

**MODELO DE ATENCION PREVENTIVO ASISTENCIAL CON
PARTICIPACION COMUNITARIA EN LAS ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL PARA EL MUNICIPIO DE
PUERTO COLOMBIA**

NAYIDE BARAHONA GUZMAN

LIGIA GUTIERREZ ROSADO

DIRECTOR: WALBERTO HERRERA MEDINA

**Proyecto para optar al titulo de
Especialista en Gerencia Social**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA
POSTGRADO EN GERENCIA SOCIAL
BARRANQUILLA**

1995

0003

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A Carlos Osorio Director del Post-Grado en Gerencia Social.

A todo el cuerpo docente y profesionales de las diferentes disciplinas necesarias para la realización del presente trabajo.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1.	POBLACION DEL MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA	124
ANEXO 2.	ENCUESTA	125
ANEXO 3.	MATRIZ DE ASIGNACION	130
ANEXO 4.	FORMATO DE SUPERVISION (GUIA)	131
ANEXO 4A.	FORMATO DE SUPERVISION (GUIA)	133
ANEXO 4B.	INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE SUPERVISION (GUIA)	134
ANEXO 5.	INDICADORES DE EVALUACION SEGUN NIVEL DE PREVENCION	135
ANEXO 6.	ENCUESTA DE RIESGO	138
ANEXO 7.	HISTORIA CLINICA	144
ANEXO 8.	REPORTE TRIMESTRAL AL ESTADO DEL PACIENTE	151
ANEXO 9.	FICHA CLINICA DE LABORATORIO	153

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2. OBJETIVOS	6
2.1 OBJETIVO GENERAL	6
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
3. ALTERNATIVAS DE SOLUCION	8
3.1 ALTERNATIVA N°1	8
3.1.1 Ventajas	9
3.1.2 Desventajas	9
3.2 ALTERNATIVA N°2	9
3.2.1 Ventajas	10
3.3 ALTERNATIVA N°3	11
3.4 PROGRAMACION DETALLADA DE LA ALTERNATIVA SELECCIONADA	12
3.4.1 Estudio Geográfico y Social	12

3.4.1.1 Definición del espacio de trabajo	12
3.4.1.2 División política del municipio	12
3.4.1.3 Numero de habitantes	12
3.4.1.4 Indicadores de salud	12
3.4.1.5 Indicadores de educación	12
3.4.1.6 Comportamiento social	12
3.4.1.7 Comportamiento económico	12
3.4.1.8 Comportamiento cultural	12
3.4.2 Diagnostico Institucional	12
3.4.2.1 Revisión de estadística E.T.S.	12
3.4.2.2 Oferta de servicio para la atención en las E.T.S.	12
3.4.2.3 Realizar inventario de entidades estatales	12
3.4.2.4 Realizar inventario de entidades privadas (ONG)	12
3.4.2.5 Realizar inventario de inspecciones de policía	12
3.4.2.6 Realizar inventario de corporaciones	12
3.4.3 Diagnostico Comunitario	13
3.4.3.1 Realizar inventario de organizaciones de base	13
3.4.3.2 Realizar inventario de hogares comunitarios	13
3.4.3.3 Realizar inventario de Juntas Administradoras Locales (JAL)	13
3.4.3.4 Realizar inventario de comunas (División municipio)	13

3.4.4 Elaboración del programa	13
3.4.4.1 Coordinación Institucional	13
3.4.4.2 Capacitación	14
3.4.4.3 Comunicación	14
3.4.4.4 Monitoreo, Seguimiento y Evaluación	14
4. IDENTIFICACION DEL PROYECTO	16
4.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	16
4.2 POBLACION DIRECTAMENTE AFECTADA Y/O ZONA AFECTADA POR EL PROBLEMA Y POBLACION OBJETIVO	18
4.2.1 Población directamente afectada	18
4.2.2 Población Objetivo	18
4.3 DESCRIPCION DE LA SITUACION ACTUAL Y SU EVOLUCION	19
4.4 NATURALEZA DEL PROYECTO	20
4.5 ESTUDIO DE MERCADO	21
4.5.1 Metodología	22
4.6 ESTUDIO FINANCIERO Y ECONOMICO	47
4.6.1 Costos de Inversión	47
4.6.2 Gastos de Funcionamiento	53
4.6.2.1 Personal de Recursos Humanos	54
4.6.2.2 Gastos de Mantenimiento	54

4.6.2.3 Servicios Públicos	54
4.6.2.4 Transportes	55
4.6.2.5 Material de consumo y elementos de aseo	55
4.6.2.6 Material de promoción y educación	55
4.6.3 Resumen de Costos y Gastos de Inversión	55
4.7 FUENTES DE FINANCIACION	56
5. ANALISIS DE VIABILIDAD	58
5.1 IDENTIFICACION DE LOS ACTORES SOCIALES Y AREAS DE INTERES DEL PROYECTO	58
5.2 IDENTIFICACION DEL ESCENARIO DEL PROYECTO	59
5.2.1 Contexto Histórico	59
5.2.2 Localización y Aspectos Físicos	60
5.2.3 Aspectos Demográficos	61
5.2.4 División Política	61
5.2.5 Aspectos Económicos	62
5.2.6 Aspectos Ambientales	63
5.2.7 Acueducto	64
5.2.8 Alcantarillado	65
5.2.9 Aseo Urbano	66
5.2.10 Ente Administrativo de los Servicios	66
5.2.11 Plaza de Mercado	67

5.2.12 Transportes	67
5.2.13 Vías Urbanas	68
5.2.14 Infraestructura Social	69
5.2.14.1 Educación	69
5.2.14.2 Salud	69
5.2.14.3 Vivienda	71
5.2.14.4 Cultura, Recreación y Deporte	71
5.3 IDENTIFICACION DE LAS FORTALEZAS DEL PROYECTO	72
5.4 PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD	74
6. MODELO DEL DISEÑO DE EJECUCION	76
6.1 MARCO TEORICO DEL MODELO ADMINISTRATIVO PARTICIPATIVO	77
6.2 DEFINICION DE SUPUESTOS METODOLOGICOS	83
6.2.1 Principios	85
6.2.1.1 Humanización	85
6.2.1.2 Integridad	85
6.2.1.3 Interinstitucionalidad	86
6.2.1.4 Participación	86
6.3 DEFINICION DE LAS POLITICAS DE EJECUCION	87
6.3.1 Estrategias	90
6.3.1.1 Promoción de la Salud Sexual	90

6.3.1.2	Prevención de la transmisión por Vía Sexual	91
6.3.1.3	Prevención de la Transmisión por Vía Perinatal	92
6.3.1.4	Prevención de la Transmisión por Vía Sanguínea, Hemoderivados, Transplante de Organos o Durante Procedimientos Invasivos Incluyendo el Uso de Jeringas y Agujas	92
7.	DISEÑO DEL PLAN DE EJECUCION	95
7.1	DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE EJECUCION	96
8.	ESTUDIO ORGANIZATIVO	97
8.1	EXPLICACION DE LA CARTA ORGANIZACIONAL	98
8.2	ORGANISMOS DE CARACTER ASESOR	98
8.3	ORGANO OPERATIVO	98
8.4	CARTA ORGANIZACIONAL	99
8.5	NORMAS TECNICAS	100
8.6	FUNCIONES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	105
8.6.1	Médico	105
8.6.2	Enfermera	106
8.6.3	Bacteriólogo(a)(a)	107
9.	NORMAS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA DE RIESGO	109
9.1	POBLACION A QUIEN VA DIRIGIDA LA ENCUESTA DE RIESGO	110

10. DISEÑO DEL SISTEMA DE CONTROL, MONITOREO Y EVALUACION	112
10.1 CONTROL	112
10.1.1 Control del Proceso	112
10.1.2 Control del Producto	113
10.2 MONITORIA	114
10.2.1 General	115
10.2.2 Específicos	115
10.3 EVALUACION	116
11. CONCLUSIONES	118
12. RECOMENDACIONES	120
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	122
ANEXOS	124

INTRODUCCION

En concordancia con el mandato constitucional de propender por una administración eficiente del Estado, que optimice los esfuerzos adelantados por diferentes sectores en el desarrollo de programas de prevención y control para brindar una adecuada atención a la población en general, el mantenimiento de la salud individual y colectiva y el fortalecimiento de los mecanismos de participación e intervención de la comunidad como pilares del desarrollo nacional; se busca minimizar la duplicidad de esfuerzos, optimizar el recurso económico y propiciar la concertación y unificación de criterios en la operacionalización del proyecto.

Este proyecto pretende entregar un modelo de atención preventivo asistencial para las E.T.S. con participación comunitaria en el Municipio de Puerto Colombia para una población de 15.427 habitantes del Municipio de Puerto Colombia con un enfoque participativo del

equipo de salud, paciente-familia y comunidad, el cual hace énfasis en los aspectos de promoción, prevención y educación en salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas de Salud Pública que se ha caracterizado por su alta difusión en el mundo son las enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) entre ellas la infección del virus de Inmunodeficiencia Humana afectando principalmente a personas jóvenes en etapa productiva de la vida independientemente de edad, sexo, factores demográficos, económicos, religiosos, políticos y sociales.

En el mundo los primeros casos de la enfermedad se registraron al principio de la década del 80 y al finalizar 1.989 se habían reportado más de 200 mil casos a la Organización Mundial de la Salud (OMS), calculándose que existen alrededor de 10 millones de personas infectadas. En Colombia el primer caso se reportó oficialmente en 1.984 y en 1.989 se habían reportado 1.250 infectados, estimándose que cada año esta cifra podría duplicarse. Sin embargo la prestación de los servicios para esta enfermedad no ha sufrido el mismo incremento, a

pesar que el Ministerio de Salud en 1.990 basándose en la ley 10-decreto 5-59, implementó el plan a mediano plazo para la prevención y control de las E.T.S., situación que amenaza a presentarse una epidemia de grandes proporciones si no se adoptan e impulsan programas de prevención y control para las E.T.S.

En el departamento del Atlántico el primer caso de la enfermedad del V.I.H., se detecto en Barranquilla en el año 1.987, en la actualidad se cuenta con un número de 600 infectados; es así como el Departamento Administrativo de Salud del Atlántico decide implementar en 1.990 el programa de las E.T.S. VIH-SIDA en todos los organismos del subsector oficial; sin embargo, el tipo de atención que se ofrece no obedece a un programa previamente establecido. Al no existir hasta el momento registros de indicadores que permitan evaluar la evolución, proyección e impacto del mismo.

Puerto Colombia municipio del departamento del Atlántico cuenta con una población de 17.632 habitantes de los cuales 15.427 son susceptibles de adquirir la enfermedad. (Ver Anexo 1).

En Puerto Colombia las estadísticas de las E.T.S. se mantienen o señalan un incremento progresivo 12¹ pacientes. Esta incidencia sin la existencia de un programa específico y un equipo interdisciplinario de las Enfermedades de Transmisión Sexual, muestra la necesidad de dar un viraje a los lineamientos del Ministerio de Salud para diseñar e implementar un programa que responda a su promoción, prevención y control.

¹ Fuente: Dpto. Administrativo de Salud. Sección Estadística. 1.994

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer un modelo de atención preventivo asistencial para las E.T.S. a través de la estrategia de participación educación-acción, con el fin de contribuir en la disminución de la incidencia de las E.T.S. en el municipio de Puerto Colombia.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Lograr que la comunidad en general conozcan y apliquen las medidas preventivas para las E.T.S.
- Lograr la coordinación interdisciplinaria para la atención del paciente y la familia.

- **Promover que la comunidad sea gestor en la prevención de las E.T.S.**
- **Definir los criterios e indicadores para la evaluación del programa.**
- **Lograr que las personas enfermas practiquen el autocuidado con la participación de la familia.**

3. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

3.1 ALTERNATIVA N°1

Desarrollar un modelo preventivo asistencial con participación comunitaria para la prevención y control de las E.T.S. haciendo énfasis en la infección producida por el V.I.H. en los centros de salud de La Playa y Salgar pertenecientes al Hospital Local de Puerto Colombia.

A nivel de centros de salud, se hará la atención médica y de enfermería y se remitiría al Hospital de Puerto Colombia para recibir las diferentes interconsultas del paquete de atención y los demás servicios de apoyo si es necesario.

3.1.1 Ventajas

- La población objeto de cada barrio del municipio tendrá acceso al programa.
- Se ampliará la cobertura de atención para las E.T.S.
- El desplazamiento a los centros por parte de la comunidad es menor.

3.1.2 Desventajas

- Los centros de salud no cuentan con el recurso humano necesario para formar el equipo interdisciplinario.
- Mayores costos económicos en la inversión inicial para la instalación del programa.
- Mayor costo en recurso humano.
- Mayor costo económico por la remodelación y/o construcción de un área para la prestación del servicio.

3.2 ALTERNATIVA N°2

Desarrollar en el Hospital de Puerto Colombia un modelo de atención preventivo asistencial con participación comunitaria para la prevención y control de las E.T.S. con énfasis en la infección por V.I.H., para

disminuir la incidencia a través de la educación en salud, se tomaría como centro piloto, delimitando su área de influencia para la implementación del programa y solo se coordinarían las interconsultas que están fuera del paquete de atención con el Hospital Universitario de Barranquilla. Además el equipo interdisciplinario existente del hospital fortalecería y apoyaría en la atención a cada uno de los centros de salud para ampliar la cobertura.

3.2.1 Ventajas

El Hospital Local de Puerto Colombia cuenta con una imagen y un equipo interdisciplinario capacitado para la atención de las personas infectadas por E.T.S.

- Menor gasto económico para la comunidad en la atención de las E.T.S.
- El Hospital cuenta con excelentes vías de acceso y ubicación para toda la comunidad.
- Mayor participación activa de la comunidad en el desarrollo del programa.

- El hospital cuenta con una estructura tanto física como de personal profesional y dotación para la atención del programa.

3.3 ALTERNATIVA N°3

No hacer nada, es decir dejar la atención tal como se viene ofreciendo.

Después de analizar las alternativas de solución planteadas para el problema expuesto, se selecciono la alternativa N½, con la cual se lograría una mejor utilización de las estrategias que permitan la participación comunitaria generando así un mayor impacto social.

Como centro piloto que es el hospital permitiría:

- Un mejor control del programa de las E.T.S.
- Un mayor acceso a la población.
- Una mejor y mayor participación comunitaria.

Seleccionándose ésta alternativa como la mejor para dar respuesta al problema.

3.4 PROGRAMACION DETALLADA DE LA ALTERNATIVA SELECCIONADA

3.4.1 Estudio Geográfico y Social

3.4.1.1 Definición del espacio de trabajo

3.4.1.2 División política del municipio

3.4.1.3 Numero de habitantes

3.4.1.4 Indicadores de salud

3.4.1.5 Indicadores de educación

3.4.1.6 Comportamiento social

3.4.1.7 Comportamiento económico

3.4.1.8 Comportamiento cultural

3.4.2 Diagnostico Institucional

3.4.2.1 Revisión de estadística E.T.S.

3.4.2.2 Oferta de servicio para la atención en las E.T.S.

3.4.2.3 Realizar inventario de entidades estatales

3.4.2.4 Realizar inventario de entidades privadas (ONG)

3.4.2.5 Realizar inventario de inspecciones de policía

3.4.2.6 Realizar inventario de corporaciones

3.4.3 Diagnostico Comunitario

3.4.3.1 Realizar inventario de organizaciones de base

3.4.3.2 Realizar inventario de hogares comunitarios

3.4.3.3 Realizar inventario de Juntas Administradoras Locales (JAL)

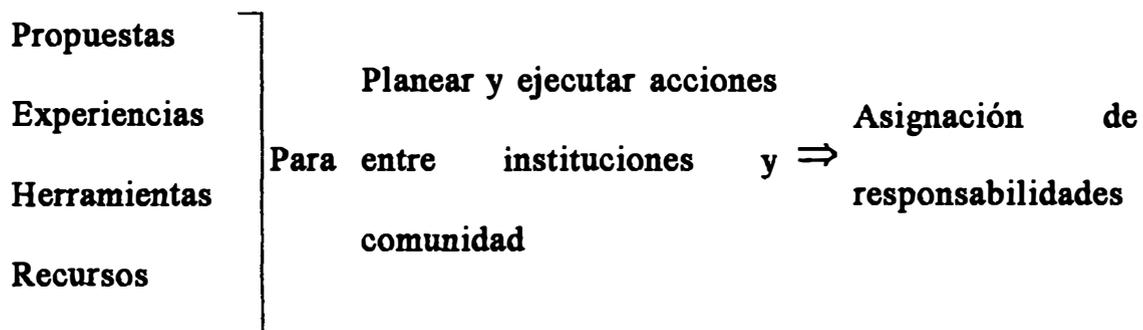
3.4.3.4 Realizar inventario de comunas (División municipio)

3.4.4 Elaboración del programa

La propuesta se elaborará a través de la promoción, fortalecimiento, capacitación y movilización de las organizaciones de base, creando instancias de diálogo y reflexión entre el estado y sociedad civil.

3.4.4.1 Coordinación Interinstitucional

Fomentar la integración para analizar



3.4.4.2 Capacitación.

La capacitación se realizará de acuerdo a las necesidades prioritarias presentadas.

A quienes se Capacitaran?

- a) Instituciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG).
- b) Comunidad

3.4.4.3 Comunicación

A través de la comunicación es que se va a dar a conocer el programa, por lo tanto debe ser:

- Escrita. Debe informarse, motivarse, educar y facilitar los canales para que la gente exprese: deseos, preocupaciones, creatividad, etc.
- Divulgación
- Concertación.

3.4.4.4 Monitoreo, Seguimiento y Evaluación.

Estos nos permitirán medir el desarrollo de todo el proceso.

Se diseñaran instrumentos prácticos para calificar las acciones realizadas las cuales estarán encaminadas a evaluar los valores, el

proceso y el contenido. Esto nos permitirá la retroalimentación y mejoramiento del mismo en todos sus aspectos.

4. IDENTIFICACION DEL PROYECTO

4.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En salud pública universalmente, uno de los problemas que se ha caracterizado por su alta difusión son las Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) entre ellas la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, afectando principalmente a personas jóvenes en etapa productiva de la vida independientemente de edad, sexo, factores demográficos, económicos, religiosos, políticos y sociales.

El primer caso del Sida en Colombia se reportó oficialmente en 1.984 y en 1.989 ya se habían reportado 1.250 infectados, estimándose que para cada año esta cifra se puede duplicar. Sin embargo la prestación de servicios para esta enfermedad no ha sufrido el mismo incremento, situación que amenaza con presentar una epidemia de grandes

proporciones si no se adoptan e impulsan programas de prevención y control para las E.T.S.

En el departamento del Atlántico se presentó el primer caso de V.I.H. en 1.987 y en 1.990 el Departamento Administrativo de Salud (Dasalud) decide implementar el programa para V-I-H/SIDA, en todos los organismos del sub-sector oficial, sin embargo, el tipo de atención que se ofrece no obedece a un programa previamente establecido, ya que no existe hasta el momento registros de indicadores que permitan evaluar la evolución y proyección del impacto del mismo.

En el municipio de Puerto Colombia las estadísticas de las ETS, en especial las de V.I.H. se mantienen o señalan un incremento progresivo de 12 pacientes. Esta incidencia sin la existencia de un programa específico y participativo que responda a la prevención y control para esta patología es difícil de controlar.

La infección por V.I.H. quizás más que ninguna otra patología, tiene tantas repercusiones bio-psicosociales y considera tantos aspectos cruciales de la vida, en los cuales, la creación de un Modelo Preventivo

Asistencial Participativo evitaría la intolerancia y la violación de los derechos humanos que han traído graves efectos sobre la salud misma de los individuos, sobre sus familias y sobre el entorno en que interactúa.

4.2 POBLACIÓN DIRECTAMENTE AFECTADA Y/O ZONA AFECTADA POR EL PROBLEMA Y POBLACIÓN OBJETIVO

4.2.1 Población directamente afectada.

El presente proyecto se elaborará en el Municipio de Puerto Colombia, el cual cuenta con 17.632 habitantes, de los cuales 15.427 es la población directamente afectada dentro de estos se encuentran 12 pacientes afectados por E.T.S. de los cuales 8 corresponden al sexo femenino entre los 15 a 59 años y en menor proporción 4 pacientes de sexo masculino oscilando entre los 15 a 44 años².

4.2.2 Población Objetivo

Para efectos del estudio se definió la población objetivo a todas las personas comprendidas entre el rango de 5 a 59 años.

² Departamento Administrativo de Salud Sección Estadística. 1994

4.3 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y SU EVOLUCIÓN

Cuatro años después de la aparición del virus el Ministerio de Salud, basándose en los principios que consagran los deberes y derechos relativos a la salud (ley 10/90), expide el decreto 559 que regula las conductas y acciones que las instituciones públicas y privadas deben seguir para la prevención de la epidemia por el VIH/SIDA. Es así como se dinamiza e implementa el plan a mediano plazo para la prevención y control de las ETS/SIDA, con la asistencia técnico científica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir del encuentro de prevención y control de las Enfermedades de Transmisión Sexual/SIDA, realizado en Bogotá en 1.990.

Enmarcados en estas bases jurídicas el Departamento Administrativo de Salud del Atlántico (DASALUD), según su misión, estructura y funciones y considerando que el número de infectados por V.I.H., asintomáticos y enfermos de SIDA reportados hasta el momento en el país, su incremento y diseminación en poblaciones más pequeñas, optan por descentralizar la atención al usuario por lo que decide implementar

en 1.990 el programa E.T.S. con énfasis en V.I.H./SIDA en todos los organismos del subsector oficial de salud. Sin embargo el tipo de atención que se ofrece no obedece a un programa previamente establecido. Al no existir hasta el momento registros de indicadores para evaluar la evolución, proyección e impacto del mismo que permitan realizar un adecuado análisis de la información recopilada y considerando que después de transcurridos 5 años, se justifica establecer criterios claros, concretos, de metas a alcanzar que contribuyan a la reducción de la infección por V.I.H., y a la minimización de su impacto económico y social. Para tal efecto se propone el Modelo Administrativo Preventivo Asistencial para las E.T.S. a través de la estrategia de participación educación-acción, con el fin de contribuir en la disminución de la incidencia de las E.T.S. en el Municipio de Puerto Colombia.

4.4 NATURALEZA DEL PROYECTO

El presente proyecto es de naturaleza social, el cual surge de la necesidad de organizar y descentralizar la prestación del servicio.

Para ello se requiere fortalecer la estructura administrativa del componente, la difusión del conocimiento, el adiestramiento comunitario y del personal de salud no especializado, el desarrollo del recurso físico, logístico, tecnológico y legal.

Todo esto se circunscribe a la ley 10 del 90 referente a la reforma del Sistema de Salud, en la cual se establece la universalidad de la atención, la resolución de problemas, por niveles de complejidad, la descentralización de los servicios y la obligatoriedad de que estos se den acogiendo las normas técnicas y científicas del Ministerio de Salud³.

4.5 ESTUDIO DE MERCADO

Este estudio fundamenta conocer las características del mercado como son las especificaciones que debe exhibir el producto, el precio que la población está dispuesta a pagar, la descripción de los servicios, análisis de la demanda, análisis de la oferta y el mercado potencial para el servicio y tarifas.

³ Ministerio de Salud. Plan Nacional de Prevención y Control de Sida. Bogotá 1.990.

El estudio de mercado para el Modelo de Atención Preventivo Asistencial, para las E.T.S. en el Hospital Local del municipio de Puerto Colombia se realizó con el objeto de tener información directa de las características de la población objeto del estudio tales como:

- Distribución por sexo, edad y estado civil
- Factores Socioeconómicos
- Factores Psicoafectivos
- Información y Educación que tiene la población sobre E.T.S.
- Accesibilidad geográfica
- Accesibilidad económica
- Calidad de la atención (Pacientes en el hospital)
- Participación que posee la comunidad en la ejecución del programa.

4.5.1 Metodología

La realización del estudio de mercado se llevó a cabo mediante la aplicación de encuestas sobre la muestra seleccionada (7% de la población del municipio).

Se consideró como población objeto del estudio a las personas adultas mayores de 15 años en adelante que habitan en el municipio.

Para la aplicación de las encuestas (Anexo 2) se escogió un grupo de 4 estudiantes de 4º semestre de Enfermería de la Universidad Metropolitana, los cuales fueron entrenados por los responsables del proyecto.

La prueba piloto fue aplicada por los encuestadores y los 2 miembros responsables del proyecto; a 25 personas mayores de 15 años que se hallaban en la consulta externa del Hospital Local de Puerto Colombia.

Para estimar el tamaño de la muestra se consideró escoger aproximadamente el 7% del total de la población; lo que representa 1.015 personas quienes fueron escogidas aleatoriamente dentro de todos los estratos socioeconómicos.

Para la recolección de los datos se procedió de la siguiente manera: El equipo de encuestadores fue distribuido en diferentes manzanas, guiados por el croquis (Anexo 2) de cada barrio, visitando cada casa y

aplicándose así el instrumento en días ordinarios y festivos por espacio de cuatro semanas. Algunas en horas de la mañana y otras en horas de la tarde.

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

TABLA 1. Distribución porcentual de la muestra por grupo etareo en las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

EDAD	POBLACION	%
15-24	100	10
25-34	264	27
35-44	496	50
45-54	40	4
55-64	47	5
65 y más	43	4
TOTALES	990	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

El 50% de los encuestados corresponden a las edades de 35 y 44 años, seguido de los del 25 y 34 observándose que el grupo de más riesgos está en un menor porcentaje (27%).

TABLA 2. Distribución de la población objeto por estado civil. Municipio de Puerto Colombia. 1995

ESTADO CIVIL	POBLACION	%
Soltero	201	20
Casado	485	49
Viudo	20	2
Unión Libre	110	11
Separado(a)	174	18
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

El porcentaje que predomina es el de los casados en un 49% situación que favorece la estabilidad de la pareja, la capacitación del núcleo familiar y por lo tanto la disminución del riesgo a enfermar.

TABLA 3. Distribución del sexo en las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

SEXO	POBLACION	%
Masculino	375	38
Femenino	615	62
TOTAL	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

En la Tabla 3 se encontró que el mayor porcentaje de los encuestados corresponde al sexo femenino en un 62%.

TABLA 4. Distribución del nivel de escolaridad en las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

ESCOLARIDAD	POBLACION	%
Sin estudio	147	15
Primaria	329	33
Secundaria	482	49
Técnico	10	1
Universitaria	16	2
Otro	6	—
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

La relación a la escolaridad resultó que el 49% cursó la secundaria, seguido del 33% que realizó la primaria; lo cual es favorable para desarrollar las actividades educativas.

TABLA 5. Distribución del ingreso en las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

INGRESO	POBLACION	%
Menos de 1 Salario mínimo	287	29
1 Salario mínimo	402	41
2 Salarios mínimos	158	16
3 Salarios mínimos	102	10
Más de 3 Salarios mínimos	41	4
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

En cuanto al ingreso familiar se observó que el 41% recibe un salario mínimo; seguido por los que ganan menos de un salario con el 29%.

TABLA 6. Distribución de la seguridad social con que cuentan las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

SEGURIDAD SOCIAL	POBLACION	%
Si	471	48
No	519	52
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

En relación con la seguridad social, es de notar que la diferencia entre estos dos rangos (Tabla 5) no es tan significativa, debido a que el 30% de los 471 que respondieron positivamente pertenecen a los jubilados por el terminal.

TABLA 7. Utilización de las Entidades de Salud por E.T.S. Municipio de Puerto Colombia. 1995

UTILIZACIÓN DE ENTIDADES DE SALUD POR E.T.S	POBLACION	%
Hospital	138	14
Centro de Salud	198	20
I.S.S.	102	10
Medico Particular	50	5
Farmacauta	—	—
Ninguno	502	51
Otros	—	—
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

La Tabla 7 nos muestra un resultado sorprendente con un alto porcentaje (51%) de personas que manifiestan no ir a ningún sitio; aunque vale la

pena anotar que el 90% de este porcentaje (51%) se refiere a infecciones genitales; situación que representa una oportunidad para el componente educacional del modelo.

TABLA 8. Distribución del estado religioso en las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

RELIGION	POBLACION	%
Católica	813	82
Mormona	—	—
Bautista	30	3
Evangélica	101	11
Testigos de Jehová	47	4
TOTAL	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

El estado religioso que domina es el Católico en un 82%, instancia que representa una oportunidad como medio para la promoción del programa.

TABLA 9. Relación de las personas encuestadas con sus familiares. Municipio de Puerto Colombia 1995

RELACIONES FAMILIARES	POBLACION	%
Aceptables	988	99
No Aceptables	2	1
TOTAL	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Este porcentaje, 99%, favorece el clima para el desarrollo del modelo.

TABLA 10. Distribución de la convivencia de las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia 1995

FAMILIARES	POBLACION	%
Esposo	690	70
Hijos	192	19
Parientes	108	11
Amigos	-	-
Otros	-	-
TOTAL	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Con relación a la convivencia familiar, el 70% vive con su esposo(a); situación que favorece para brindar una atención familiar.

TABLA 11. Distribución de la demanda familiar para la atención del paciente con V.I.H. en el grupo de personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

FAMILIARES	POBLACION	%
Esposo	420	42
Vecino	0	0
Hermano	107	11
Mamá	339	34
Otros	124	13
TOTAL	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

El mayor porcentaje de esta tabla es directamente proporcional a la Tabla 2 situación que favorece el fortalecimiento del recurso humano disponible para la orientación del componente educacional del modelo propuesto.

En segunda escala aparece la madre, recurso que se tendrá en cuenta dentro del equipo a capacitar.

TABLA 12. Distribución de las E.T.S en la población encuestada. Municipio de Puerto Colombia. 1995

E.T.S	POBLACION	%
Sida	0	0
Sífilis	0	0
Gonorrea	0	0
Chancro	0	0
Condiloma	0	0
Otros	0	0
Cual	0	0
TOTAL	0	0

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Al analizar la Tabla 12, es sorprendente observar que ninguno de los encuestados padeció de una E.T.S en el último año.

Con éste resultado se confirma el rechazo y la vergüenza para aceptar y manifestar ésta enfermedad.

Las Tablas 7 y 23 registran un número de consultas por la misma.

TABLA 13. Conformación del núcleo familiar en la población encuestada. Municipio de Puerto Colombia. 1995

N° de miembro por familia	Población	%
1 a 3	384	39
4 a 6	478	48
7 a 10	75	8
más de 10	53	5
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

El mayor porcentaje encontrado fue de 48% en el rango de 4 a 6 seguido del de 1 a 3 con el 39% este porcentaje garantiza una mayor atención por parte del núcleo familiar.

TABLA 14. Distribución de la información sobre E.T.S. en el grupo de personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

PATOLOGÍA	POBLACION	%
Sida	392	40
Sífilis	328	33
Gonorrea	212	21
Condiloma	58	6
Otra	0	0
Cual	0	0
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Estos resultados demuestran el énfasis que predomina en la educación sobre el Sida 40% sin embargo si la relacionamos con la Tabla 12 las personas manifiestan temor y rechazo hacia la misma oportunidad para la búsqueda de una mejor estrategia educativa para el modelo.

TABLA 15. Distribución de la información de E.T.S. proporcionada por el hospital a las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

FUNCIONARIO	POBLACION	%
Portero	92	9
Aseadora	—	—
Auxiliar Enfermería	128	13
Medico	370	37
Promotora	26	3
Otro	374	38
Cual	—	—
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Si relacionamos la Tabla 15 con la Tabla 17 podemos observar que el equipo de salud da la información solamente a quien se la solicita.

TABLA 16. Distribución de la información recibida sobre E.T.S. en las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

MEDIO DE DIFUSION	POBLACION	%
Radio	380	38
Televisión	231	23
Prensa	0	0
Amigos	52	5
De su pareja	43	4
Personal de salud	245	25
Otros	39	3
Cual: (Cine)		
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Al analizar la Tabla 16 observamos el mayor porcentaje en la radio con 38% la cual se tendrá en cuenta para hacer uso de ella en el desarrollo del programa.

TABLA 17. Distribución de la educación impartida por parte del Hospital Local de Puerto Colombia a las personas que solicitan los servicios. Municipio de Puerto Colombia. 1995

EDUCACIÓN IMPARTIDA	POBLACION	%
Si	376	38
No	614	62
TOTAL	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Este resultado relacionado con la Tabla 15 confirma la no existencia de una coordinación por parte del equipo de salud para dar la información, orientación y/o educación del programa ya que solamente el 38% de la muestra aplicada recibe la información.

TABLA 18. Conocimiento del Hospital local de Puerto Colombia por la población estudio. Municipio de Puerto Colombia. 1995

CONOCE	POBLACION	%
Si	962	97
No	28	3
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

TABLA 19. Medio de transporte que se utiliza para trasladarse al hospital en las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

MEDIO DE TRANSPORTE	POBLACION	%
Caminando	705	71
Bicicleta	168	17
Carro	101	10
Moto	16	2
Otro	0	0
Cual	0	0
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

TABLA 20. Tiempo empleado en el traslado al Hospital Local de Puerto Colombia en las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

TIEMPO	POBLACION	%
10 Minutos	523	53
De 10 a 20 minutos	248	25
De 25 a 30 minutos	135	14
Más de 30 minutos	84	8
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Si analizamos los resultados de las Tablas 18-19 y 20 observamos que hay una gran accesibilidad para la utilización óptima del mismo. Podemos observar que el 97% (Tabla 18) de las personas encuestadas conocen el Hospital Local de Puerto Colombia resultado que garantiza tanto la utilización del mismo como la selección de la alternativa propuesta en el estudio.

TABLA 21. Distribución de los ingresos para la utilización de los servicios de salud en las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

GASTA	POBLACION	%
Menos de 5.000	207	21
5.000 a 10.000	315	32
10.000 a 15.000	402	41
15.000 a 20.000	42	4
20.000 y más	24	2
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

TABLA 22. Opinión de las personas encuestadas sobre las tarifas que ofrece el Hospital Local de Puerto Colombia. 1995

TARIFAS ADECUADAS	POBLACION	%
Si	693	70
No	297	30
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Si se analizan las Tablas 21 y 22 observamos que la capacidad de pago por parte de la población encuestada es satisfactoria.

TABLA 23. Solicitud de los servicios de las E.T.S. en el Hospital Local de Puerto Colombia en las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

SOLICITUD DE SERVICIOS	POBLACION	%
Si	95	10
No	815	90
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

TABLA 24. Conocimiento del programa de E.T.S. en las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

CONOCIMIENTO	POBLACION	%
Los directores no lo han dado a conocer a la comunidad	316	32
No se tiene en cuenta la participación comunitaria	524	53
No se dictan charlas educativas	150	15
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Al analizar la Tabla 24 se observa que el mayor porcentaje corresponde al porque no tienen en cuenta la participación comunitaria. Este porcentaje nos confirma la necesidad de impulsar y desarrollar procesos participativos en el programa.

TABLA 25. Conocimiento del equipo de salud que atiende las E.T.S. por parte de las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

CONOCE EQUIPO DE SALUD	POBLACION	%
Si	264	27
No	726	73
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Con estos resultados se observa que un alto porcentaje (73% Tabla 25) (63% Tabla 27) la población encuestada no conocen quienes conforman el equipo de salud que atienden las E.T.S. a nivel del hospital, información que confirma una vez más la falta de organización y coordinación que se resalta en la Tabla 15 y 17.

TABLA 26. Oferta propuesta por parte de la población encuestada para el programa de las E.T.S. Municipio de Puerto Colombia. 1995

OFERTA PROPUESTA	POBLACION	%
Charlas educativas	335	34
Películas Educativas	390	39
Concejerías	50	5
Estudios de casos	119	12
Otros	96	10
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Estos resultados se tendrán en cuenta para combinar la metodología a utilizar en el desarrollo del modelo propuesto.

TABLA 27. Conocimiento del equipo de salud que atiende el programa de las E.T.S. por las personas encuestadas. Municipio de Puerto Colombia. 1995

CONOCE	POBLACION	%
Si	366	37
No	624	63
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

TABLA 28. Satisfacción en la atención recibida por parte de la población encuestada. Municipio de Puerto Colombia. 1995

SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN	POBLACION	%
Satisfecho	706	71
Insatisfecho	284	29
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Con respecto a la Tabla 28 se observa que el porcentaje más alto corresponde al ítem de satisfecho con el 71%. Este resultado nos presenta una fortaleza por parte del equipo de salud y la comunidad.

TABLA 29. Opinión por parte de las personas encuestadas acerca del horario que ofrece el Hospital Local de Puerto Colombia en el servicio de las E.T.S. Municipio de Puerto Colombia. 1995

HORARIO	POBLACION	%
Si	393	40
No	597	60
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Con los resultados de la Tabla 29 se detecta una gran debilidad por parte del hospital ya que en un alto porcentaje (60%) de la población encuestada manifiesta no estar de acuerdo con el horario de atención.

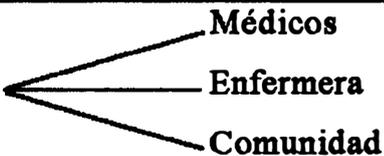
TABLA 30. Opinión por parte de las personas encuestadas para la participación en el diseño de un modelo de E.T.S. Municipio de Puerto Colombia. 1995

PARTICIPACIÓN	POBLACIÓN	%
Si	915	92
No	75	8
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

La Tabla 30 muestra un alto porcentaje (92%) con el cual se nota una gran consistencia por parte de la comunidad encuestada. Si la relacionamos con la Tabla 24 la cual es una oportunidad para la factibilidad y viabilidad del programa.

TABLA 31. Opinión de las personas encuestadas acerca de quienes deben participar en el desarrollo del diseño de la propuesta. Municipio de Puerto Colombia. 1995

PARTICIPANTES	POBLACION	%
Equipo de Salud 	743	75
Líderes Voluntarios	147	15
Alcalde	14	1
Profesores	35	4
Padres de Familia	51	5
TOTALES	990	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la población objeto.

Al analizar la Tabla 31 se encontró que el 75% considero al médico, enfermera, y comunidad como un equipo necesario para la participación en el diseño; resultado que se tendrá en cuenta para la organización del mismo.

4.6 ESTUDIO FINANCIERO Y ECONÓMICO

Los costos del proyecto se han calculado con base en los costos de inversión y los gastos de funcionamiento.

4.6.1 Costos de Inversión:

Al realizar la planeación de los costos de inversión se consideraron los siguientes elementos:

- a) Equipo de oficina con una vida útil de 10 años. Equipos e instrumental.
- b) Equipos de instrumental y elementos de consumo con una vida útil de 1-5 años.
- c) Equipos para promoción y educación (5 años).

Los siguientes costos se obtuvieron a través de cotizaciones en julio de 1995 a las cuales se les hizo la corrección monetaria del 27% anual y así considerar el costo real para el año 1996 (Enero-diciembre)

ELEMENTOS	DETALLES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
a) <u>Equipos de Oficina</u>			
Maquina de escribir	1	600.000	600.000
<u>Muebles y Enseres</u>			
Escritorios	2	150.000	300.000
Archivador	1	200.000	200.000
Sillas giratorias	2	100.000	200.000
Sillas sencillas	6	50.000	300.000
Total			1.600.000
<u>Equipo de Telecomunicación</u>			
Computador	1	1.000.000	1.000.000
Total			1.000.000
b) Material de Consumo			
Isodine Espuma (galón)	5	30.813	154.065
Isodine Solución (galón)	5	30.813	154.065
Hipoclorito de Sodio (litro)	500	700	350.000
Benzal (galón)	8	50.000	400.000
Alcohol	50	1.500	75.000
Formol (galón)	10	30.000	30.000
Algodón (Rollo 450 g.)	20	2.500	50.000
Gasa hospitalaria	10	20.000	200.000
Aplicadores (paquetes x 12)	15	500	7.500
Bajalengua (caja x 1000)	10	6.000	60.000

ELEMENTOS	DETALLES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Vaselina (frasco grande)	4	3.000	12.000
Esparadrapo (caja x 5 rollos)	5	1.000	5.000
Cinta de enmascarar	50	1.000	50.000
Cinta de control	10	5.000	50.000
Tubos de ensayo	300	250	75.060
Lamina porta objeto	10	2.220	22.200
Lamina cubre objeto	10	2.220	22.200
Metanol Industrial	10	1.000	10.000
Reactivo VDRL	1	50.000	50.000
Cultivo Thaller Martín	5	50.000	250.000
Kip Elisa VIH	3	351.100	1.053.300
Acido tricloracético	1	3.000	3.000
Condilon	20	2.000	40.000
Xilocaína Spray	200	5.000	30.000
Despacilina	300	400	80.000
Benzetacil	15	500	150.000
Virex crema	15	20.000	300.000
Virex Tab. (caja)	40	22.000	330.000
Imodium (cajas)	100	2.000	80.000
Suero oral	20	1.750	175.000
Trimetropin sulfa (Fcos. x 100)	30	3.500	70.000
Ketoconazol (caja)	30	6.000	180.000
Micostatin	50	2.500	75.000
Dextrosa al 5% A.D.	50	800	40.000
Equipos de venoclisis macrogotas	30	1.000	50.000

ELEMENTOS	DETALLES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Solución Hantman	30	800	24.000
Solución Salina Normal	50	800	24.000
Venocat #20	50	1.500	75.000
Venocat #22	50	1.500	75.000
Jeringas de 10 c.c.	300	250	75.000
Jeringas de 5 c.c.	800	250	200.000
Guantes desechables	150	300	45.000
Termómetros orales	15	1.000	15.000
Cinta para máquina de escribir eléctrica	15	5.000	75.000
Batas para profesionales	30	14.000	420.000
Sábanas para camilla	10	8.000	80.000
Batas para paciente	10	9.000	90.000
Toallas para mano	10	2.000	20.000
Jabón para manos	40	300	12.000
Fab (Bolsas)	10	1.500	15.000
Baterías Grandes	15	250	3.750
Cartulinas	50	400	20.000
Acetatos	100	300	30.000
Marcadores	25	700	17.500
Papel Periódico	100	100	10.000
Cinta pegante grande	4	1.000	4.000
Bolsas negras	1.000	75	75.000
Bolígrafo	40	250	10.000
Sobres de manila	50	70	3.500

ELEMENTOS	DETALLES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Recetarios	1.000	1.800	1.800.000
Encuesta de Riesgo	2.000	200	4.000.000
Plegables	2.000	300	600.000
Historias Clínicas	2.000	100	200.000
Ficha de Notificación	2.000	100	200.000
			11.125.050
<u>Equipos e Instrumental</u>			
Báscula para adulto	1	100.000	100.000
Pesa bebé	1	150.000	150.000
Electrocauterio	1	500.000	500.000
Equipo de órgano de los sentidos	1	250.000	250.000
Equipo de pequeña cirugía	1	150.000	150.000
Mesa de Mayo	1	100.000	100.000
Vitrina	1	120.000	120.000
Escalerilla	2	100.000	200.000
Camilla	1	200.000	200.000
Biombo	1	100.000	100.000
Camilla ginecológica	1	500.000	500.000
Olla Esterilización OMS	1	250.000	250.000
Silla de Rueda	1	800.000	800.000
			3.420.000
<u>Herramientas de Trabajo</u>			
Atril	1	50.000	50.000

ELEMENTOS	DETALLES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Bandeja de acero inoxidable			
Mediana	1	18.000	18.000
Pequeña	1	17.000	17.000
Grande	1	22.000	22.000
Tachos de acero inoxidable			
Grande	2	22.000	44.000
Mediano	2	20.000	40.000
Pequeño	2	19.000	38.000
Fonendoscopio	2	80.000	160.000
Tensiometro de adulto	1	70.000	70.000
Lampara cuello de cisne	1	70.000	70.000
Especulo Grandes	25	5.000	125.000
Pequeños	25	5.000	125.000
Rifionera de acero inoxidable	2	8.000	16.000
Total			795.000
<u>c) Promoción y Educación</u>			
Televisor	1	800.000	800.000
V.H.S.	1	400.000	400.000
Cámara fotográfica	1	70.000	70.000
Línea telefónica	1	400.000	400.000
Total			1.670.000
Fotocopiadora	1	1.000.000	1.000.000
Retroproyector	1	200.000	200.000

ELEMENTOS	DETALLES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Proyector	1	200.000	200.000
Papelografo	1	30.000	30.000
Total			1.430.000

4.6.2 Gastos de Funcionamiento

Para determinar estos gastos se considero que regirán en Enero-Diciembre 1996.

- Honorarios recursos humanos
- Suministros (Material de consumo)
- Mantenimiento
- Servicios Públicos
- Promoción y educación
- Transporte

y a los cuales se les hizo la corrección monetaria del 27% para determinar así el gasto que correspondería en 1996 (Enero-Diciembre).

4.6.2.1 Personal de Recursos Humanos

Nombre del Cargo	Sueldo mes	Sueldos año	Prestaciones 45%
Medico	700.000	8.400.000	3.780.000
Enfermera	650.000	7.800.000	3.510.000
Psicólogo	400.000	4.800.000	2.160.000
Trab. Social	400.000	4.800.000	2.160.000
Aseadora	180.000	2.160.000	972.000
Celador	200.000	2.400.000	1.080.000
Nutricionista	400.000	4.800.000	2.160.000
		<u>35.160.000</u>	<u>15.822.000</u>
Total Recursos Humanos		(1 año)	50.982.000

4.6.2.2 Gastos de Mantenimiento

Para mantenimiento del bien	V/R mes	V/R año
y equipos _____	300.000	3.600.000

4.6.2.3 Servicios Públicos:

Agua, luz, teléfono, gas	172.000	2.064.000
--------------------------	---------	-----------

4.6.2.4 Transportes:

	N° visitas por mes	Costo por visita	Costo total por año
Movimiento de equipos para salud	4	10.000	480.000

4.6.2.5 Material de consumo y elementos de aseo

V/R mes	V/R año
30.000	360.000

4.6.2.6 Material de promoción y educación

50.000	600.000
--------	---------

Gran Total Gastos de Funcionamiento	→	58.086.000
Ajuste corrección monetaria para 1996. 27%	→	15.683.220
Total	→	73.769.220

4.6.3 Resumen de Costos y Gastos de Inversión

Costos de Inversión para 1 año	→	22.219.768
Gastos de funcionamiento 1 año	→	73.769.220
Total	→	95.988.988

Los costos del proyecto se han analizado y calculado para un año, tomando la corrección monetaria de un 27% anual para 1.996

4.7 FUENTES DE FINANCIACIÓN

De acuerdo con la naturaleza del proyecto y teniendo como base que es una entidad que depende de un presupuesto nacional asignado, se consideró que los costos del proyecto corresponden a un 12% del presupuesto de ingresos. Además la naturaleza del servicio prestado es de atención comunitaria sin remuneración.

Fuentes de Ingresos	Inversión	Gastos
Recursos asignados ____ 100 % Corresponde al 12% del presupuesto departamental	23.15%	76.85%

Total Costos de Inversión:

Elementos de dotación	—————→	11.125.050
Promoción y educación	—————→	1.670.000
Elementos de educación	—————→	1.430.000
Equipos de oficina	—————→	1.600.000
Equipos de Telecomunicaciones	—————→	1.000.000
Herramientas de trabajo	—————→	795.000
Equipos de instrumentación	—————→	3.420.000
Total		21`040.050
		<hr/>
Ajuste corrección monetaria para 1.996. 27%		4.723.888
		<hr/>
Gran Total		25`763.938
		<hr/>

Cuadro de Análisis

Total Costos del Proyecto	Gastos de Funcionamiento	Costos de Inversión
<u>Pesos</u> 95.988.988	<u>Pesos</u> 73.769.220	<u>Pesos</u> 25.763.938
<u>Porcentaje</u> 100%	<u>Porcentaje</u> 76.85%	<u>Porcentaje</u> 23.15%

5. ANÁLISIS DE VIABILIDAD

5.1 IDENTIFICACION DE LOS ACTORES SOCIALES Y AREAS DE INTERES DEL PROYECTO

Al iniciar el proyecto, necesariamente se debe vincular a la comunidad en la concientización y magnitud de su propio problema. Por tal razón el modelo de atención preventivo asistencial para las E.T.S. contiene estrategias y mecanismos de participación⁴ que buscan por una parte, vincular a la gente en la toma de decisiones en torno al problema, y, por otra proporcionarle los medios y herramientas apropiadas para que ella trabaje en la solución de sus problemas.

Los actores sociales identificados en el presente proyecto propuesto para el Hospital Local de Puerto Colombia están constituidos por individuos, organizaciones de bases, entidades oficiales y organizaciones no

⁴ Ley 11 de 1986, Mecanismos de Participación Comunitaria.

gubernamentales (ONG) que tienen algún interés en el proyecto y que de una u otra forma inciden directa e indirectamente en el desarrollo de este en todas las fases de la propuesta: el diagnóstico, formulación, promoción, ejecución, seguimiento y control.

5.2 IDENTIFICACION DEL ESCENARIO DEL PROYECTO

5.2.1 Contexto Histórico

El municipio de Puerto Colombia identificado con el Código Municipal DANE 575 del departamento del Atlántico (Código Dane 08) de acuerdo con la ley 136 de 1.994, esta clasificado en la categoría IV. Fue fundado en el año de 1.888, como parte integral de la provincia de Barranquilla, mediante decreto 19 de junio 24 de 1.905, el poblado fue erigido en distrito, con la agregación de La Playa, y Salgar, y declarado como municipio al año siguiente, a través del decreto ejecutivo número 483 de abril 26 de 1.906

5.2.2 Localización y Aspectos Físicos

El municipio de Puerto Colombia, limita con el Mar Caribe, por el sur con el municipio de Tubará, por el oriente con la ciudad de Barranquilla y por el occidente con el Mar Caribe y el municipio de Tubará.

La cabecera municipal de Puerto Colombia se encuentra ubicada al norte del departamento del Atlántico, siendo su longitud $74^{\circ}58'$ al oeste del meridiano de Greenwich y $11^{\circ}10'$ latitud norte. La cabecera dista de Barranquilla unos 20 kilómetros.

El piso térmico del municipio es cálido constante y está ubicado a unos 12 metros sobre el nivel del mar. La topografía presenta terrenos planos con algunos cerros ubicados hacia el sur en límites jurisdiccional con Tubará. La temperatura promedio es de 20°C .

Su Hidrografía esta conformada por arroyos cuya principal característica es la de acumular sedimentos en su desembocadura y permanecer secos durante la mayor parte del año. Ocasionando inundaciones en los terrenos aledaños, la mayoría de estos arroyos se originan en las escorrentias de las aguas de lluvia de las serranías y colinas localizadas

entre Puerto Colombia y Tubará entre las más importantes están, Cucambito, Bocacaña, Caño Ciego Ostion, Arroyo Grande, El Nisperal estos desembocan en la bahía de Puerto Colombia, otro arroyo de importancia es el “León” formado por el de Granada y el de Galapa.

Cuenta además, con ciénagas de agua dulce como: El Rincón, El Salao, La Playa y Los Manatíes.

5.2.3 Aspectos Demográficos

La población en la cabecera corresponde al 65% el resto pertenece a la zona rural, su densidad es de 255 habitantes por kilometro cuadrado.

5.2.4 División Política

El municipio de Puerto Colombia cuenta con los siguientes corregimientos:

- Salgar
- La Playa

5.2.5 Aspectos Económicos

El porcentaje de población económicamente activa entre los hombres es del 85.8% y entre las mujeres del 41.2%. La actividad que más empleo genera es el turismo, seguido por el comercio. Es importante destacar que gran parte de la población económicamente activa labora en la ciudad de Barranquilla.

En la cabecera del municipio hay un solo establecimiento bancario (Caja Agraria). El comercio se presenta en forma mixta mezclado con la vivienda y está compuesto por establecimientos así:

- Tiendas
- Hoteles
- Restaurantes
- Ferreterías
- Droguerías
- Cantinas
- Kioscos
- Billares
- Graneros.

Las casetas o puestos de ventas playeras que laboran los días festivos, constituyen una connotada actividad comercial. Hay casetas en Puerto Colombia, Salgar y Pradomar. Esta actividad se caracteriza por su anarquía en forma y sitio y se presenta como uno de los más importantes aspectos a tender por parte de las autoridades municipales.

El municipio no tiene muchas actividades agrícolas, las pocas tierras cultivadas son en su mayoría hortalizas, la ganadería es realmente escasa, la actividad pesquera se da a nivel de subsistencia, a pesar que existe en las aguas del Mar Caribe un gran potencial pesquero. Se explotan las calizas, como insumo principal para la industria cementera local, en volúmenes considerables proporcionando una fuente de empleo a obreros residentes en la cabecera municipal. A pesar del gran potencial turístico que ofrecen las Playas del municipio no se tiene una verdadera infraestructura para su desarrollo.

5.2.6 Aspectos Ambientales

Uno de los más serios problemas ambientales del municipio es la deforestación; existen áreas deforestadas dispersas, desde un grado leve hasta las más severas que se observan asociadas a la explotación a cielo

de las calizas. El sitio más cercano de abastecimiento de agua de la cabecera municipal esta a 18 kilómetros.

En el barrio La Rosita se presentan zonas de alto riesgo (barrancos) al igual que en las colinas del Sol.

Hay muchas especies en vías de extinción como iguanas, pájaros, conejos, etc.

La explotación de las canteras se convierte en un generador de agentes contaminantes del aire; se presentan olores desagradables provenientes de la planta de tratamiento de aguas residuales que pueden constituirse en un foco de enfermedades con el consiguiente deterioro de la gestión urbana ambiental.

5.2.7 Acueducto

El municipio cuenta con un acueducto en el sector urbano, con cobertura de redes adecuada a una planta de tratamiento.

Se abastece del Río Magdalena y la capacidad real de producción es de 113 LPS y se prevé un incremento al doble con las nuevas instalaciones.

El sistema de acueducto actual abastece en forma deficiente a la cabecera municipal y sus corregimientos, esta situación se presenta como resultado de las condiciones de operación de la línea de conducción que a lo largo de los 16 kilómetros de conducción le da un suministro a un gran número de usuarios localizados a lo largo de dicho eje, que corresponden a desarrollos derivados de la extensión urbanística de Barranquilla.

Este mismo acueducto presta el servicio para el sector rural de La Playa y Salgar.

5.2.8 Alcantarillado

La cabecera municipal cuenta con un sistema de alcantarillado colectivo bastante deficiente, las redes solo sirven, en la práctica a un 20% de la población, a pesar de que están instaladas para una cobertura del 70%. La disposición final de las aguas servidas se tratan otra vez de una

laguna de estabilización que no se le efectúa un adecuado mantenimiento.

El manejo administrativo del servicio de acueducto es oficial, a cargo del Instituto de Servicios Básicos Municipales.

5.2.9 Aseo Urbano

El servicio de aseo urbano no se presta, ni tampoco el servicio de barrido de calles, ni limpieza de áreas. Los habitantes del municipio se encargan ellos mismos de la eliminación de los residuos o recurren a propietarios de vehículos de tracción animal, los cuales arrojan las basuras en los arroyos, que luego van a parar a las ciénagas o en los baldíos que se encuentran ubicados en el sur del municipio.

5.2.10 Ente Administrativo de los Servicios

El Instituto de Servicios Básicos es una dependencia del sector central de la Administración Municipal con rango de secretaria y tiene a su cargo los servicios de acueducto y alcantarillado. Cuenta con una oficina de recaudadora.

El servicio de acueducto se presta con una planta de personal de 56 funcionarios 49 operativos y 7 administrativos. El alcantarillado se presta con 5 funcionarios del nivel operativo.

5.2.11 Plaza de Mercado

El municipio dispone de una Plaza de mercado localizada dentro del casco urbano, en un aceptable estado de conservación donde funcionan 16 locales para atender el 30% de la población que acude a esta plaza, ya que el resto de la población se surte de graneros, tiendas dispersas en el perímetro urbano y la mayoría adquieren sus productos de consumo en Barranquilla.

5.2.12 Transportes

La localidad cuenta con servicios de transporte de categoría intermunicipal, lo que permite una buena frecuencia de servicio con Barranquilla, la cual es prestada por las empresas: Transportes Costa Azul y Transporte Puerto Colombia.

El servicio de buses urbanos de algunas rutas de Barranquilla cubren al corregimiento y a la urbanización La Playa. Estas rutas hacen su

recorrido en el distrito de Barranquilla, y a través de la antigua carretera Barranquilla-Puerto Colombia hacen su ingreso al corregimiento La Playa.

Las líneas que prestan el servicio son: Uninorte Carrera 54, Caldas Recreo-Granabastos, Prado Lujo, etc.

En razón al reducido tamaño del área urbana, no se presta el servicio público de transporte colectivo.

5.2.13 Vías Urbanas

El tráfico interurbano de bienes y servicios se apoya adecuadamente a través de la autopista Barranquilla Puerto Colombia-Cartagena. Esta vía sirve de acceso al municipio y se prolonga de este o oeste. Por otra parte, cuenta con la antigua carretera, que se prolonga en forma paralela a la autopista, partiendo de la carrera 51B en Barranquilla y terminando en el sitio de Pradomar.

Los servicios comunitarios están bastante integrados a través de la malla vial con la comunidad.

5.2.14 Infraestructura Social

5.2.14.1 Educación

En el municipio existen 10 planteles oficiales con niveles académicos en preescolar, básica ampliada y bachillerato. En el nivel superior, se está adelantando un Programa de Licenciatura en Educación Básica Primaria en convenio con la Universidad del Atlántico-Municipio.

En la zona urbana, existen 7 planteles oficiales: Instituto Técnico Francisco Javier Cisneros Bachillerato Comercial y Nocturno, Colegio Simon Bolívar, Escuela # 1 Mixta, Escuela El Carmen, Escuela Mixta # 2, Club de Leones, Liceo Cervantes por convenio cofinanciado con el municipio.

Por otra parte, se ha producido un notorio incremento en la localización de colegios y otros planteles educativos en el área rural municipal.

5.2.14.2 Salud

En la cabecera municipal, existe un Hospital Local, el cual esta adscrito al Departamento Administrativo de Salud (Dasalud), el que se ha

constituido en un importante centro de prestación de servicios a nivel municipal y regional, atendiendo personas de otras localidades. Se cuenta con dos centros de salud en el corregimiento de Salgar y uno en la Playa.

La infraestructura y el servicio de atención médica odontológica permite cubrir el 60% de la demanda, tanto en el sector urbano como en el rural.

En el área rural, se ofrecen servicios de consulta medica general a 4.650 pacientes por año, consulta pediátrica a 1.860 niños y vacunación a 320 pacientes anualmente.

En la zona urbana, se brinda consulta médica general a 10.850 pacientes cada año y en el mismo lapso consulta de odontología a 3.600 pacientes; consulta pediátrica a 4.340 niños, vacunación a 5.000 pacientes y servicio de laboratorio a 5.650 pacientes.

Se cuenta con los siguientes recursos humanos en el área rural: 2 Médicos Generales, 2 Odontólogos, 2 Auxiliares de Enfermería, 2 Promotoras de Salud y 4 funcionarios en el área administrativa.

En el sector urbano se cuenta con 4 Médicos Generales, 1 Enfermera, 1 Odontólogo, 6 Auxiliares de Enfermería, 1 Nutricionista, 2 Bacteriólogos, 1 Promotor de Saneamiento, 2 Promotoras de Salud y 10 funcionarios en el área administrativa.

Se prestan servicios de urgencia las 24 horas del día, pequeñas cirugías, maternidad, medicina general, pediatría, control prenatal, crecimiento y desarrollo, planificación familiar, nebulizaciones, hidratación parenteral y oral, atención integral a menores de 7 años.

5.2.14.3 Vivienda

El municipio carece de un organismo a nivel municipal que coadyuve al mejoramiento y construcción de viviendas.

5.2.14.4 Cultura, Recreación y Deporte

En lo cultural, el municipio solo cuenta con una biblioteca central localizada en la cabecera municipal, existe una Banda de Paz conformada por 150 estudiantes de los diferentes planteles educativos, cuenta con una Casa de la Cultura Municipal, localizada en el parque central Francisco Javier Cisneros.

El municipio cuenta con organizaciones comunitarias como: La asociación de Viejos Cheveres; La Asociación de Artesanos; La Junta Municipal de Deportes; La Sociedad de Choferes y Cobradores; Las Juntas Comunales; Las Sociedades de Padres de Familia de los diferentes planteles educativos; Los Grupos Juveniles que realizan algunas actividades deportivas y culturales, Comités de Participación Comunitaria y la Sociedad de Caseteros.

Las actividades deportivas y recreacionales se prestan en las instalaciones deportivas y canchas que se encuentran en un regular estado. Cuentan con la Cancha General Santander para la practica de fútbol, 2 canchas utilizadas para microfútbol y basquet localizadas en el barrio La Rosita y el Parque Lázaro Bravo Maury.

5.3 IDENTIFICACION DE LAS FORTALEZAS DEL PROYECTO

Dentro de las fortalezas que posee el proyecto se pueden mencionar:

Físicos: Se cuentan con una infraestructura propia la cual se encuentra remodelada.

- Insumos:** Dotación en un 90% para la atención a la población.
Además, posee asignación presupuestal para la compra de suministros.
Cuenta con una planta de personal interdisciplinaria y capacitado para la atención de estas patologías.
- Servicios:** La institución presta una diversidad de servicios de salud en atención primaria los cuales, son conocidos por la población en un alto porcentaje.
- Tecnológicas:** Puede adelantar proyectos de financiación para la modernización de sus equipos con Fundación Inversión Social (FIS).
- Mercado** : Cuenta con una demanda potencial de usuarios y de I.P.S.
- Institucional:** Posee la capacidad económica para la promoción de los servicios que presta el hospital.

5.4 PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

Al avanzar el país de una democracia representativa a una democracia participativa, en la cual la acción del estado se fundamenta en los planes de desarrollo elaborados por cada una de las entidades territoriales y construidos a partir del estudio y la comprensión de los diversos fenómenos que afectan negativamente la convivencia social y desarrollo comunitario en cada región del país, la participación comunitaria se convierte en elemento fundamental de planes y programas nacionales.

En el presente proyecto, la participación real y permanente de la comunidad es indispensable, desde la etapa de diagnóstico de su propia realidad, hasta el control, seguimiento y la evaluación del trabajo que se está haciendo. La participación comunitaria en el Modelo de Atención Preventivo Asistencial para las E.T.S. es entendida, además, como un derecho y un proceso social que actúa sobre la vida colectiva. El principio de movilización social busca precisamente promover y fortalecer la organización y movilización de las comunidades; capacitarlas para posibilitar el diálogo y la concertación con el Estado, elaborar propuestas de desarrollo; crear espacios de participación y

comunicación permanente que fortalezcan su autonomía y capacidad de decisión⁵.

⁵ Servicios Sociales Básicos en Colombia. UNICEF. Oficina Área para Colombia y Venezuela. Santafé de Bogotá 1993. Pag. 28.

6. MODELO DEL DISEÑO DE EJECUCION

El diseño escogido para la operativización del proyecto es el administrativo participativo. La participación comunitaria es un requisito para la exitosa planeación y ejecución del proyecto y constituye un derecho de los habitantes del barrio, la comuna o el municipio como gestores de su desarrollo.

La participación comunitaria no solo constituye una necesidad sino un derecho fundamental en el desarrollo y realización del ser humano⁶ su ejercicio le permite a la población apropiarse de los proyectos al hacer conciencia de los beneficios que les reporta.

Se debe, en consecuencia, facilitar la integración de las propuestas técnicas con las de la comunidad.

⁶ UNICEF: Servicios Sociales Básicos Santafe de Bogotá. 1993

Dentro del Modelo de Atención Preventivo Asistencial para las E.T.S. se requiere para lograr la participación comunitaria, promover, fortalecer, capacitar y movilizar las organizaciones de la comunidad para que puedan dialogar y concertar con el Estado sin prevenciones ni temores. Para propiciar estas cercanías se crearan instancias de diálogos y reflexión entre el Estado y la sociedad civil e impulsar procesos de descentralización que optimicen la gestión y el uso de recursos en espacios locales.

Las instituciones también deberán asumir una actitud participativa que les permita “aprender de la gente”⁷, sin eludir los conflictos, sino asumiéndolos como factor indispensable en la construcción del consenso.

6.1 MARCO TEORICO DEL MODELO ADMINISTRATIVO PARTICIPATIVO

Desde los orígenes escuela humanista Elton Mayo intuyó la importancia de la participación . Ronsis Lickert tomó la participación como eje de un sistema administrativo que ahora se denomina Administración

⁷ Opcit

Participativa (A.P.). Se entiende por participación la intervención de las personas en la toma de decisiones, la solución de problemas y el otorgamiento de oportunidad para influir sobre las necesidades de la empresa.

La participación se puede clasificar:

- 1. Formal o Informal.** Aquí se emplea como criterio el grado de legitimación de la participación otorgada. La participación es formal cuando se sujeta a reglas o acuerdos, e informal cuando no se fija estatutariamente sino por espontaneidad en la interacción humana.
- 2. Directa o Indirecta.** En este sentido se toma como criterio de clasificación el carácter mediado de la participación. Cuando el individuo accede inmediatamente a la toma de decisiones, hay participación directa, pero si la inclusión es por intermedio de otro, la participación es indirecta o participativa.

El tipo de participación plena es la participación por inclusión total en ella se puede llegar a decisiones por la mayoría, consenso o paridad; pero siempre lleva implicado un proceso de toma de decisiones y una dinámica de grupos.

El sistema de administración participativa plena requiere que la participación se implante de manera formal, con una implicación integral del personal de la compañía alrededor de sus respectivas tareas, y tiene características muy diferentes de las de los diseños ordinarios. En la administración participativa aparecen componentes básicos: la participación y los grupos . la diferencia solo se nota en la forma que adopta la carta organizacional. En una ordinaria, las relaciones son de carácter unipersonal, en la participativa hay comunicación lateral, realizada en cada grupo, los cuales son representados por triángulos, y también hay comunicación vertical en doble sentido, la cual se realiza mediante los enlaces: los líderes de cada grupo, quienes realizan un proceso de retroalimentación y se representan por círculos en el vértice superior de cada triángulo.

El diseño participativo posee un lado positivo que procede del efecto que tiene la inclusión del personal sobre la productividad. En primer lugar, la gente puede satisfacer fácilmente sus necesidades psicosociales a través de la comunicación con los demás (amistad y afirmación personal por ejemplo), lo cual aumenta el nivel motivacional; en segundo lugar, la participación crea en la persona una especie de

compromiso que reemplaza la autoridad formal de la empresa. Finalmente a través de este tipo de gestión se puede canalizar la iniciativa del personal, lo que permite obtener valiosos aportes.

La administración participativa ha tomado mucho auge en la administración moderna. Todas las formaciones administrativas de actualidad se basan en ella. Sin embargo desde el punto de vista práctico, la administración participativa plantea algunos inconvenientes entre algunos analizados se encuentran: la cultura organizacional de la empresa, los individuos problemáticos, la falta de deseo por parte de los subordinados, la escasez de experiencia técnica y una deficiente capacidad decisoria, son algunos ejemplos de factores que dificultan el establecimiento de un Sistema de Administración Participativa.

La Participación en las Formaciones Administrativas

Formaciones Administrativas	Características Participativas
Administración por objetivos	Discusión y evaluación de objetivos
Gestión de calidad total	Grupos de mejoramiento y círculos de calidad
Gerencia innovadora	Grupos innovadores ("Task team")
Gerencia de servicio	Círculos de servicio
Gerencia de velocidad	Grupos de análisis de procesos y procedimientos y grupos autónomos

La participación en las empresas colombianas ha sido objeto de preocupación para los investigadores en el área administrativa. En un estudio desarrollado por la ANDI en 1.975 se trató de analizar la problemática de la participación de nuestro país. En dicho trabajo se concluye que en diversas empresas colombianas (Bavaria, La Rosa, América Pipe, Thomas de la Rue, Banco Popular, Tejicóndor, Fruco, Conalvidrios, Andina, Avianca y Tejidos de Lana Omnes) se presentan algunas formas de participación, específicamente en bienestar social (manejo de restaurantes, servicio de salud y guarderías), y en el campo de las relaciones laborales (sanciones, despidos, etc.). De acuerdo con tal estudio se puede decir que la participación en Colombia en unos años

era indirecta, informal, de poco acceso y en decisiones de poca trascendencia empresarial.

Tal nivel tan reducido de participación tenía como causa fundamental las tirantes relaciones obrero-patronales, que creaban en los empresarios un clima de desconfianza, y en el sector laboral temor a que la inclusión le creara compromiso. De un análisis de los pliegos de peticiones se coligió que el trabajador exigía participación en bienestar y en relaciones laborales, pero no estaba dispuesto a compartir el desenvolvimiento de las operaciones de la firma. Por otra parte, la mentalidad de nuestros empresarios imponía un freno a la participación: la cultura administrativa estaba infestada de autoritarismo (rabioso o benevolente).

Sin embargo, en Colombia se han realizado varios ensayos de implantación de sistemas organizacionales participativos. Un caso, ya lejano en el tiempo, fue el experimento del cogobierno que se hizo en las universidades Nacional y de Antioquía, algo similar a lo que se aplica en las empresas alemanas (cogestión), donde se sientan en los consejos de supervisión igual número de obreros y patronos. O'Connor también

presenta casos de empresas colombianas que tienden hacia este tipo de sistemas administrativos.

Más recientemente, sobre todo a raíz de la amplia difusión que se le dio a la teoría y los círculos de calidad, algunas empresas nuestras están experimentando con la administración participativa compañías como Carvajal, Zenú, Fabricato, Banco de Occidente, Enka y Simesa para citar unas pocas han aplicado exitosamente formas participativas.

6.2 DEFINICIÓN DE SUPUESTOS METODOLOGICOS

Dentro del proceso de modernización de la sociedad colombiana el Estado se ha ido transformando para estar más acorde con las realidades del país y con la necesidad de contar con el respaldo de la ciudadanía. Las nuevas tendencias jurídicas, políticas y económicas giran en torno a la garantía de los derechos individuales y colectivos destacando la importancia que tienen los sectores vulnerables de la comunidad.

Es a nivel municipal donde incide más este cambio de mentalidad que transfiere parte importante del poder central a las administraciones

regionales y locales⁸. La autonomía municipal facilita una mayor liberalidad en la toma de decisiones y en el manejo de recursos, creando el marco propicio para que el respaldo político se consolide.

La apertura democrática consagrada en la reciente constitución establece importantes posibilidades de participación ciudadana (el plebiscito, el referendo, la consulta popular, el cabildo abierto, la iniciativa legislativa y la revocatoria del mandato⁹, junto con la elección popular de alcaldes, la creación de juntas administradoras locales (JAC), el fortalecimiento de los fiscos municipales y la transferencia de funciones y recursos del nivel central al local. Todo lo anterior propicia las condiciones favorables para obtener el respaldo comunitario que se requiere para la presente propuesta.

La propuesta se sustenta sobre los siguientes.

⁸ Ley 10 del 90

⁹ Constitución Política de Colombia 1991.

6.2.1 Principios:

6.2.1.1 Humanización.

El propósito fundamental es la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales como es la salud en particular a toda la población a riesgo, con esto se pretende lograr una visión global del hombre que en consecuencia exige soluciones integrales donde el desarrollo de la comunidad sea un compromiso de todos: El estado, las organizaciones internacionales, los organismos no gubernamentales, ONG, agremiaciones e instituciones, pero fundamentalmente las comunidades a quienes se pretende beneficiar, haciéndolas copartícipes de los procesos de desarrollo social.

6.2.1.2 Integridad.

La filosofía de la propuesta se ha definido como integral y simultánea, para enfrentar las dificultades por los distintos ángulos donde surgen.

La propuesta debe ser integral frente a las desigualdades y debe hacerse en forma no escalonada ni despaciosamente, sino en conjunto y con

urgencia; pero no apresuradamente, respetando los tiempos propios del proceso.

Necesariamente la propuesta solo se logrará llevarla a cabo haciendo acciones coherentes con un criterio de planificación participativa que posibilite la formulación concertada del programa, vinculando según sus competencias y capacidad de gestión a las instituciones con la comunidad.

6.2.1.3 Interinstitucionalidad.

Propiciar concertación entre el Estado y la comunidad, una relación solidaria que facilite los procesos de dialogo, participación, capacitación y organización de los sectores populares. Para ello es necesario fortalecer las organizaciones comunitarias existentes, y propiciar la creación de otras para que la población participe activamente en la búsqueda de soluciones.

6.2.1.4 Participación.

Si no existe un respaldo formal y real de las autoridades o funcionarios que deben ejecutar la propuesta, todo programa fracasa. De aquí la

importancia de convencerlos de esta metodología y motivarlos para que asuman el problema como un asunto de importancia social que no admite postergaciones.

La decisión política de apoyar y ejecutar la propuesta implica que la administración municipal la incluyan como objetivo prioritario de su gestión y se comprometa a colaborar aportando los recursos humanos, financieros y logísticos indispensables. El respaldo político, el técnico y la comunidad son los niveles que deben articularse para garantizar el éxito de esta propuesta.

6.3 DEFINICIÓN DE LAS POLÍTICAS DE EJECUCIÓN

La propuesta implica nuevas practicas metodológicas, que persigue modificar el modo de pensar y de actuar de instituciones y personas, tiene sus propios tiempos y una dinámica consecuente con ellos.

I. FASE PREPARATORIA

En esta fase se hará la concertación con las instituciones que correspondan (DASALUD, ALCALDIA), con lo referente a los recursos

humanos, logísticos, físicos y materiales para el desarrollo del programa.

Paralelamente se llevará a cabo el conocimiento sobre lo cual vamos a actuar en términos socioeconómicos, culturales, diagnóstico institucional y comunitario.

II. FASE

Creación de Espacios de Participación

Se identificará y definirá un lugar donde converjan los diferentes actores sociales, debe ser en la zona de intervención para planificar de común acuerdo las estrategias y acciones por emprender, se definirán los métodos de evaluación y recurso con que se cuenta para esto. (Estos espacios se denominaran comités operativos).

Después de la elaboración de los diferentes diagnósticos se establecerán las prioridades para la ejecución, se identificarán y definirán los recursos físicos, financieros y potencial humano con que contará el proyecto.

III. FASE

Planificación y programación

- Realización de diagnóstico.
- Establecer prioridades para la ejecución.
- Identificar recursos físicos, financieros y potencial humano.
- Determinar compromisos y responsabilidades de los actores sociales participantes (cronograma).
- Definir mecanismos de seguimiento y evaluación.
- Talleres (de diálogo y concertación).
- Elaboración de un plan de desarrollo local.

IV. FASE

Ejecución del proyecto

Esta ejecución se concibe como una empresa colectiva y solidaria donde los participantes (entidades públicas y privadas y la comunidad) asuman las responsabilidades de los compromisos adquiridos en los plazos y términos previstos; todas las acciones deben emprenderse en conjunto con sentido de colaboración y no de competencia.

V. FASE

Monitoreo, Seguimiento y Evaluación.

6.3.1 Estrategias

Las estrategias planteadas son las siguientes

6.3.1.1 Promoción de la Salud Sexual

A través de esta estrategia se promoverán en el individuo, la familia y la comunidad, valores de solidaridad y convivencia social, de respeto por si mismo y por los demás, al tiempo que se fortalecerán las acciones encaminadas a lograr la participación de la comunidad en torno a la necesidad de actuar ante la diseminación de las E.T.S. en especial el V.I.H.

La promoción de la salud busca el bienestar de las comunidades y los individuos reforzando el concepto de salud como valor; también involucra el fortalecimiento de actitudes y comportamientos acorde con una sexualidad sana y responsable.

6.3.1.2 Prevención de la Transmisión por Vía Sexual

Los datos de la información epidemiológica muestran que la transmisión sexual es el mecanismo predominante de la transmisión del VIH. Por consiguiente, especial énfasis será puesto en actividades educativas orientada a desarrollar el individuo y la comunidad actitudes y valores que les permitan asumir responsable y placenteramente la vivencia plena de su sexualidad, expresado esto en términos de comportamiento que alejan a la persona del riesgo de infectarse. Se aspira con ello a reducir las tasas de transmisión sexual de las ETS/VIH/SIDA. La prevención y el control de la transmisión por vía sexual parte de la consideración de que todo ser humano con vida sexual activa tiene la posibilidad de adquirir la infección.

Por el -VIH- y otras -ETS-. Con base en lo anterior, la estrategia de prevención estará dirigida a propiciar en los individuos heterosexuales y homosexuales, la comprensión de todos los aspectos relacionados con las prácticas sexuales de alto, mediano y bajo riesgo.

6.3.1.3 Prevención de la Transmisión por Vía Perinatal

De acuerdo con la información epidemiológica que existe en el país, se hace evidente un rápido incremento de esta forma de transmisión, sugiriendo un cambio en la relación hombre/mujer infectados, con el consecuente incremento en la transmisión heterosexual. Se busca entonces fomentar la toma de conciencia ante este medio de transmisión, educar a futuros padres y madres sobre las implicaciones de un embarazo en caso de ser portador del -VIH-, prestando asesoría con relación a las pruebas de detección antes del embarazo y a la anticoncepción en mujeres portadoras del VIH.

6.3.1.4 Prevención de la Transmisión por Vía Sanguínea, Hemoderivados, Transplante de Organos o Durante Procedimientos Invasivos Incluyendo el Uso de Jeringas y Agujas

La transmisión del Virus de Inmundeficiencia Humana -VIH-, por sangre y hemoderivados, es la forma más efectiva de transmisión. Sin embargo, esta forma de transmisión se puede documentar en menos del 3% del total de los casos de la epidemia mundial actual. En Colombia actualmente menos del 2% de los casos confirmados de infección por -VIH- tienen antecedentes de hemotransfusión.

Este mecanismo de transmisión se puede intervenir con éxito a través del fomento y la promoción de las diferentes alternativas de donación, el fomento de la autoexclusión de los donantes de riesgo, una mejor selección de los donantes y una optimización de los procesos que excluyen las unidades contaminadas para transfusión. Los resultados de esta intervención se pueden medir a través del seguimiento de la incidencia/prevalencia de donantes de riesgo y positivo excluidos.

Es necesario implementar un programa de racionalización del uso de la sangre y hemoderivados empezando por incluir en el curriculum académico, la cátedra de medicina de la transfusión.

Hay otras formas de transmisión percutánea del -VIH- y agentes similares, sobre los cuales también hay que intervenir. Este es el caso de los accidentes por cortadas, inyecciones y otros accidentes de instrumentos cortantes y punzantes que pueden tener que ver o no con las prácticas médica (Acupuntura, terapia neural, tatuajes).

La drogadicción intravenosa ha sido un mecanismo muy importante de transmisión del -VIH- y agentes similares en países como los Estados Unidos y algunos europeos. Por información disponible, no parece ser

muy significativa en Colombia; sin embargo, debería alertarse a la población sobre este riesgo y ejercer acciones de prevención para controlarla¹⁰.

¹⁰ Ministerio de Salud. OPS. Programa Nacional de Prevención y Control del Sida. Bogotá, enero 1994. Pág. 6-13.

7. DISEÑO DEL PLAN DE EJECUCION

Para el diseño del plan de ejecución se elaboró una matriz de asignación de responsabilidades la cual servirá de guía para la evaluación de los objetivos trazados como son:

Proponer un modelo de atención, preventivo asistencial con participación comunitaria para la prevención y control de las E.T.S.

En el municipio de Puerto Colombia con un costo de \$ 95.988.988 millones de pesos para beneficiar a una población de 15.427 habitantes.

Como objetivos específicos se trazaron:

- Lograr la aprobación del presente proyecto por las autoridades competentes.
- Lograr conformar un grupo interdisciplinario conforme lo exige el proyecto.

- **Lograr que la comunidad en general conozcan y apliquen las medidas preventivas para las E.T.S.**
- **Promover que la comunidad sea gestor en la prevención de las E.T.S.**
- **Capacitar de acuerdo a las necesidades a las instituciones y a la comunidad.**

7.1 DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE EJECUCION

- **Presentación de el proyecto ante las autoridades que corresponda para su aprobación.**
- **Comprobar la aprobación.**
- **Promoción del proyecto.**
- **Inducción del equipo de salud.**
- **Creación de un comité interinstitucional.**
- **Creación de un grupo gestor del proyecto.**
- **Motivar a la comunidad para la participación del proyecto.**
- **Implementar talleres de concertación y capacitación.**

8. ESTUDIO ORGANIZATIVO

Es conveniente señalar que la organización del proyecto está directamente relacionado con las disposiciones legales establecidas por el Ministerio de Salud.

La estructura del proyecto está representada gráficamente con la Alcaldía Municipal, en el que se expresa la relación de autoridad y el Departamento Administrativo de Salud (DASALUD) de asesor.

Para la selección del tipo de organización se escogió el de tipo participativo donde el grupo gestor goza del concurso del representante de la Alcaldía Municipal, del Departamento Administrativo de Salud, de la comunidad y del equipo de salud.

8.1 EXPLICACION DE LA CARTA ORGANIZACIONAL

Para efectos de la organización interna del proyecto dentro del hospital, se ha definido que los órganos de carácter decisorio son:

Grupo Gestor:

Representado por:

- Delegado del Alcalde (como representante del estado).
- Director del Hospital (como representante de DASALUD).
- Representantes de la comunidad organizada.
- Representantes del equipo de salud.

8.2 ORGANISMOS DE CARÁCTER ASESOR

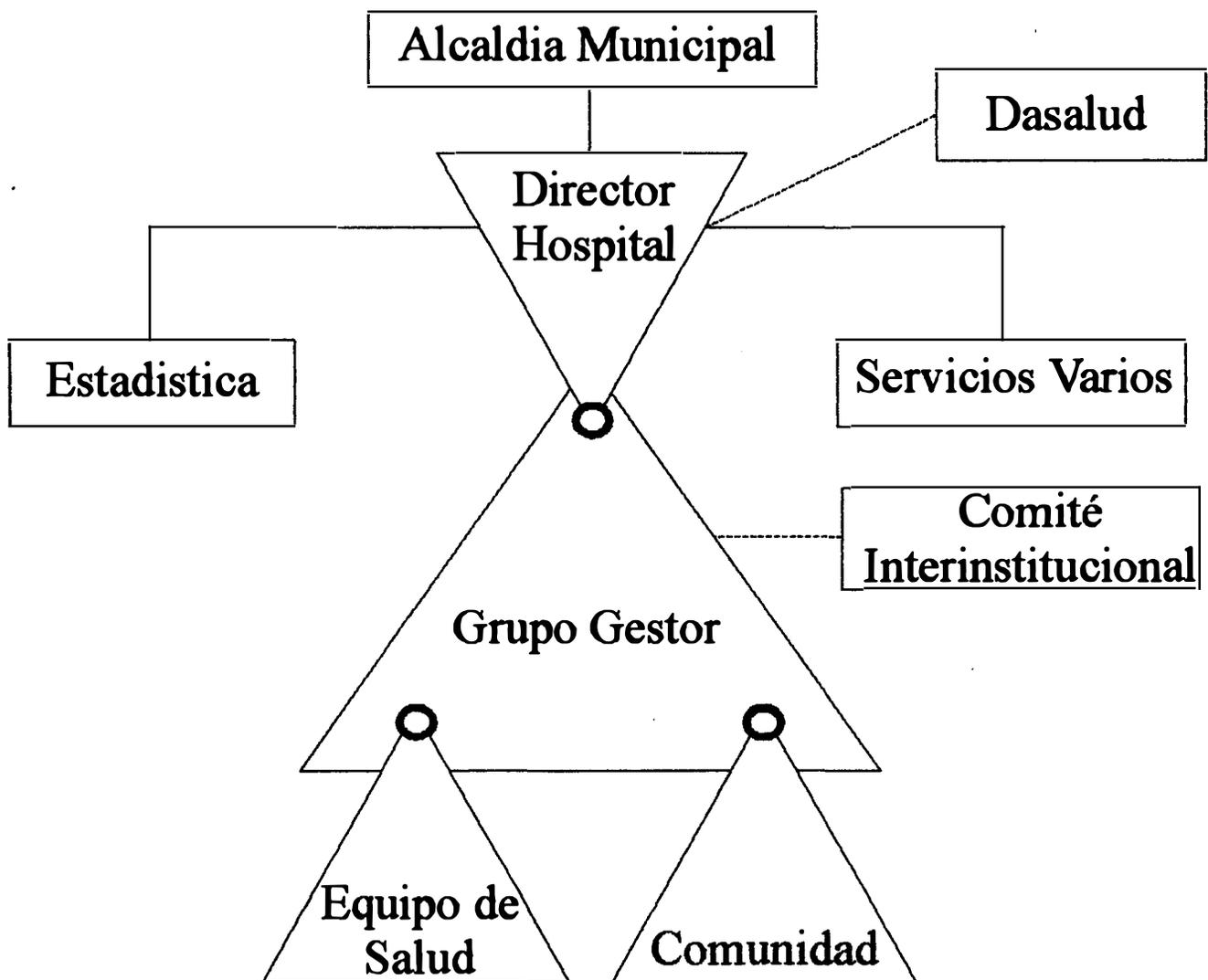
- Departamento Administrativo de Salud (Dasalud).
- Comité Interinstitucional.

8.3 ORGANO OPERATIVO

- Todo el equipo de salud.

- Comunidades organizadas.
- Todo el recurso complementario: auxiliares de estadística, celadores, conductores, aseadores y oficios varios.

8.4 CARTA ORGANIZACIONAL



8.5 NORMAS TECNICAS

Las actividades extramurales de información, promoción de la salud y educación, en relación a las E.T.S. deben ser desarrolladas en coordinación interinstitucional e intersectorial, a diferentes niveles.

- Las actividades de vigilancia epidemiológica deben ser ejecutadas en todas las E.T.S.**

- La atención de las personas expuestas a mayor riesgos de contraer las E.T.S. y las ya diagnosticadas, se ha de realizar por un equipo interdisciplinario de salud en el cual se requiere un profesional entrenado en consejería y apoyo emocional.**

- Al paciente con una E.T.S. se le ha de considerar como una unidad integral, por lo tanto, a parte de su problema específico, puede presentar otros problemas de salud que requieren un manejo y resolución adecuado y oportuno.**

- La atención de trabajadoras sexuales debe darse de igual manera que a los demás usuarios del organismo de salud; sin asignar días ni horarios específicos.

- La captación se hará a través de la demanda espontánea. La búsqueda activa de casos, mediante la toma de exámenes de laboratorio y estará dirigido a: obstétricas independientes que ingresen o no al control prenatal; los usuarios de planificación familiar; los recién nacidos cuyas madres no se realizaron control prenatal o presentaron una E.T.S. durante el embarazo; y los donantes de sangre, hemoderivados y otros tejidos de órganos.

El diagnóstico de las E.T.S. se establece con base en los criterios epidemiológicos, clínico y de laboratorio.

Criterio epidemiológico: Orientan al diagnóstico los siguientes aspectos:

- Ser contacto sexual de un caso confirmado o no de una E.T.S.
- El período de incubación, el cual debe establecerse en cada patología.

- **Antecedentes personales especialmente los relacionados con hábitos sexuales.**
- **Antecedentes de E.T.S. (Tipo de patología y tratamiento).**

Criterio clínico: Está basado en una adecuada anamnesis y una completa revisión por sistemas, los cuales permitirán determinar:

- **Motivo de consulta en forma clara y concisa.**
- **Enfermedad actual: Inicio de síntomas, evolución hasta el momento de la consulta, tipo de exámenes y tratamientos previos.**
- **Cuadro clínico: Realizar una sesión por sistema, enfatizando en sitios que pueden estar comprometidos de acuerdo a los hábitos y prácticas sexuales del paciente. Deben describirse en forma concreta las características de las secreciones uretrales, vaginales, oculares, anorectales, especificando cantidad (escasa, moderada, abundante), color (transparente, blanquecino, amarillo, gris, otras), consistencia (filamentosa, acuosa, grumosa, purulenta); olor (fétido no fétido); además características de lesiones genitales y extra genitales, especificando cantidad, localización, tamaño, aspecto (limpio, sucio), dolorosas o no. Iguales consideraciones deben tenerse presentes con las adenopatias y otros hallazgos.**

En todo paciente con sospecha de E.T.S., el examen físico debe incluir la especuloscopia vaginal.

Criterios de Laboratorio: Debe realizarse confirmación de diagnóstico con los exámenes disponibles, en caso contrario se enviarán al laboratorio de referencia (Hospital Universitario Barranquilla), para su confirmación.

- En caso que el diagnóstico no pueda corroborarse, con exámenes de laboratorio, se considerará la aplicación de tratamiento según los esquemas normalizados por el Ministerio de Salud para cada patología y a bajo costo.
- Preferiblemente debe ser aplicado en el organismo de salud. Con el fin de respetar el derecho del paciente a tratarse por fuera de la institución se hará entrega de la fórmula con la correspondiente prescripción terapéutica.
- Se impartirá información al paciente sobre aspectos generales de las E.T.S. y su prevención. Se le motivará sobre la necesidad de comunicar a sus contactos sexuales para que asistan a la consulta médica y de la importancia de continuar en el control y seguimiento.

- Los controles post-tratamiento (evaluación médica y exámenes de laboratorio), deben realizarse a bajo costo; de igual manera la atención de los contactos.
- Se considera contacto a toda persona con o sin evidencia de la enfermedad, pero que por haber tenido relaciones sexuales con un caso sintomático o asintomático de E.T.S. debe considerarse un caso potencial o de alto riesgo epidemiológico.
- La atención al contacto se realizará mediante la consulta médica y la toma de muestras para examen de laboratorio.
- A todo paciente que se sospeche de una E.T.S. se le hará al ingreso su consulta de prueba al igual que a los contactos.
- Se garantizará la confidencialidad al paciente teniendo en cuenta el decreto 559.
- A todo paciente con E.T.S. se le debe ordenar VDRL.

8.6 FUNCIONES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

8.6.1 Medico:

- **Dar atención integral al paciente sobre las E.T.S. en especial la del virus del V.I.H. en el momento de la consulta, resaltando la importancia del autocuidado, de la asistencia a los controles y del estudio de sus contactos.**
- **Efectuar diagnóstico, ordenar tratamiento y hacer evaluación post-tratamiento de acuerdo a las normas establecidas.**
- **Diligenciar oportuna y adecuadamente el registro de: Historia clínica, ordenes de laboratorio para diagnostico y control, tarjeta individual de tratamiento y seguimiento, fichas clínicas epidemiologicas. SIS-1.**
- **Diligenciar en coordinación con el personal los consolidados de actividades del programa.**
- **Referir al paciente que ha sido diagnosticado y tratado en organismos de salud diferente al correspondiente a su residencia, para el control y seguimiento, si él así lo desea. (La nota remisaria debe ir en sobre cerrado.)**

- Participar en la capacitación periódica de las partes, en los aspectos clínicos, epidemiológicos-preventivos de las E.T.S.
- Participar en la capacitación de auxiliares de enfermería y promotoras de salud, líderes comunitarios, organizaciones de base, en aspectos de prevención y vigilancia epidemiológica de las E.T.S.
- Participar en las actividades de asesoría y consejería a los pacientes con E.T.S. o a las personas con más alto riesgo de adquirirlas.
- Participar en las actividades epidemiológicas de campo.
- Hacer revisión de los registros del programa para que sean llevados correctamente.

8.6.2 Enfermera:

- Aplicar y hacer cumplir las normas del componente, en el personal auxiliar de enfermería y promotor de salud.
- Participar en la capacitación, educación continua de auxiliares de enfermería, promotoras de salud, organizaciones de bases, líderes comunitarios en salud, en aspectos de prevención y vigilancia epidemiológica de las E.T.S.
- Participar en las actividades de asesoría y consejería a los pacientes con E.T.S. o a las personas con más alto riesgo de adquirirlas.

- Participar en las actividades epidemiológicas de campo.
- Hacer revisión de los registros del programa para que sean llevadas correctamente.
- Participar en el análisis de la información.
- Participar activamente en los comités de vigilancia.
- Coordinar reuniones periódicas con los grupos comunitarios.

8.6.3 Bacteriólogo(A):

- Aplicar y hacer cumplir las normas del componente en el personal auxiliar de laboratorio.
- Tomar las muestras para los diferentes exámenes y/o delegar esta actividad, previa capacitación y con asesoría permanente, al personal auxiliar de laboratorio.
- Procesar muestras en la unidad local o de otras unidades de su área.
- Elaborar e informar de manera oportuna al profesional responsable el resultado de los exámenes.
- Garantizar que no se filtre en la comunidad intra extra hospitalaria la información sobre los casos positivos de E.T.S. diagnosticados en el laboratorio.
- Elaborar los registros y analizar epidemiológicamente la información.

- **Hacer solicitud de suministros en forma oportuna y racional.**
- **Remitir las muestras que deban ser sometidas a control de calidad, al respectivo laboratorio de referencia.**
- **Analizar los informes de control de calidad y ejecutar acciones correctivas en dichos análisis.**

9. NORMAS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA DE RIESGO

Antes de entregar la encuesta al consultante debe permitirse expresar el motivo de realizarse el examen, cual es la mayor preocupación y estimar si realmente existe una indicación médica o epidemiológica que amerite la prueba, la cual debe ser llenada en un tiempo de 15 minutos.

Paralelo al diligenciamiento se evaluará que sabe el consultante sobre la prueba solicitada.

El profesional de salud deberá responder a las necesidades de información del consultante sobre este aspecto, procurando modificar ideas erróneas y reforzar conceptos acertados.

El profesional en salud explicará al consultante las condiciones para la toma de la muestra; y sobre la interpretación de los posibles resultados de laboratorio.

Además informará sobre las posibles consecuencias personales, psicológicas, jurídicas y sociales de un resultado positivo, evaluando el impacto que éste ocasione en el consultante.

Los resultados serán entregados por la persona que realizo la encuesta de riesgo; si esto no es posible lo hará otro integrante del equipo.

Todo resultado positivo o negativo será entregado personalmente en sesión individual que garantice la confidencialidad del consultante.

9.1 POBLACION A QUIEN VA DIRIGIDA LA ENCUESTA DE RIESGO

1. Individuos voluntarios que deciden hacerse la prueba.
2. Individuos con criterios epidemiológicos o clínicos definidos por el profesional de salud.

3. **Persona que por cualquier razón decidan realizarse la prueba para VIH.**
4. **Trabajadores de la salud que hayan tenido accidente laboral.**
5. **Individuos drogadictos, alcohólicos, promiscuos que deseen realizarse la prueba.**

10. DISEÑO DEL SISTEMA DE CONTROL, MONITOREO Y EVALUACION

10.1 CONTROL

El sistema de control se basa en la búsqueda de la efectividad en las acciones realizadas por el equipo. Para el siguiente proyecto se tendrá en cuenta:

- El Proceso
- El Producto

La aplicación del control es responsabilidad del grupo gestor.

10.1.1 Control del Proceso

- Método: Se estudiará cada caso en particular por el equipo de salud y coordinado por el médico director.

- Lo consignado en la historia Clínica será sustentado técnica y científicamente por el o los profesionales responsables.
- Seguidamente se discutirá el caso mediante argumentación científica o técnica de los participantes. Finalmente se concluirá y se darán las recomendaciones pertinentes.

10.1.2 Control del Producto

Metodología: Se utilizarán los informes obtenidos de la familia y pacientes referente a:

- Relación equipo-pacientes-familia.
- Cumplimiento de citas domiciliarias.
- Cumplimiento de citas institucionales.
- Efectividad del tratamiento medicamentoso y recomendaciones.
- Evaluación del paciente.
- Relación paciente-familia.
- Revisión de la historia clínica.
- Cumplimiento de horarios (Equipo de salud).
- Cumplimiento de las acciones programadas.
- Diligenciamiento correcto de la historia clínica y registros.

10.2 MONITORIA

La monitoria ha sido reconocida como un requisito para asegurar la buena marcha de los programas. Sin embargo, también ha sido tildada en repetidas ocasiones de ser uno de los obstáculos principales para el cumplimiento de metas.

Las causas de la inexistencia o del deficiente monitoreo de los programas son muchas, siendo la precaria capacitación de las personas que la realizan, una de las principales.

A continuación se presenta en forma sencilla y práctica conceptos y procedimientos de Monitoria en Atención Primaria de tal forma que esta actividad administrativa sea un instrumento efectivo de control de gestión y apoyo a la planeación.

Para el monitoreo del proyecto se trazaron objetivos tanto generales como específicos.

10.2.1 General

Garantizar el adecuado desarrollo de los programas de Atención Primaria a través de un canal de comunicación permanente entre el nivel operativo y gerencial.

10.2.2 Específicos

1. Brindar apoyo al personal operativo en aspectos técnicos y operativos.
2. Identificar, respetar y utilizar los conocimientos que tiene los funcionarios con base en la experiencia vivida por ellos.
3. Verificar el cumplimiento de las actividades programadas, identificar limitantes e inducir cambios en caso necesario.
4. Comprobar la calidad humana del personal y la calidad técnica de las actividades realizadas por el equipo interdisciplinario.
5. Motivar al equipo interdisciplinario y resaltar habilidades y corregir dificultades o errores de su práctica.
6. Informar periódicamente a los directivos y administradores acerca de la marcha del programa, a fin de ir corrigiendo fallas y consolidando procesos exigidos.

La monitoria se realizará con una periodicidad de cada 15 días, cuya duración será de 2 horas por cada integrante del equipo de salud en el hospital.

10.3 EVALUACION

Esta deberá realizarse a través de la ejecución de todo el proyecto, por el grupo gestor, el equipo de salud y la comunidad.

- La evaluación brindará apoyo, asesoría y educación, además, permitirá conocer el funcionamiento de la propuesta y su impacto, orientando al mismo tiempo la toma de decisiones en el aspecto administrativo, asistencial y educativo, midiendo con estos últimos tres los cambios de comportamiento en el paciente-familia y estos como producto de las acciones conjuntamente desarrolladas por el equipo de salud, el paciente-familia. La evaluación estará dirigida a observar:
- El desempeño del equipo de salud, paciente-familia, y el funcionamiento del proyecto. Para tal fin, todo el equipo será el responsable de elaborar y diligenciar unas guías de supervisión

según el esquema (Ver Anexo 4), en el cual deberá determinarse los elementos necesarios, según desarrollo del proyecto.

- El grupo gestor será el responsable de la ejecución, procesamiento y análisis de los datos.
- La evaluación del proyecto se hará a través de indicadores (Ver Anexo 5) cuyos resultados se medirán en porcentajes y cuyo valor dependerá del análisis de los resultados, identificación de logros y limitantes, con el fin de tomar medidas correctivas y su efectividad y/o productividad dependerá del análisis de los resultados (para tal fin se tendrá en cuenta un análisis DOFA).

11. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos para el presente proyecto, el problema planteado y el análisis de la información realizado se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El logro de los objetivos del proyecto solo será posible con la participación activa del paciente, familia, equipo de salud y apoyo comunitario en todas las etapas del proceso.
2. La atención interdisciplinaria en los pacientes con Enfermedades de Transmisión Sexual, favorece su bienestar y a la vez disminuye la inversión en salud tanto para el Estado como para la familia.
3. Los conocimientos multidisciplinarios de cada profesional serán un producto del proceso interdisciplinario.

4. A través de las opiniones de los profesionales de diferentes disciplinas en salud, se pudo apreciar la poca claridad en los conceptos referentes a trabajo en equipo interdisciplinario.

12. RECOMENDACIONES

Las autoras del presente trabajo consideran necesario el estudio permanente del comportamiento de la comunidad para retroalimentar el proceso del proyecto.

1. Procurar mantener la participación comunitaria, ésta es un requisito indispensable para la exitosa planeación y ejecución del proyecto.
2. Las entidades públicas y privadas y las organizaciones comunitarias deben trabajar en grupos para integrar experiencias, herramientas y recursos que eviten emprender acciones repetidas, ineficaces o incompletas.
3. La coordinación no debe concebirse como un fin, sino como un medio para lograr acciones integrales que mejoren las condiciones de vida de la población carente de recursos y oportunidades.

4. Las instituciones, funcionarios y comunidades deben aprender nuevos métodos integrales y dinámicos que requieran de planeación participativa para que el conocimiento técnico se integre al saber popular en un lenguaje comprensible y convincente.
5. Garantizar la permanencia del personal que inicia en todas las fases del proyecto.
6. Mantener buenas relaciones interpersonales en el equipo interdisciplinario.
7. Promocionar el proyecto para lograr su implantación no solo en el Municipio de Puerto Colombia, sino en otras instituciones de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BANGUERO, Harold y QUINTERO, Manuel.** Los Proyectos Sociales II. Cali: IFL, 1991. Tomo 3. 175 p.
- BETANCOURT, Julian y otros.** INTERSIDA. Programa de Asesoría e Interconsulta para Pacientes con Sida. Medellín: Ar, 1994. 84 p.
- CABAL SANCLEMENTE, Jaime Alberto.** Programa de Gerencia Social, Mercadeo Social. Cali: Instituto Fes de Liderazgo, junio 1991.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD.** Asesoría en Infección por VIH/SIDA. 1 ed. Santafe de Bogotá: Trazo. 61 p.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD.** Componente: Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual/Sida. Santafe de Bogotá. Toma 6. 73 p.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD.** Decreto N° 559 del 22 de Febrero de 1991. Santafe de Bogotá: Trazo.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD.** Ley 10 del 10 de enero de 1990. Bogotá, enero 1990.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD.** Plan Institucional a Mediano Plazo 1994-1996. Bogotá, enero 1994.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD.** Plan Intersectorial a Mediano Plazo. Santafe de Bogotá, enero de 1994. 40 p.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Políticas, Estrategias y Líneas de Acción en Participación Comunitaria en Salud. Versión Preliminar. Santafe de Bogotá, noviembre 1991. 37 p.

PABON LASSO, Hipolito. Evaluación Servicios de Salud. 2 ed. s.l.: El autor.

UNICEF. OFICINA AREA PARA COLOMBIA Y VENEZUELA. Servicios Sociales Básicos en Colombia. Bogotá, agosto 1993.

VALDERRAMA VEGA, Enrique. Constitución Política de Colombia. Barranquilla: Podium, julio 1991.

**ANEXO 1. POBLACION DEL MUNICIPIO DE PUERTO
COLOMBIA**

EDADES	COLOMBIA	PUERTO COLOMBIA	PUERTO COLOMBIA	PUERTO COLOMBIA	TOTAL
Menos de 1	420	142	54	55	671
1	381	129	49	50	609
2	450	156	58	59	719
3	469	158	61	61	749
4	473	160	61	62	755
5-14	3.992	1.349	511	523	6.381
15-44	8.940	3.020	1.158	1.172	14.289
45-59	1.522	514	197	200	2.810
60 Y más	973	329	126	103	1.556

ANEXO 2. FORMATO DE ENCUESTA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HOSPITAL LOCAL DE PUERTO COLOMBIA

Esta encuesta tiene como objetivo conocer las características más importantes en la población beneficiaria del Hospital Local de Puerto Colombia, con el fin de contribuir en la prestación de un mejor servicio.

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Formulario N° _____

I. DATOS PERSONALES:

- | | | |
|--------------------------------------|----------------|--------------------------|
| 1. Edad (En años cumplidos) _____ | 3. Sexo | |
| | Masculino | <input type="checkbox"/> |
| | Femenino | <input type="checkbox"/> |
| 2. Estado Civil | 4. Escolaridad | |
| Soltero(a) <input type="checkbox"/> | Sin estudios | <input type="checkbox"/> |
| Casado(a) <input type="checkbox"/> | Primaria | <input type="checkbox"/> |
| Viudo(a) <input type="checkbox"/> | Secundaria | <input type="checkbox"/> |
| U. Libre <input type="checkbox"/> | Técnico | <input type="checkbox"/> |
| Separado(a) <input type="checkbox"/> | Universitario | <input type="checkbox"/> |
| | Otro | <input type="checkbox"/> |

II FACTORES SOCIOECONOMICOS

5. Cual es el ingreso aproximado de la familia por mes?
- | | |
|---|---|
| Menos de un salario mínimo <input type="checkbox"/> | Tres salarios mínimos <input type="checkbox"/> |
| Un salario mínimo <input type="checkbox"/> | Más de tres salarios mínimos <input type="checkbox"/> |
| Dos salarios mínimos <input type="checkbox"/> | |
6. Cuenta Ud. Con seguridad social
- Si No
7. Cuando Ud. Enferma por una Enfermedad de Transmisión Sexual acude
- | | |
|--|-------------------------------------|
| Hospital <input type="checkbox"/> | Farmacéuta <input type="checkbox"/> |
| Centro de Salud <input type="checkbox"/> | Ninguno <input type="checkbox"/> |
| I.S.S. <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> |
| Médico Particular <input type="checkbox"/> | |
8. Cual es la doctrina religiosa que Ud. Práctica?
- | | |
|-----------------------------------|--|
| Católica <input type="checkbox"/> | Evangélica <input type="checkbox"/> |
| Mormona <input type="checkbox"/> | Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> |
| Bautista <input type="checkbox"/> | Otra <input type="checkbox"/> |

III FACTORES PSICOAFECTIVOS

9. Cómo son las relaciones con su familia?

- Aceptables
No aceptables

10. Con quien vive Ud. En la casa.

- Esposo(a)
Hijos
Parientes
Amigos
Otros

11. En caso de estar hospitalizado le gustaría ser atendido por:

- Esposo(a)
Vecina(o)
Hermana(o)
Mamá
Otros

12. Recientemente (ultimo año) ha padecido de alguna Enfermedad de Transmisión Sexual.

- Sida
Sífilis
Gonorrea
Chancro
Condiloma
Otra

13. Cuantos miembros conforman el núcleo familiar.

- De 1 - 3
4 - 6
7 - 10
Más de 10

IV INFORMACION - EDUCACION

14. Ha tenido a su alcance información sobre:

- Sida
Sífilis
Gonorrea

- Condiloma
Otra
Cual? _____

15. Cuando Ud. Solicita Información en el Hospital esta es proporcionada por:

- Portero
Aseador
Aux. de Enfermería
Médico

- Promotora
Enfermera
Otro

16. La información que Ud. ha tenido sobre las Enfermedad de Transmisión Sexual la ha recibido a través de:

- Radio
Televisión
Prensa
De amigos

- De su pareja
Personal de salud
Otros
Cual? _____

17. Cuando usted ha solicitado los servicios en el Hospital de Puerto Colombia le han explicado sobre lo que son las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Si No

V ACCESIBILIDAD

18. Conoce Ud. el Hospital Local de Puerto Colombia.

Si
No

23. Ha solicitado Ud. Los servicios del programa de Enfermedades de Transmisión Sexual en el Hospital

Si No

19. Qué medio de Transporte utiliza para ir al hospital.

A pie
Bicicleta
Carro
Moto
Otro
Cual? _____

24. Cree Ud. que la comunidad no conoce el programa de las Enfermedades de Transmisión Sexual en el Hospital de Puerto Colombia.

Por que los Directores no lo han dado a conocer a la comunidad

Por que no se tiene en cuenta la participación comunitaria

Por que no se dictan charla educativas

20. Qué tiempo emplea Ud. para trasladarse al hospital?

Menos de 10 minutos
10 a 20 minutos
20 a 30 minutos
Más de 30 minutos

25. Sabe Ud. que en el Hospital de Puerto Colombia existe un grupo de Médicos y Enfermeras que atienden las Enfermedades de Transmisión Sexual?

Si
No

21. Cuando Ud. Enferma cuanto gasta en consulta y medicamentos.

Menos de 5.000
5.000 a 10.000
10.000 a 15.000
15.000 a 20.000
20.000 y más

26. Que le gustaría a Ud. que se ofreciera en el Programa de las enfermedades de Transmisión Sexual?

Charlas educativas

Se pasaran películas educativas

Consejerias por grupos de personas expertas

22. Considera Ud. Que las tarifas de las consultas son adecuadas para la capacidad de pago de la población.

Si No

Estudios de casos

Otros.

Cual? _____

27. Conoce Ud. a las personas que atienden el Programa de las Enfermedades de Transmisión Sexual en el Hospital de Puerto Colombia?

Si No

A quien? _____

VI CALIDAD

28. Cuando Ud. ha solicitado los servicios del hospital se ha sentido:

Satisfecho

Insatisfecho

29. El horario que el Hospital ofrece para el programa de Enfermedades de transmisión sexual es el adecuado para la población

Si No

Por que? _____

VII PARTICIPACION

30. Le gustaría a Ud. participar en el diseño de un programa para las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Si

No

Por que? _____

31. Quien cree Ud. que debería participar en el diseño de este programa.

El médico

La Enfermera

La Comunidad

Líderes Voluntarios

El Alcalde

Los Profesores

Padres de Familia

OBSERVACIONES: _____

ANEXO 4. FORMATO DE SUPERVISION (GUIA)

Equipo de Salud _____

Dirección _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de visita al hogar	Dirección	Fecha de tratamiento	Tratamiento administrado	Estado clínico (Recuperado, referido, fallecido)	Escriba si o no en cada casilla como respuesta a las preguntas al final de este formulario				
					A	B	C	D	E

Descripción de los problemas identificados de haberlos: _____

Comentario y recomendaciones: _____

- A: Puede el paciente-familia describir las causas y riesgos de la enfermedad.**
- B: Puede el paciente paciente-familia describir los signos y síntomas de la enfermedad.**
- C: Puede el paciente paciente-familia demostrar como prevenir la enfermedad.**
- D: Ha seguido el paciente-familia las recomendaciones impartidas por el equipo de salud.**
- E: Está el paciente paciente-familia satisfechos con la atención recibida.**

ANEXO 4B. INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE SUPERVISION (GUIA)

El objetivo de este formato es variar y precisar el método y la frecuencia de supervisión, para poder darle crédito al logro del resultado.

- **Comprensión por el paciente familia:**

Lograr adquirir indicadores que revelen el grado de comprensión del paciente-familia referente a la prevención, tratamiento y control de la salud.

- **Logística**

Lograr adquirir datos que demuestren la eficiencia del recurso (existencia técnicas, organización y uso del recurso).

- **Resultado del Servicio**

Lograr obtener datos que informen el resultado clínico, la práctica (cambio de comportamiento y satisfacción del paciente-familia).

ANEXO 5. INDICADORES DE EVALUACION SEGÚN NIVEL DE PREVENCIÓN

I. Atención Primaria en el Primer Nivel.

Porcentaje de actividades educativas en promoción en salud:

$$\frac{\text{Nº de actividades educativas realizadas}}{\text{Total de actividades educativas programadas}} \times 100$$

Porcentaje asistentes a las actividades educativas

$$\frac{\text{Nº de asistentes a las actividades educativas}}{\text{Total de la población programada para la educación}} \times 100$$

Conocimiento de practicas de prevención

$$\frac{\text{Nº de personas que pueden citar por lo menos dos de las formas aceptables de protegerse a si mismo de la infección por VIH.}}{\text{Población entre 15-49 años}} \times 100$$

Disponibilidad de condones

$$\frac{\text{Nº de personas que pueden adquirir un condón}}{\text{Población entre 15-49 años}} \times 100$$

Dinámica para evaluar

- Conocimiento de lo enseñado
- Llevar a la práctica lo enseñado.

II. Atención Primaria a Nivel de Prevención Secundaria.

Proporción de prevalencia

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes enfermos}}{\text{Total de pacientes asistiendo}} \times 100$$

Porcentaje de pacientes complicados

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes complicados}}{\text{Total de pacientes enfermos que asisten al hospital}} \times 100$$

Porcentaje de pacientes controlados

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes enfermos}}{\text{Total pacientes enfermos}} \times 100$$

Incidencia de ETS en hombres

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos reportados de uretritis entre 15 y 49 años en los últimos 12 meses}}{\text{N}^\circ \text{ de personas entre 15 y 49 años estudiados}} \times 100$$

Incidencia de ETS en mujeres

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres entre 15-49 años en atención prenatal con serología confirmada de sífilis}}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres entre 15 y 24 años en atención prenatal cuya sangre ha sido examinada}} \times 100$$

Prevalencia del VIH en mujeres

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres entre 15 y 24 años en atención prenatal seropositivas al VIH}}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres entre 15 y 24 años en atención prenatal cuya sangre ha sido examinada}} \times 100$$

III. Indicadores de Evaluación para el funcionamiento del proyecto**Porcentaje de pérdidas**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes perdidos}}{\text{Total pacientes que asisten}} \times 100$$

Porcentaje de rendimiento

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas realizadas}}{\text{Total de consultas programadas}} \times 100 \text{ (Esto para cada profesional)}$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de visitas programadas}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de charlas educativas realizadas}}{\text{Total charlas educativas programadas}} \times 100$$

Fecha de Nacimiento
 Día Mes Año

Sexo Masculino _____ Femenino _____

Tiene usted pareja estable. ¿Hace cuanto tiempo _____ mes

Ciertas enfermedades pueden afectar su pronostico si usted ha sufrido alguna vez cualquiera de estas marque con una X y discútalo con su terapeuta.

	Si	No
Diabetes		
Tuberculosis		
Hepatitis		
Sífilis		
Blenorrag (Gonorrea)		
Varicela		
Herpes		
Fuego en los labios (Herpes labial)		
Herpes Genital		
Hemofilia		
Otras enfermedades		

Sabe usted que las siguientes relaciones aumentan el riesgo a la persona de adquirir la infección por el VIH. Marque Si o No y discútalo con su terapeuta.

	Si	No
Transfusiones sanguíneas		
Operaciones quirúrgicas		
Tatuajes		
Uso de heroína intravenosa u otros alucinógenos		
Uso de marihuana, basuco, cocaína		

Algunas practicas sexuales pueden contribuir a que usted adquiriera el virus que causa el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Responda con sinceridad su conducta de practica sexual.

En relación con mi sexualidad

	Si	No	Ocasionalmente
Tengo múltiples compañeros sexuales			
Tengo dificultad para mantener una relación estable de pareja			
Penetro a mi pareja por detrás			
Practico la penetración vaginal			
Mi pareja me penetra por detrás			
Tengo relaciones con ambos sexos (hombres, mujeres)			
Mi relación es solo con el sexo opuesto			

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAMIENTO DE ENCUESTA DE RIESGO

Fecha: Anote en cada recuadro el día mes y año en que solicita la prueba.

Identificación Institucional

Nombre de la Institución: Anote el nombre de la institución donde solicito la prueba.

Departamento: Anote el nombre del departamento donde solicita la prueba.

Municipio: Anote el nombre del municipio de donde solicito la prueba.

Identificación Personal

Nombre: Anote el nombre completo

Apellidos: Anote sus dos apellidos completos

Dirección: Anote la dirección completa de la residencia habitual.

Teléfono: Anote el numero de teléfono.

Edad: Anote la edad en años cumplidos.

Fecha de Nacimiento: Anote en el recuadro correspondiente el día mes y año en que usted nació.

Sexo: Marque con una X según sea el caso.

Tiene usted pareja estable hace cuanto tiempo: Anote en el espacio en blanco el tiempo en meses que usted tiene de mantener pareja estable.

Ciertas enfermedades pueden afectar su pronóstico si usted ha sufrido alguna vez cualquiera de estas marque con una X y discútalas con su terapeuta.

En el cuadro siguiente usted encontrará un listado con algunas patologías que pueden afectar su pronóstico marque con una X en la casilla de Si en caso de haber padecido o tenido una de ellas y en la casilla correspondiente a No la marcará cuando no haya padecido estas patologías.

A continuación usted encontrará un cuadro con un listado de algunos procedimientos que aumentan el riesgo a las personas de adquirir algunas enfermedades de transmisión sexual marque con una X en la casilla correspondiente a Si cuando usted haya tenido uno de estos riesgos y en la casilla correspondiente a No cuando usted no haya tenido ninguno de estos.

A continuación usted encontrará un cuadro con un listado de algunas prácticas sexuales que pueden contribuir a que usted adquiera las

enfermedades de transmisión sexual marque con una X en la casilla correspondiente a Si cuando usted halla tenido o practicado cualquiera de estas y en la casilla correspondiente a No marcará con una X cuando usted no halla tenido algunas de estas, en la casilla correspondiente a ocasional marcara con una X cuando usted halla tenido algunas de estas ocasionalmente.

ANEXO 7. HISTORIA CLINICA

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
UNIDAD LOCAL DE SALUD PUERTO COLOMBIA

Historia Clínica N°**1. Identificación Personal**Fecha D.M.A.

Nombre y apellidos _____

Edad _____ Sexo _____ C.C. _____ Ocupación _____

Dirección _____ Barrio _____ Tel. _____

Estado civil _____ N° de hijos _____ Edad ultimo hijo _____

Nombre de un familiar o amigo _____

Dirección _____ Tel. _____

Fecha de Nacimiento D ___ M ___ A ___

2. Motivo de Consulta _____

 _____**3. Enfermedad Actual** _____

4. Antecedentes de Hospitalización. Cuales?

Patológicos	
Farmacológicos	
Traumáticos	
Quirúrgicos	
Alérgicos	
Gineco-Obstetricos	FPM_____ GPAV_____ FUP_____
Ocupacionales	
Familiares	

5. Antecedentes Personales**5.1 Enfermedades de la infancia** _____**5.2 Enfermedades de la adolescencia** _____**5.3 Enfermedades de transmisión sexual**

Si No

	Si	No
Sífilis		
Gonorrea		
Condiloma		
Herpes Genital		

Otros:

Cual? _____

6. Examen Físico: _____**6.1 Aspecto General****6.2 Signos Vitales:** TA ___ Pulso ___ FR ___ Ti ___ Talla ___ Peso ___**6.3 Hallazgos Clínicos de Importancia** _____**6.4 Impresión Diagnostica** _____

7. Laboratorio. Exámenes Complementarios
Hemograma Completo

	Si	No
CDA		
Glicemia		
Toxoplasma		
Tuberculina		
BK de Esputo		
Frotis Vaginal		

Otros

Cual? _____

_____**Recomendaciones y Conducta**

Control N° _____ Fecha _____

Comentarios del Paciente _____

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. Identificación Personal

Nombre y Apellidos: Anote el nombre y apellidos completo del paciente.

Fecha: Anote la fecha en que el paciente asistió a consulta.

Edad: Anote la edad del paciente en años cumplidos utilizando dos dígitos.

Sexo: Anote F (para femenino) o M (para masculino) según el caso.

C.C.: Anote el número de cédula del paciente.

Ocupación: Anote la ocupación u oficio en que labore el paciente.

Dirección: Anote la dirección completa donde vive el paciente. Ej.:
Calle 35 # 20-03 San José.

Barrio: Anote el nombre del barrio donde vive el paciente

Tel.: Anote el número del teléfono de la residencia del paciente.

Estado Civil: Anote el estado civil que le manifieste el paciente.

N° de hijos: Anote el numero de hijos que le manifieste el paciente.

Edad ultimo hijo: Anote la edad del ultimo hijo que tiene el paciente.

Nombre de un familiar o amigo: Anote el nombre de un familiar o amigo allegado manifestado por el paciente.

Dirección: Anote la dirección del familiar o amigo que le manifieste el paciente.

Tel.: Anote el numero telefónico del familiar o amigo manifestado por el paciente.

Fecha de nacimiento: Anote el día mes y año en que nació el paciente.

2. Motivo de Consulta: Anote el motivo de consulta manifestado por el paciente.

3. Enfermedad Actual: Anote la enfermedad que le manifieste el paciente por la cual consulto.

4. Antecedentes de Hospitalización: Anote al frente de cada patología los antecedentes de hospitalización presentados por el paciente.

5. Antecedentes Personales

Enfermedades de la infancia: Anote las enfermedades que el paciente le manifieste que presento durante la infancia.

Enfermedades de la Adolescencia: Anote las enfermedades que el paciente le manifieste haber presentado en la adolescencia.

Enfermedades de Transmisión Sexual: Marque con una X en la casilla de Si cuando el paciente le responda afirmativamente haber presentado alguna de estas patologías y en la casilla correspondiente a No cuando el paciente le manifieste que no ha presentado estas patologías.

Otros: Anote el nombre

Otros. Cual?: Anote el nombre de otras patologías manifestadas por el paciente que no se encuentren consignadas en el cuadro correspondiente a las Enfermedades de Transmisión Sexual.

6. Examen Físico: Anote los hallazgos clínicos encontrados en el paciente al momento de realizar el examen físico.

Aspecto General: Anote el estado general del paciente presentado al momento de la consulta.

Signos Vitales: Anote los signos vitales que tenia el paciente al momento de la consulta.

Hallazgos Clínicos de Importancia: Anote los hallazgos clínicos de importancia que encontró en el paciente al momento de la consulta.

Impresión Diagnóstica: Anote la impresión diagnóstica del paciente al momento de la consulta.

7. Laboratorio Examen Complementarios: Marque con una X en la casilla correspondiente a Si cuando ordene alguno de los exámenes que se encuentran consignados en el cuadro y marque con una X en la casilla correspondiente a No cuando no son ordenados los exámenes que se encuentran consignados en el cuadro de exámenes complementarios.

Otros. Cual?: Anote el nombre de los exámenes que usted ordene que no se encuentren consignados en el cuadro de Laboratorio Exámenes Complementarios.

8. Recomendaciones y Conducta: Anote las recomendaciones y la conducta a seguir por el paciente que usted estime en el momento de la consulta.

Comentarios del Paciente: Anote los comentarios echos por el paciente durante la consulta.

Nombre y Apellidos: Anote el nombre y apellidos completos del funcionario que atendió el paciente.

ANEXO 8. REPORTE TRIMESTRAL AL ESTADO DEL PACIENTE

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
UNIDAD LOCAL DE SALUD
PUERTO COLOMBIA

REPORTE TRIMESTRAL AL ESTADO DEL PACIENTE

FECHA
 Día **Mes** **Año**

Nombre y apellidos _____
C.C. _____

2. Estado Actual

SI

Sintomático	
Asintomático	
SIDA	

3. Enfermedades Asociadas

SI

TBC	
Toxoplasmosis	
Candidiasis esofagica	
Criptococo	

Otras

Cual ? | _____

Nombre y apellidos _____
Del funcionario que reporta

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
UNIDAD LOCAL DE SALUD
PUERTO COLOMBIA

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO AL REPORTE
DEL ESTADO DEL PACIENTE

FECHA: Anote en el recuadro correspondiente el día, mes y año en que hace el reporte del paciente.

Nombre: Anote el nombre y apellidos completo del paciente.

C.C.: Anote el número de cédula del paciente

2) Estado Actual: En el cuadro siguiente usted encontrará tres (3) estados por los cuales pasa el paciente marque en la casilla correspondiente a SI cuando el paciente en el momento del reporte este en uno de ellos.

3) Enfermedades Asociadas: En el cuadro siguiente usted marcara con una x en la casilla correspondiente a SI cuando el paciente en el momento del reporte halla presentado alguna de estas.

Otras. Cuales?: Anotara las que el paciente manifieste y no estén anotadas o consignadas en el cuadro.

Nombre y Apellido: Anote el nombre y los dos apellidos completos del funcionario que diligencia el reporte.

ANEXO 9. FICHA CLÍNICA DE LABORATORIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
UNIDAD LOCAL DE SALUD DE PUERTO COLOMBIA

FICHA CLÍNICA**I. FECHA**

H.C. No. _____ C.C. _____ de _____
 Nombres y Apellidos _____ Edad: _____
 Sexo: M ___ F ___ Estado Civil: S ___ C ___ V ___ UL ___ Natural de: _____
 Ocupación: _____ Dirección Res: _____
 Dirección lugar de Trabajo _____ Teléfono _____

II.

Motivo de Consulta: _____
 Antecedentes de Importancia: _____

III. EXAMEN FÍSICO

1. T.A: _____ FC: _____ FR: _____ T°C: _____ Peso: _____
 2. Hallazgos Clínicos: _____

3. Examen Ginecológico: Vulva _____

Especuloscopia:

Flujo : Escaso: _____ Moderado: _____ Abundante: _____
 Aspecto : Lechoso: _____ Grumoso: _____ Mucoide: _____ Otro: _____
 Color : Blanco: _____ Amarillo: _____ Cristalino: _____ Otro: _____
 Olor : Fétido: _____ No Fétido _____
 Cuello: _____
 Vagina: _____

IV. DIAGNOSTICO DEFINITIVO CON LABORATORIO _____

V. TRATAMIENTO: _____

Médico _____

VI. SOLICITUD DE LABORATORIO:

 Flujo Vaginal _____ Secreción Uretral _____ Ulcera Genital _____
 VDRL FTA-ABS _____ HBsAg _____ HIV _____ OTROS _____

VII. RESULTADOS DE LABORATORIO:
1. Análisis Macroscópico:

 Aspecto _____
 Color _____
 Ph _____
 Test de Aminas _____

2. Microscopía

FRESCO	RESULTADOS	GRAM VAGINA	RESULTADOS	ENDOCERVIX	RESULTADO
Células Gulas		Lactobacilos		Leucocitos	
Leucocitos		Dipteroides		Eritrocitos	
Hemates		Cocos Gram Positivos		Diplococos Gram Negativo Intracelulares	
Trichomonas Vag		Bacilos Gram Negativos		Diplococos Gram Negativo Extracelulares	
KOH/Blastoconidias Pseudomicelios		Cocobacilos Gram Negativo Compatibles Gardnerella			
		Mobiluncus			
		Flora Mixta			

Otros _____

3. Cultivos:

Thayer Martín _____

Beta Lactamasa Positiva _____

Negativa _____

4. VDRL Cualitativo: NR _____ DR _____ R _____ VDRL CUANTITATIVO _____

5. FTA-ABS : Positivo _____ Negativo _____

6. HBsAg : Positivo _____ Negativo _____ Abs: _____ Cutoff _____

7. HIV : Positivo _____ Negativo _____ Abs: _____ Cutoff _____

8. Otros: _____

Bacterióloga: _____