18'980.000	\$ 20'776.000
=====	=====	=====

* DATOS PRESENTADOS POR EL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD
PARA PROYECTAR LOS DATOS DE 1985, SE INCRIMINTO LA CONTRAPARTIDA PRESENTADA POR EL SERVICIO EN UN
20%'

CONTRAPARTIDA NACIONAL NECESARIA PARA FUNCIONAMIENTO EN GUAVIARE

		<u>1 9 8 4</u>	<u>1 9 8 5</u>
SALARIOS PROMOTORES	(35)	\$ 7'655.000.	\$ 9'186.000.
SALARIOS AUXILIARES	(6)	2'277.000	2'732.000
SALARIOS PROMOTORES SANEAMIENTO	(5)	2'016.000	2'419.000
S U B T O T A L		<u>\$ 11'948.000</u>	<u>\$ 14'337.000</u>
SUMINISTROS		6'664'240	\$ 7'997'000
<u>GASTOS GENERALES</u>			
VIATICOS Y TRANSPORTE		<u>3'013.200</u>	<u>\$ 3'616.000</u>
T O T A L		<u>\$ 21'625.440</u>	<u>\$ 25'950.000</u>
=====		=====	=====

1. Los salarios de 1983 se incrementaron en un 20% (posible aumento para el año entrante) para obtener salarios de 1984.
2. Para el cálculo de viáticos
 Auxiliar visita al promotor 1½ día al mes
 Enfermera visita UPA 3 días cada dos meses
 Promotor Saneamiento sale de comisión 8 días al mes
 Promotor Rural de Salud , concentraciones 3 días cada 2 meses
- 3 Suministros : Material de curaciones, papelería y útiles, drogas, combustible etc. (Ver informe "Estudio de año promotores rurales de salud". Dr. MANUEL LEZAMA y HERMANA GABRIELA MONTOYA).
4. Para la proyección de 1985 se incrementa la contrapartida de 1984 en un 20%

IV - . COSTO TOTAL AÑO:

•	Suministros	\$ 5'553.534,00
•	Servicios Personales, Primas y Prestaciones	<u>6'997.072,00</u>
	TOTAL AÑO	<u><u>\$12'550.606,00</u></u>

II - . SUMINISTROS:

1-.	Material de Curaciones y Sutura	\$ 815,270,00
2-.	Papelería y Utiles Escolares	154,971,00
3-.	Droga	3'885.613,00
4-.	Combustible y Lubricantes	697.680,00
	TOTAL AÑO	<u>\$ 5'553.534,00</u>
	Promedio Promotor al año (35)	<u>\$ 158.672,00</u>
	Promedio Promotor al mes	<u>\$ 13.222,00</u>

III - . SERVICIOS PERSONALES:

• Sueldo Al Año.....(\$11,500,00) Mes	\$4'830.000,00
• Prima de Navidad	402.500,00 ✓
• Prima Anual	201.000,00 ✓
• Prima de Vacaciones	226.822,00 ✓
• Sueldo Vacacional (21 Días promedio).....	281.750,00 ✓
• Bonificación	100.500,00 ✓
• Aportes Caja Nacional 5%	241.500,00 ✓
• Aporte Fondo Nacional del Ahorro	402.500,00 ✓
• Bienestar Social	100.500,00
• Viáticos y Gastos de Viaje	210.000,00
TOTAL AÑO	<u>\$6'997.072,00</u>

Promedio Promotor Al Año..... \$ 199.916,00

Promedio Promotor Al Mes

Promedio Promotor Al Mes	<u>\$ 16.634,00</u> ✓
--------------------------------	-----------------------

U E A B A

LINEAS GENERALES PARA 1984 Y 1985

Esta región ha tenido un gran progreso en los años anteriores como una combinación de tres factores:

- * Interés progresivo y real por parte del Servicio Seccional de Salud de Antioquia, específicamente su Unidad Regional de Apartadó.
- * Presencia de CORFOURABA en la zona
- * Impulso por parte del Convenio a las actividades de Capacitación, Supervisión, Educación Continuada de Promotores de Salud y Auxiliares de Enfermería, Saneamiento Básico Rural y Participación de la Comunidad.

Eso deja esperar que este proyecto podría ser uno de los primeros que alcance a realizar los objetivos propuestos y seguir desarrollándose con recursos propios.

Para los dos años siguientes se propone fortalecer el programa de la siguiente manera:

- * Organizar el Grupo Multidisciplinario de Atención Primaria a Nivel Regional.
- * Dar más énfasis a la región de Arboletes
Según las observaciones de la Misión de Evaluación, el trabajo que ejercen los promotores de salud, está débil en aspectos de atención a personas y organización de su trabajo, Por eso se debe organizar y profundizar el Sistema de Supervisión y Educación Continuada en esta zona y organizar cada UPA.

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

Se buscará en este trabajo la participación de la comunidad y combinará la ejecución con Educación en Salud, para eso se incluirá en estas obras los Promotores Sociales y los de Salud.

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

U R A B A

A C T I V I D A D E S	1984	1985
1. CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUADA		
1.5. <u>Promotores Rurales de Salud</u>		
1.5.1. Capacitación	\$ 400.000	
1.10. Asesoría	400.000	
SUBTOTAL I	800.000	\$ 500.000
2. SUMINISTROS Y DOTACION		
2.1. Dotación Puestos de Salud	800.000	
2.5. Equipo Transporte Promotores de Salud	200.000	
2.7. Equipo Transporte Promotor Social	100.000	
2.8. Equipo Transporte promotores de Saneamiento	200.000	
SUBTOTAL II	1'300.000	500.000
4. PERSONAL TECNICO		
4.1. Profesional Holandés	4.500.000	
4.3. Promotores Sociales (2)	2'000.000	
SUBTOTAL III	6'500.000	7'500.000
6. SANEAMIENTO		
6.8. Disposición de Exretas	400.000	
6.9. Abastos de Agua	2'000.000	
6,12. Estudios y Asesoría	700.000	
6.13. Tratamiento de Agua	300.000	
SUBTOTAL IV	3'400.000	3'000.000
8. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD		
8.3. Investigación Participativa	500.000	
SUBTOTAL V	500.000	600.000
9. EDUCACION EN SALUD		
9.1. Materiales Educativos	400.000	
9.2. Asesoría	400.000	
SUBTOTAL VI ?	800.000	800.000
TOTAL I + II + III+ IV + V	13'300.000	12'900.000
IMPREVISTOS	665.000	645.000
GRAN TOTAL	13'965.000	13'545.000

DESCRIPCION U P A E A

1. CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUADA

- 1.5.1. Apoyo al Curso de Capacitación de Promotores Purales de Salud en 1984, con énfasis en la realización de una fase práctica - en sus comunidades.

Parte del sueldo y viáticos de la Enfermera Asesora del Conve
nio.

2. SUMINISTROS Y DOTACION

- 2.1. Dotación de Equipos de Radio - Comunicación para los Puestos de Salud de Santa Fé de las Platas, El Carmelo, San Pedro de Urabá y el Hospital Local de Arboletes.
- 2.5. Dotación de semovientes para cinco promotores de salud
- 2.7. Dotación de un medio de transporte para los promotores sociales.
- 2.8. Dotación de una moto para el promotor de saneamiento de Arboletes.

4. PERSONAL TECNICO

- 4.1. Todos los gastos del Experto Holandés
- 4.3. Sueldos y viáticos de dos promotores sociales

6. SANEAMIENTO

- 6.8. Programa de tazas sanitarias en lugares donde hay agua y -
otras soluciones.

- 6.9. Pequeños Abastos de Agua para comunidades rurales en la zona de Arboletes y San Pedro.
- 6.12. Parte del sueldo y viáticos del Ingeniero Sanitario Asesor - del Convenio. Además se reserva para asesoría específica.
- 6.13. Soluciones para el tratamiento de agua a nivel casero con de sinfección y filtros lentos.

8. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

- 8.5. Se presupuesta para dar seguimiento a los Seminarios Operacionales de Arboletes y San Pedro, diagnósticos participativos de salud con sus factores condicionantes en otros sitios y una evaluación participativa.

9. EDUCACION EN SALUD

- 9.1. Se presupuesta para cartillas, elaboración de diapositivas
- 9.2. Asesoría para la elaboración de programas y materiales educativos.

C O N T R A P A R T I D A N A C I O N A L U P A B A

	<u>1 9 8 4</u>	<u>1 9 8 5</u>
SALARIOS PROMOTORES	\$ 6'800.000	\$ 8'160.000
SALARIOS AUXILIARES	2'600.000	3'120.000
SALARIOS PROMOTORES SANEAMIENTO Y SUPERVISORES	1'100.000	1'320.000
SALARIOS CONDUCTORES (2)	500.000	600.000
VIATICOS	1'200.000	1'440.000
<u>SUMINISTROS</u>		
DROGAS Y MATERIAL DE CURACION	1'000.000	1'200.000
<u>SANEAMIENTO</u>		
INVERSION	1'500.000	1'800.000
<u>PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD</u>		
SALARIOS VIATICOS Y TRANSPORTE	<u>400.000</u>	<u>480.000</u>
<u>T O T A L</u>	<u>\$ 15'100.000</u>	<u>\$ 18'120.000</u>

Datos presentados por el Hospital Regional de Apartadó

Para la proyección de Contrapartida se incrementaron los datos del 84 en 20%

CONTRAPARTIDA NACIONAL NECESARIA PARA FUNCIONAMIENTO URABA

	<u>1 9 8 4</u>	<u>1 9 8 5</u>
SALARIOS PROMOTORES (44)	\$ 9'623.000	\$ 11'547.600
SALARIOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (9)	3'415.000	4'098.000
SALARIOS PROMOTORES DE SANEAMIENTO(3)	1'209.600	1'451.500
S U B T O T A L	<u>\$ 14'247.600</u>	<u>\$ 17.097.100</u>
SUMINISTROS	3'854.400	4'625.300
VIATICOS Y TRAFICANTE	2'730.000	3'283.000
T O T A L	<u>\$ 20'838.000</u>	<u>\$ 25'005.600</u>
=====	=====	=====

1. Los salarios de 1983 se incrementaron en un 20% (posible aumento para el año entrante) para obtener los salarios de 1984.
2. Para el cálculo de viáticos
 Auxiliar visita al promotor 1½ día al mes
 Enfermera visita UJA 3 días cada dos meses
 Promotor de Saneamiento sale a comisiones 8 días al mes
 Promotor Fural de Salud 1 día cada mes
3. Suministros: Corresponde a material de curaciones, papelería y útiles, drogas, etc.
4. Para la proyección de 1985 se incremento la contrapartida de 1984 en 20%

C H O C O

LÍNEAS GENERALES PARA 1984 Y 1985

El Programa de Atención Primaria ha sido desarrollada en una forma especial. Es la única región donde el Convenio tiene un grupo aparte que se encargará del montaje de un proyecto en todos sus aspectos, además este grupo tabajó con un sistema propio que fué diseñado por el Instituto - CINDER en Cali.

Esta situación generó dos preocupaciones importantes, que durante los años anteriores se han planteado frecuentemente; Primero la preocupación de la integración del programa con el Servicio Seccional de Salud y segundo la preocupación por la contrapartida del Servicio de Salud.

Se han hecho algunos esfuerzos para garantizar esta integración:

Se hicieron reuniones frecuentes con todo el personal correspondiente al Servicio Seccional en Quibdó. Tambien se programaron las actividades de 1983 en una forma integral con las reparticiones del Servicio. Con _ juntamente se organizó una programación del trabajo en Saneamiento Básico Rural en el Río Atrato. Se ejecutó el Programa de Capacitación, Supervisión y Educación Continuada con el Médico y la Enfermera de Materno-Infantil del Servicio y se incorporó al Médico en la coordinación de las actividades del grupo. En Participación de la Comunidad, se han venido desarrollando los diagnósticos participativos de salud y sus factores condicionantes muy coordinadamente con el Jefe de Participación de la Comunidad del Servicio; la Trabajadora Social del Convenio empezó en el Area del Alto Atrato mientras que El, con la misma metodología, empezó en el área del Medio Atrato.

Además el grupo del Convenio tuvo reuniones continuas con el Jefe del Servicio Seccional de Salud, quien dió toda su colaboración al Programa.

La preocupación sobre la contrapartida del Servicio también es real. Muchos factores impiden el mejoramiento de la situación financiera del Servicio; los principales son: la falta de recursos locales (lotería, licorería y beneficencia); y el limitado presupuesto nacional para una región muy marginada y con muchas necesidades. Sin embargo se ha visto en los años anteriores que dentro de sus limitaciones, el Servicio ha asumido su papel y está pagando todos los sueldos y gastos adicionales de los Promotores de Salud y Auxiliares de Enfermería. También se hizo un buen esfuerzo para garantizar inversiones en los puestos y Centros de Salud en las zonas del Atrato y San Juan.

Los planes para los dos años siguientes, teniendo en cuenta las limitaciones planteadas, se han elaborado en una forma realista y que permite el desarrollo del proyecto.

Fuera del Área de San Juan no se extenderá la Cobertura del Programa. La extensión hasta el río San Juan fue prevista con anterioridad y se decidió seguir con este plan, por las siguientes razones:

- * Chocó es un Departamento muy marginado. El Área del San Juan se encuentra muy deprimida por la quiebra de la Compañía minera. Se espera que por la iniciación de las acciones del Convenio, será posible atraer otra financiación (PLAIDECOP) que garantice un desarrollo mínimo de la zona.
- * Con la experiencia en el Atrato es posible desarrollar la metodología de trabajo en esta zona, así sea en una forma limitada. Tal vez la parte más importante de esta metodología es que en los últimos años se ha trabajado con base en diagnósticos que permiten profundizar el Programa con la población. También la integración de los componentes del programa ha sido un elemento clave.
- * La factibilidad del trabajo en el San Juan es grande. Se cuenta con un buen grupo de Promotoras de Salud, bien capacitadas y una infraestructura más o menos satisfactoria en el Alto San Juan y en el -

futuro inmediato un Centro de Salud en el Medio San Juan (Palestina) Además hay siete Promotores de Saneamiento trabajando en la zona. - Se espera desarrollar el proyecto, primero con Supervisión y Educación Continuada y luego introducir Saneamiento con Participación de la Comunidad en el Medio/Bajo San Juan. Para eso es indispensable - contar con un equipo mínimo (Enfermera, Trabajadora Social e Inge_ - niero Sanitario) para la fase de montaje del Programa. Después se puede dar seguimiento con los recursos existentes en las UPAS de - San Juan y del Servicio del Quibdó.

1. DESARROLLO DEL PROGRAMA EN LA ZONA DEL ATRATO

El equipo del Convenio se retirará gradualmente de la zona del Atrato. Se terminarán las obras de Saneamiento con los Promotores de Saneamiento del Servicio en el Area de Lloró; se ponen en funcionamiento los sistemas de agua potable con sus Riobombas y plantas de tratamiento en Curbaradó y Domingodó con amplia inducción a la población para su mantenimiento. El funcionamiento de los abastos de agua en el Medio y Bajo Atrato se garantizará a través de los Promotores de Saneamiento y los de Salud.

La Supervisión y Educación Continuada la harán las Auxiliares de Enfermería de las UPAS del Atrato con apoyo de la Enfermera de Materno-Infantil, los Promotores de Saneamiento y el Trabajador Social del Servicio. Se disminuirá la frecuencia de las concentraciones de Promotoras a cuatro veces por año, para que el Servicio pueda asumir esta responsabilidad.

La Asesora Holandesa del Convenio seguirá supervisando el desarrollo del Programa en una forma continua, mientras que los demás miembros del equipo prestarán asesoría incidental.

2. DESARROLLO DEL PROYECTO EN EL SAN JUAN.-

Desde el principio del año 1984, la Enfermera del Convenio montará un programa de supervisión y Educación Continuada en la zona de San Juan, para las Promotoras de Salud ya readiestradas en 1983, esta programación se elaborará con el Médico y la Enfermera de Materno - Infantil, incorporando desde su inicio al personal de las UPAS del San Juan.

Este Programa de Supervisión y Educación Continuada será profundizado tanto en el San Juan como en el Atrato con los resultados del estudio epidemiológico que se elaboró en 1983.

En la segunda mitad del año se hará un reconocimiento profundo del Medio y Bajo San Juan con el Ingeniero Sanitario y la Trabajadora Social del Convenio. Con base en esto, se plantearán las acciones en Saneamiento Básico con Participación de la Comunidad en esta zona. Se repartirá el trabajo con el Servicio Seccional, de forma que ellos se responsabilicen del desarrollo del programa en el Alto San Juan y el equipo del Convenio en el Medio y Bajo San Juan, pero hará una coordinación estrecha.

El desarrollo del proyecto en el San Juan se distingue del de Atrato, en el sentido que desde el inicio se buscará integrar los componentes del Programa de Atención Primaria y los equipos del Servicio y del Convenio. En los años siguientes se disminuirá la frecuencia de Supervisión y Educación Continuada, aumentando también en una forma gradual la responsabilidad del Servicio. Por eso se debe garantizar y tal vez aumentar las UPAS del San Juan, lo que corresponde al Servicio de Salud.

La idea fundamental es tratar de dar una cobertura máxima con el Programa de Saneamiento, como fué el caso en el Atrato, sino desarrollar alternativas-soluciones para agua potable y disposición de

excretas básicamente, utilizando otras fuentes de financiación (Servicio Seccional de Salud y PLADEICOP).

En la Participación de la Comunidad se seguirá con los diagnósticos participativos como un primer paso en el proceso de concientización de las comunidades y programación de acciones. También se integrará el componente de Educación en Salud, que acompañará las acciones a desarrollar.

3. DESARROLLO DE LA COORDINACION Y ADMINISTRACION DEL PROYECTO.-

Se buscará aún mas la participación del Servicio de Salud en la coordinación del programa de la siguiente manera:

- * Coordinación conjunta del programa, a nivel de la Jefatura del Servicio se espera que en el transcurso de este año se puede lograr este objetivo.
- * Participación de un miembro del equipo en el Comité ^{del Servicio} Directivo del Programa.
- * Mayor coordinación de los miembros del equipo con las reparticiones respectivas del Servicio, para garantizar una mejor planeación de actividades y transferencia de experiencias.
- * Responsabilizar al Servicio de la administración del Programa, manteniendo el sistema administrativo del Convenio con presupuesto y cuenta bancaria aparte. Según este plan, se puede desvincular el Administrados del equipo en 1985.

4. OTRAS ACTIVIDADES.-

Se tiene previsto utilizar los resultados del estudio epidemiológico en la capacitación del personal básico del Servicio (Promotoras, Auxiliares, Médicos y Enfermeras) según la morbi-mortalidad dominante de la zona. También se capacitará a 25 voluntarias indígenas en

estrecha coordinación con la Organización indígena Orewa.

Se dará seguimiento a los talleres de medicina tradicional, mas que todo orientando al trabajo de los curanderos. Se sigue desarrollando actividades en Educación en Salud, trabajando con las dos cartillas e identificando nuevas acciones. Tambien se sigue con el Proyecto de toldillos para control de paludismos, acción que ha tenido éxito hasta la fecha.

C H O C O

A C T I V I D A D E S		1 9 8 4	1 9 8 5
1. CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUADA			
1.5.	<u>Promotores de Salud</u>		
1.5.1.	Capacitación	1'300.000	
1.5.2.	Educación Continuada	400.000	
1.6.	<u>Auxiliares de Enfermería</u>		
1.6.2.	Educación Continuada	150.000	
1.7.	<u>Promotores de Saneamiento</u>		
1.7.2.	Educación Continuada	100.000	
1.8.	Manuales	250.000	
1.9.	<u>Profesionales</u>		
1.9.1.	Seminarios y Talleres	100.000	
S U B T O T A L I		\$ 2'300.000	\$ 1'000.000
2. SUMINISTROS Y DOTACION			
2.1.	Equipamento Puestos de Salud	1'000.000	
2.4.	Drogas y otros fungibles	300.000	
2.7.	Equipo transporte fluvial	400.000	
2.8.	Equipo Transporte promotor de salud	200.000	
S U B T O T A L I I		\$ 1'900.000	1'000.000
3. INFRAESTRUCTURA			
3.1.	Construcción Puesto de Salud	1'000.000	
S U B T O T A L I I I		1'000.000	
4. PERSONAL TECNICO			
4.1.	Profesional Holandés	4.500.000	
4.5.	Personal Programa Rural de Salud	3'900.000	
4.6.	Viáticos y Transporte	3'900.000	
4.7.	Gastos de desplazamiento	1'000.000	
S U B T O T A L I V		13'300.000	14'000.000
5. COORDINACION			
5.1.	Asesoría	400.000	
5.2.	Gastos Generales	900.000	
5.5.	Seguros	100.000	
S U B T O T A L V		1'400.000	1'500.000
6. SANITARIO			
6.5.	Mejoramiento de vivienda	200.000	
6.6.	Disposición de excretas	800.000	
6.8.	Abastos de Agua	4'000.000	
6.10.	Estudios y Asesoría	700.000	
6.14.	Tecnología Apropiada	300.000	
S U B T O T A L V I		6'000.000	6'000.000
8. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD			
8.3.	Investigación Participativa	500.000	
8.5.	Investigación Socio - Cultural	1'000.000	
S U B T O T A L V I I		1'500.000	1'000.000
9. EDUCACION EN SALUD			
9.1.	Material de publicaciones	400.000	
9.2.	Asesoría	400.000	
S U B T O T A L V I I I		800.000	1'000.000
TOTAL		28'200.000	25'500.000
IMPREVISTOS		1'410.000	1'275.000
GRAN TOTAL		29'610.000	26'775.000
=====		=====	=====

DESCRIPCION CHECCO

1. CAPACITACION SUPERVISION Y EDUCACION CONTINUADA

- 1.5.1. Costo de capacitación de veinticinco (25) voluntarios durante tres meses. Como consecuencia del estudio morbi-mortalidad en comunidades indígenas, elaborado con la Organización Indígena OREWA.
- 1.5.2. Costo de seis cursillos para las cuarenta y dos (42) promotoras rurales de salud en el área del río San Juan.
- 1.6.2. Costos de dos Cursillos de inducción y actualización para auxiliares de enfermería en el área del río San Juan.
- 1.7.2. Educación Continuada para los promotores de saneamiento en el área del río San Juan.
- 1.8. Elaboración de Manuales de Consulta para las 84 promotoras rurales de salud de los ríos Atrato y San Juan. También se programan manuales para los 25 voluntarios indígenas.
- 1.9.1. Seminarios de Inducción para el personal del Servicio Seccional de Salud.

2. SUMINISTROS Y DOTACION

- 2.1. Dotación complementaria del Centro de Salud de Palestina
- 2.4. Drogas para las promotoras del río San Juan
- 2.7. Embarcación para el Centro de Salud de Palestina : lancha de fibra de vidrio con motor 40.

2.8. Canoas para 40 promotoras de los ríos Atrato y San Juan.

3. INFRAESTRUCTURA

3.1. Terminación de la construcción del Centro de Salud de Palestina, incluyendo pozo séptico y abasto de agua.

4. PERSONAL TECNICO

4.1. Sueldos, viáticos y los demás gastos de la Médica Holandesa

4.5. Sueldos integrales de los funcionarios del Programa Rural de Salud.

- Trabajadora Social	\$ 1'037.000	ANUAL
- Ingeniero Sanitario	1'037.000	" "
- Enfermera	1'037.000	" "
- Administrador	<u>785.000</u>	" "
	\$ 3'895.000	

4.6. Viáticos según normas del Servicio Seccional de Salud del Chocó .

4.7. Costos del combustible y lubricantes para el transporte fluvial y terrestre.

5. COORDINACION

5.1. Parte de los costos del sueldo y viáticos de la Enfermera - Asesora del Convenio.

5.2. Incluye casa de pasaje en Itsmina, bodega para saneamiento, papelería y reparaciones.

5.5. Seguro del Campero

6. SANEAMIENTO

- 6.5. Programa de autofabricación de toldillos como parte de un programa de prevención del Paludismo.
- 6.8. Seguimiento del Programa de Letrinas Flotantes, además tazas sanitarias en el Alto Atrato y Lloró y su elaboración de un programa en el río San Juan.
- 6.9. 2'500.000 para la terminación de los Abastos de Agua en la zona de Lloró, también se presupuesta para la iniciación del proyecto de agua potable en el Bajo y Medio San Juan - en el segundo semestre.
- 6.12. Parte de los costos del sueldo y viáticos del Ingeniero Sanitario Asesor del Convenio.
- 6.14. Costo de una río bomba con planta de tratamiento para Domingodó, Bajo Atrato.

8. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

- 8.3. Se presupuesta para:
 - * Diagnósticos participativos de salud y sus factores condicionantes en el Atrato (Lloró) y Medio y Bajo Atrato
 - * Evaluación Participativa del Programa por las comunidades del Río Atrato, a finales del año.
- 8.5. Terminación y seguimiento del Estudio Morbi-Mortalidad de comunidades indígenas con la Organización Indígena OREWA, atrasado a finales de 1983. Básicamente se presupuestó los costos de un médico.

Además se reserva para el seguimiento de los Talleres de Medicina Tradicional de 1983.

C O N T R A P A R T I D A N A C I O N A L C H O C O

	<u>1 9 8 4</u>	<u>1 9 8 5</u>
SERVICIOS PERSONALES	\$ 104'566.546	\$ 130'708.184
SUMINISTROS	10'524.000	13'630.000
GASTOS GENERALES	11'376.980	15'140.175
TRANSFERENCIAS	<u>15'656.509</u>	<u>19'570.637</u>
S U B T O T A L	\$ 142'124.035	\$ 179'048.996
 INVERSION	 <u>41'500.000</u>	 <u>39'375.000</u>
T O T A L	\$ 183'624.035	\$ 218'423.996
=====	=====	=====

Datos presentados por el Servicio Seccional de Salud del Chocó

CONTRAPARTIDA NACIONAL NECESARIA PARA FUNCIONAMIENTO CHOCO

	<u>1 9 8 4</u>	<u>1 9 8 5</u>
SERVICIOS PERSONALES		
SALARIOS PROMOTORES (83)	\$ 18'167.040	\$ 21'800.400
SALARIOS AUX. ENFERMERIA (15)	5'465.000	6'558.000
SALARIOS PROMO. SANEAM. (9)	<u>3'580.000</u>	<u>4'296.000</u>
S U B T O T A L	\$ 27'212.040	\$ 32'654.400
SUMINISTROS	7'529.760	9'035.712
<u>GASTOS GENERALES</u>		
VIATICOS Y TRANSPORTE	<u>8'655.520</u>	<u>10'386.624</u>
T O T A L	43'397.320	52'076.736
=====	=====	=====

1. Los salarios de 1983 se incrementaron en un 20% (posible aumento para el año entrante) para obtener los salarios de 1984.
2. Para el cálculo de viáticos
 Auxiliar visita al Promotor 1½ día al mes
 Enfermera visita UPA 3 días cada 2 meses
 Promotor de Saneamiento sale a comisión 8 días al mes
 Promotor Rural de Salud 1 día cada mes
3. Suministros: Corresponde a material de curaciones, papelería y útiles, droga, etc.
4. Para la proyección de 1985 se incremento la contrapartida de 1984 en 20%

CUENTA PROYECTADA PARA EL AÑO DE 1964
CENTROS E INSTITUCIONES SALUD ZONA ATLANTO SAN JUAN

CATEGORÍA DE GASTO	SUB-TOTAL										
	BARRIO	LICRO	B/VISTA	RICHOIGIO	ZONA ATLANTO	INT. ERIA	TADO	COMUNDO	PUERTO	PALMIRERA	ZONA SAN JUAN
1. GASTOS PERSONALES	5'185.571	6'370.071	5'756.046	5'630.355	22'244.059	41'731.463	8'651.366	23'907.033	3'162.374	4'172.251	81'624.477
Sueldos personales	4'131.336	5'065.524	4'553.334	4'449.096	18'163.360	33'141.115	6'873.355	19'031.545	2'515.700	3'342.255	64'879.000
Primo de Servicios	170.311	212.565	191.261	186.959	763.096	1'309.630	208.485	798.029	105.539	140.164	2'171.907
Primo de Vacaciones	186.671	230.279	207.200	202.539	826.659	1'500.433	312.525	804.531	114.339	151.844	2'945.730
Irón de Navidad	373.115	460.531	414.147	404.796	1'652.589	3'010.936	625.167	1'729.597	218.878	304.008	5'893.510
Irón de Alimentos	133.100	192.550	209.000	209.000	804.650	1'370.400	271.700	721.050	94.050	94.050	2'550.250
Subsidio Familiar	164.054	201.621	182.094	177.965	726.735	1'324.849	275.134	761.301	100.740	133.930	2'595.200
2. SUBSISTIMOS	744.000	1'080.000	900.000	1'440.000	4'164.000	3'200.000	760.000	1'000.000	400.000	1'000.000	6'360.000
Para Atención Primaria											
Druga	360.000	600.000	450.000	720.000	2'160.000	1'500.000	200.000	300.000	200.000	400.000	2'660.000
Material Médico Quirúrgico	240.000	240.000	240.000	360.000	1'080.000	1'100.000	300.000	400.000	100.000	200.000	2'160.000
Material Complementario	144.000	240.000	210.000	360.000	924.000	600.000	200.000	300.000	100.000	400.000	1'600.000
3. GASTOS GENERALES	1'339.300	1'524.840	1'382.000	1'730.820	5'970.920	2'200.000	560.000	1'200.000	400.000	1'000.000	5'380.000
Viáticos y gastos de viaje	950.500	1'145.000	974.500	1'094.500	4'164.500	1'300.000	300.000	700.000	100.000	400.000	2'800.000
Mantenimiento y Reparación	268.800	279.840	287.520	456.320	1'292.480	400.000	180.000	300.000	200.000	400.000	1'430.000
Otros gastos	120.000	120.000	120.000	180.000	514.000	500.000	100.000	200.000	100.000	200.000	1'100.000
4. TRANSFERENCIAS	773.330	954.808	858.372	838.950	3'425.400	6'411.757	1'296.316	3'586.657	472.034	630.605	20'021.500
Pago Previsión Social	405.067	453.277	427.518	222.145	908.417	1'050.061	343.918	951.626	125.935	167.413	3'022.950
Pago al P.S.A.	404.209	496.909	448.660	436.530	1'790.306	3'021.847	677.264	1'873.730	247.951	369.342	6'390.132
Pago a Otras Entidades	164.054	202.622	182.094	177.965	726.735	1'334.849	275.134	761.301	100.740	133.930	2'528.300
SUB-TOTAL FUNCIONAMIENTO	8'042.217	9'949.719	8'896.438	9'640.125	36'522.439	53'274.220	11'287.682	29'693.690	4'437.000	6'002.936	105'595.530
5. GASTOS DE INVERSIÓN	3'625.000	2'750.000	1'750.000	5'875.000	14'000.000	11'000.000	4'400.000	1'500.000	3'500.000	7'100.000	27'500.000
Construcción, Remodelación y Ampliación	3'125.000	2'250.000	1'250.000	3'875.000	10'500.000	8'000.000	3'900.000	1'000.000	3'000.000	6'600.000	20'500.000
Infraestructura Sanitaria											
Adquisición Equipos (Dotación)	500.000	500.000	500.000	2'000.000	3'500.000	3'000.000	500.000	500.000	500.000	500.000	5'000.000
TOTAL GASTOS	11'667.217	12'699.719	10'646.438	15'515.125	50'522.439	64'274.220	15'687.682	31'193.690	7'937.000	12'102.936	133'095.530

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

CENTRO DE SALUD : B A G A D O

	SUELDO MEN SUAL ACTUAL	%	SUELDO / 84	# MESES	8 4 TOTAL SUELDOS	TOTAL FOR PROGRAM
ATENCION A LAS PERSONAS						3'450.504.00
1 MEDICO	49.568	25	61.960	12	743.520	
1 AUXILIAR DE ENFERMERIA	18.727	25	23.409	12	280.908	
1 ASISTENTE DE BOTICA	12.806	25	16.008	12	192.096	
3 AYUDANTES DE ENFERMERIA 14.805 C/U	35.532	25	44.415	12	532.980	
10 PROMOTORES RURALES 14.175 C/U	113.400	25	141.750	12	1'701.000	
ATENCION AL AMBIENTE						306.840.00
1 PROMOTOR SANEAMIENTO G. II	20.456	25	25.570	12	306.840	
ADMINISTRACION						343.992.00
1 MOTORISTA	11.593	25	14.491	12	173.892	
1 AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	11.340	25	14.175	12	170.100	
T O T A L	273.422		341.778			4'101.336.00

P L A N D E C A R G O S
CENTRO DE SALUD : L L O R O

	SUELDO ACTUAL	%	SUELDO /84	# MESES	TOTAL SUELDOS	TOTAL PROGRAMA
ATENCION A LAS PERSONAS						4'414.692
1 MEDICO RURAL	49.568	25	61.960	12	743.520	
1 ODONTOLOGO	46.056	25	57.750	12	690.840	
1 HIGIENISTA DENTAL	18.727	25	23.409	12	280.908	
1 AUXILIAR DE ENFERMERIA	18.727	25	23.409	12	280.908	
2 AYUDANTES DE ENFERMERIA 14,805 C/U	23.688	25	29.610	12	355.320	
11 PROMOTORES RURALES 14.175 C/U	124.740	25	155.925	12	1'871.100	
1 ASISTENTE DE BOTICA	12.806	25	16.008	12	192.096	
ATENCION AL AMBIENTE						306.840
1 PROMOTOR G.II	20.456	25	25.570	12	306.840	
ADMINISTRACION						343.992
1 MOTORISTA	11.593	25	14.491	12	173.892	
1 AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	11.340	25	14.175	12	170.100	
T O T A L	337.701		422.127			5'065.524

P L A N D E C A R G O S
CENTRO DE SALUD DE : BELLAVISTA

	SUELDO AC - TUAL	%	SUELDO / 84	# MESES	TOTAL SUELDOS	TOTAL PROGRAMA
ATENCION A LAS PERSONAS						3'901.512
1 MEDICO RURAL	49.568	25	61.960	12	743.520	
2 AUXILIARES DE ENFERMERIA 23.409 C/U	37.454	25	46.818	12	561.816	
2 AYUDANTES DE ENFERMERIA 14.805 C/U	23.688	25	29.610	12	355.320	
1 BACILOSCOPISTA	11.844	25	14.805	12	177.660	
11 PROMOTORES RURALES 14.175 C/U	124.740	25	155.925	12	1'871.100	
1 ASISTENTE DE BOTICA	12.806	25	16.008	12	192.096	
ATENCION AL AMBIENTE						306.840
1 PROMOTOR G.II	20.456	25	25.570	12	306.480	
ADMINISTRACION						313.892
1 MOTORISTA	11.593	25	14.491	12	173.892	
1 AUXILIAR GASTOS GENERALES	11.340	25	14.175	12	170.100	
T O T A L	303.489		379.362			4'552.344

P L A N D E C A R G O S
CENTRO DE SALUD : R I O S U C I O

	SUELDO AC TUAL	%	SUELDO/84	# MESES	TOTAL SUELDOS	TOTAL PROGRAMA
ATENCION A LAS PERSONAS						3'798.264
1 MEDICO RURAL	49.568	25	61.960	12	743.520	
1 AUXILIAR DE ENFERMERIA	18.727	25	23.409	12	280.908	
3 AYUDANTES DE ENFERMERIA 14.805 C/U	35.532	25	44.415	12	532.980	
1 ASISTENTE DE BOTICA	12.806	25	16.008	12	192.096	
1 VACUNADORA	11.844	25	14.805	12	277.660	
11 PROMOTORAS RURALES 14.274 X/U	124.740	25	155.925	12	1'871,100	
ATENCION AL AMBIENTE						306.840
1 PROMOTOR G II	20.456	25	25.570	12	306.840	
ADMINISTRACION						343.992
1 MOTORISTA	11.593	25	14.491	12	173.892	
1 AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	11.340	25	14.175	12	170.100	
T O T A L	296.606		370.758			4'449.096

Z

OFICINA DE COORDINACION

LINEAS GENERALES 1984 Y 1985

Hace dos años se propuso, por parte del gobierno Holandés y la misión de evaluación de 1984, el cambio gradual de la función de la Oficina de Coordinación haría una Oficina de Administración. En este proceso se aumentaría la responsabilidad de los Servicios en el desarrollo de los programas regionales, con apoyo de los expertos holandeses y colombianos. Hasta la fecha se ha logrado algo, pero insuficiente para alcanzar la meta propuesta.

Las regiones donde más esfuerzos se hicieron para tomar la responsabilidad del Programa son Chocó, Urabá, Vaupés y Guaviare, han tenido mas bien un desarrollo hacia atrás en vez de adelante en este aspecto, por razones conocidas.

Sin embargo siguen vigentes las razones por las cuales se había propuesto este proceso de descentralización del Proyecto. Por lo anterior proponemos seguir el plan en una forma acelerada, pero asegurando el desarrollo del Convenio en sus cuatro Proyecto regionales.

Para lograr la descentralización del Convenio se deben dar las siguientes condiciones básicas:

1. Que funcione la organización y administración de los Servicios Seccionales de Salud. Deben estructurarse comités técnicos y/o grupos multidisciplinarios para Atención Primaria. Se deben elaborar presupuestos y planes trimestrales en una forma detallada y rendir toda la información necesaria a la Oficina de Coordinación y el Comité Directivo.
2. En cada región trabajará un Asesor Holandés o Colombiano, quien desarrolla sus actividades conjuntamente con el Coordinador Regional-

- del Programa (en general el Jefe o Coordinador Técnico del Servicio)
3. Que exista en cada región un compromiso real con el programa expresado en suficiente contrapartida para funcionamiento con prioridad al trabajo en la zona rural.
 4. Que haya supervisión periódica de los Programas tanto por parte de Holanda como por parte de Colombia.
 5. Se deben cumplir las primeras dos condiciones en el primer trimestre del año 1984.

A grandes rasgos se puede concluir que durante 1984 se transfieren las funciones básicas de la Oficina de Coordinación a los Servicios Seccionales y el Ministerio de Salud.

Las consecuencias serán que:

- * Se cambia las funciones del Director colombiano y Co-Director holandés como 'dirigentes' del Programa.
- * Los planes regionales serán presentados directamente al Comité Directivo.
- * Se busca una estructura en el Ministerio de Salud que garantice el apoyo a los programas regionales.
- * La función del Co-Director holandés será asumida a partir de 1985 por uno de los Asesores Regionales.
- * Los Asesores específicos del Convenio hagan sus programaciones con cada región aumentando su operatividad, dejando actividades ejecutivas al personal de los Servicios y el Personal del Convenio vinculado a cada Área.
- * Los Asesores generales del Convenio en cada región apoyan a los Servicios en todos los aspectos de los Programas de Atención Primaria.

- * El Centro de Documentación de la Oficina de Coordinación se disuel-
va en los centros regionales y en el Ministerio de Salud.
- * Sigue la administración central del Convenio y el sistema de Auditor
ría.

COORDINACION

	<u>1 9 8 4</u>	<u>1 9 8 5</u>
7.1 ARRENDAMIENTO	900.000	550.000
7.3 GASTOS DE DESPLAZAMIENTO	600.000	500.000
7.3 VUELOS CARTER	500.000	500.000
7.4 HONORARIOS	3.050.000	3.000.000
7.5 IMPLEMENTOS DE ASEO	132.000	80.000
7.7 PORTES Y TIMBRES	70.000	40.000
7.8 SERVICIOS (AGUA, LUZ, TELEFONO)	180.000	125.000
7.9 TRANSPORTE LOCAL	12.000	5.000
7.10 UTILES DE OFICINA	264.000	200.000
7.11 GASTOS BANCARIOS	7.000	10.000
7.12 AUDITORIA	720.000	800.000
7.13 EQUIPO	50.000	60.000
7.14 COMBUSTIBLE Y MANTENIMIENTO DEL VEHICULO	250.000	250.000
7.15 REPARACION Y MANTENIMIENTO EQUIPO DE OFICINA	170.000	200.000
7.16 SEGUROS PERSONAL Y VEHICULO	100.000	100.000
	<hr/>	<hr/>
	\$ 6.935.000	6.420.000
PERSONAL HOLANDES	4.500.000	-0-
PROYECTOS NUEVOS Y ASESORIAS	1.000.000	500.000
ESTUDIOS Y BECAS	1.500.000	1.500.000
	<hr/>	<hr/>
	14.005.000	8.420.000
IMPREVISTOS	700.250	421.000
	<hr/>	<hr/>
GRAN TOTAL	\$ 14.705.250	8.841.000
	=====	=====
CONTRAPARTIDA NACIONAL:		
SALARIOS, VIATICOS Y TRANSPORTE	2.500.000	3.000.000