

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR DE PRIMER NIVEL
CON EQUIPO EXTRAMURAL PARA POBLACIÓN INDIGENA DEL MUNICIPIO
DE RICAURTE DEPARTAMENTO DE NARIÑO

CRISTINA JIMENEZ

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SAN JUAN DE PASTO
2008

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR DE PRIMER NIVEL
CON EQUIPO EXTRAMURAL PARA POBLACIÓN INDIGENA DEL MUNICIPIO
DE RICAURTE DEPARTAMENTO DE NARIÑO

CRISTINA JIMENEZ

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar el título de ECONOMISTA

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SAN JUAN DE PASTO
2008

Las ideas y conclusiones aportadas en este trabajo de grado, son responsabilidad exclusiva de sus autores

Artículo 1 del Acuerdo Número 32 de octubre 11 de 1996 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Diciembre de 2007

AGRADECIMIENTOS

Expreso agradecimientos a :

Doctor ROBERT WILSON ORTIZ LOPEZ, Jurado Evaluador del Trabajo de Grado.

Doctor JULIAN SABOGAL TAMAYO, Jurado Evaluador del Trabajo de Grado.

Directivas, personal médico, de odontología y de enfermería de la E.S.E. local en el Municipio de Ricaurte.

Líderes de la comunidad indígena en el Municipio de Ricaurte.

DEDICATORIA

A DIOS, principio y fin de todas las cosas.

A mi familia por darme el impulso para seguir adelante.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	21
1.1 TEMA	21
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	21
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	22
1.4 OBJETIVOS	22
1.4.1 Objetivo General	22
1.4.2 Objetivos Específicos	22
1.5 JUSTIFICACIÓN	23
2. MARCO DE REFERENCIA	25
2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	25
2.1.1 Teoría del programa de salud familiar a la población indígena con equipo extramural	25
2.1.2 La familia indígena como sujeto y unidad de atención	26
2.1.3 La familia en la prevención de la enfermedad	26
2.1.4 La familia como sujeto y objeto	27
2.1.5 Promoción y prevención	29
2.1.6 Medicina tradicional del pueblo AWA de Ricaurte	31
2.2 MARCO CONCEPTUAL	50
2.2.1 Aspectos filosóficos de un programa de salud extramural	50

2.2.2 El equipo extramural y sus funciones en el programa de salud familiar de primer nivel de atención	51
2.2.3 Proceso de unificación de criterios y preparación para el trabajo de campo	51
2.3 MARCO CONTEXTUAL	54
2.4 MARCO LEGAL	66
3. METODOLOGÍA	77
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	77
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	77
3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	77
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	79
4.1 EL PLAN DE DESARROLLO DEL MUNICIPIO DE RICAURTE	79
4.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN INDÍGENA EN EL MUNICIPIO DE RICAURTE	89
4.2.1 Historia de las comunidades	89
4.2.2 Educación	90
4.2.3 Producción	92
4.2.4 Comercio	96
4.2.5 Necesidades de salud en el primer nivel de atención	97
4.2.6 Transferencias de los recursos de la nación para resguardos	101
4.2.7 Recursos con que cuenta la comunidad	102
4.2.8 Principios estratégicos de la comunidad indígena	102
4.2.9 Programas y proyectos de la comunidad indígena	105
4.3 GRUPO EXTRAMURAL PARA ATENCIÓN EN SALUD A LA COMUNIDAD INDÍGENA DEL MUNICIPIO DE RICAURTE	111

4.3.1	Introducción	112
4.3.2	Aproximación conceptual	113
4.3.3	Hipótesis del programa de salud familiar con equipo Extramural	115
4.3.4	Aspectos filosóficos del grupo Extramural	116
4.3.5	Visión	117
4.3.6	Objetivos	118
4.3.7	Metas de los programas del grupo Extramural	118
4.3.8	Estrategias	119
4.3.9	Metodología del Programa del Grupo Extramural	123
4.3.10	Plan de actividades en el programa de salud familiar de primer nivel de atención	128
4.3.11	Definición Operacional de Actividades de Promotores de Desarrollo Indígena y definición de soportes para cada actividad	139
4.3.12	Proceso de unificación de criterios y preparación para el trabajo de campo	140
4.3.13	Desarrollo del programa de trabajo de campo	143
4.3.14	Abordaje inicial a la comunidad por parte del equipo de promotores de desarrollo indígena	143
4.3.15	Visitas al lugar de habitación por parte del equipo de profesionales en salud	144
4.3.16	Elaboración de planes de compromiso	145
4.3.17	Visitas de seguimiento	149
4.3.18	Vinculaciones del programa del grupo extramural	153
4.4	CONSIDERACIONES FUNDAMENTALES	152
4.5	PLAN DE INVERSIONES	153

5. CONCLUSIONES	158
6. RECOMENDACIONES	160
BIBLIOGRAFÍA	162

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Distribución de la población por género	56
Cuadro 2. Población por Resguardos	56
Cuadro 3. Distribución étnica de la población	57
Cuadro 4. Proyecciones Anuales 2005 – 2013	57
Cuadro 5. Población Migrante e Inmigrante	57
Cuadro 6. Establecimientos Educativos y Número de estudiantes	58
Cuadro 7. Cobertura Régimen Subsidiado Año 2004	59
Cuadro 8. Morbilidad General (Específica)	60
Cuadro 9. Eje 6. Municipio saludable	89
Cuadro 10. Dotación requerida para medicina general	154
Cuadro 11. Dotación requerida para asistencia ginecológica y odontológica	154
Cuadro 12. Dotación requerida para partos	155
Cuadro 13. Dotación requerida para atención de enfermería	156
Cuadro 14. Dotación requerida en suministros	156
Cuadro 15. Otras dotaciones requeridas	157
Cuadro 16. Inversión Inicial	157

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Relación de los curanderos y bebedores de la comunidad AWA	33
Tabla 2. División Política. Municipio de Ricaurte	55
Tabla 3. Personal por cada Area de Salud	60
Tabla 4. Factores analizados	80
Tabla 5. Estrategias y conexidades	81
Tabla 6. Nuevas estrategias	82
Tabla 7. Municipio Saludable	86
Tabla 8. Plan Plurianual de Inversiones	88
Tabla 9. Escuelas en la comunidad indígena	91
Tabla 10 Centros Educativos en la comunidad indígena	92
Tabla 11. Estado de estudiantes Awa	92
Tabla 12. Fiestas en la región indígena	96
Tabla 13. Necesidad de Servicios Médicos. Salida Grupo Extramural Gualcalá. Primer trimestre del año	97
Tabla 14. Necesidad de Servicios Odontológicos. Salida Grupo Extramural Gualcalá. Primer trimestre del año	98
Tabla 15. Necesidad de Servicios en salud. Salida Grupo Extramural Vuelta Larga. Quince días	98
Tabla 16. Necesidad de Servicios en salud. Salida Grupo Extramural Vuelta Corta. Cinco días	99
Tabla 17. Necesidad de Servicios en salud. Salida Grupo Extramural Ramos Mongón. Dos días	100

Tabla 18. Necesidad de Servicios en salud. Salida Grupo Extramural El Sande. Nueve días	100
Tabla 19. Objetivos de programas sectoriales estratégicos de la comunidad Indígena	103
Tabla 20. Programas y proyectos estratégicos de la comunidad indígena en el corto, mediano y largo plazo	105

LISTA DE ORGANIGRAMAS

	Pág.
Organigrama 1. El Grupo Extramural en el entorno de la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte	124
Organigrama 2. Canal de comunicación Grupo – Comunidad	124

RESUMEN

ESTE STUDIO PRUEBA Y REFINA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA MEDICO EXTRAMURAL PARA LA GENTE AWA DEL MUNICIPIO DE RICAURTE.

APORTA SUFICIENTES DATOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA A TRAVÉS DE DIFERENTES CLASES DE PRÁCTICAS. EL PROYECTO EXAMINA EL COSTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA. LOS PARTICIPANTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO SE ESPERA QUE SEAN INDÍGENAS DE LA COMUNIDAD AWA.

ABSTRACT

THIS STUDY WILL TEST AND REFINE THE IMPLEMENTATION OF A EXTRAMURAL MEDICAL PROGRAM FOR THE AWA'S PEOPLE IN THE RICAURTE MUNICIPALITY.

IT IS DESIGNED TO PROVIDE SUFFICIENT DATA TO SUPPORT WIDESPREAD EVALUATION OF THE PROGRAM ACROSS DIFFERENT KIND OF PRACTICE SETTINGS. THIS PROJECT EXAMINES THE COST OF IMPLEMENTATION OF THIS PROGRAM. PARTICIPANTS INCLUDED IN THIS STUDY ARE EXPECTED TO BE AWA INDIGENOUS COMUNITY.

INTRODUCCIÓN

La población indígena en el Municipio de Ricaurte se ha visto desplazada hacia zonas apartadas del mismo, en las cuales es muy difícil que reciban atención médica oportuna, porque se encuentran alejadas de los centros poblados, en los cuales existe un Centro de Salud o un Hospital.

Entre las personas que forman parte del sistema de salud del municipio hay conciencia de esta debilidad y quieren apoyar ideas que busquen lograr una mayor cobertura en salud para la población indígena.

Con la realización del Trabajo de Grado titulado PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR DE PRIMER NIVEL CON EQUIPO EXTRAMURAL PARA POBLACION INDIGENA DEL MUNICIPIO DE RICAURTE DEPARTAMENTO DE NARIÑO, se estudió la forma de resolver una problemática de atención médica según el paradigma occidental, sufrido por la comunidad indígena del Municipio de Ricaurte, que en la actualidad solo cuenta con atención médica tradicional, la cual no es suficiente para garantizar a la población que vive en lugares muy apartados de la cabecera municipal mejoramiento a diversos problemas de salud, motivando que luego de ensayar diversos tratamientos tradicionales, deban emprender un largo y penoso camino hasta la zona urbana a recibir atención médica, que suele ser inocua, porque ya los malestares de salud son irremediables.

De allí que se plantea la implementación de un programa de salud familiar en la modalidad extramural que tenga orientación específica hacia la comunidad indígena del municipio de Ricaurte, a fin de atender las necesidades de la población, que actualmente no recibe en forma oportuna y eficiente el servicio de salud, debido a que habitan en sitios muy alejados de los centros poblados, en conjunción con la medicina tradicional y teniendo en cuenta a líderes indígenas en su papel de promotores de desarrollo.

Este estudio nace como un apoyo para el sistema de salud del municipio de Ricaurte, en el sentido de invitar a los actores en el sistema a empezar a considerar la “Salud Familiar Indígena” como excelente opción para aplicar principios y estrategias de la promoción de la salud, ejercicio en el que se combinan casi todos los elementos integrados a su concepto.

La promoción de la salud, se define como “integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de

enfermedad, mejores condiciones para la salud física y psicológica de individuos y colectividades”¹.

En Colombia son pocas las experiencias documentadas en las que predomina la salud familiar como enfoque, y más bien se encuentran algunas importantes experiencias basadas en la medicina familiar como una forma del ejercicio médico. Sin embargo, este trabajo de grado, pretende integrar diferentes disciplinas, consideradas básicas en el abordaje integral de la “salud familiar”.

Este documento se presenta en cuatro (4) capítulos : En el Capítulo 1 se identifica el problema de investigación, para lo cual se anota el tema, descripción del problema, formulación del problema, objetivos, justificación.

En el Capítulo 2 se expone el marco de referencia del estudio, y contiene marco teórico, marco conceptual, marco contextual, marco legal.

La metodología que se siguió para la recolección, presentación y análisis de la información que se necesita para alcanzar los objetivos del trabajo de grado, se plantea en el Capítulo 3.

Los resultados del estudio se presentan y analizan en el Capítulo 4. Las Conclusiones se indican en el Capítulo 5 y las Recomendaciones en el Capítulo 6.

Al final se expone la bibliografía consultada para la elaboración de este estudio.

¹ Definición adoptada en la CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA, 1990. Citada en “Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud” publicado por el Ministerio de Salud de Colombia, en Santa Fe de Bogotá 1.996- Pág. 16

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA

Programa de salud familiar de primer nivel con equipo extramural para población indígena.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el sector salud del Municipio Ricaurte se privilegia la organización para la atención intramural, es decir, que cuando una persona siente o padece quebrantos de salud, debe desplazarse hasta un Centro de Salud para recibir la atención médica que requiere para recuperar su salud o en casos graves, alcanzar una mejor calidad de vida aunque la salud no pueda recuperarse en forma total.

Esta característica estructural del sistema de salud en el Municipio de Ricaurte, impide que la población indígena reciba la atención en salud en forma oportuna y eficiente que se merece, debido a que el desplazamiento desde sus sitios de habitación hasta el centro poblado más cercano puede demorar horas e incluso días, lo que conlleva a que sus malestares de salud se vean agravados en forma notable por falta de la atención del personal médico.

Se presenta una gran debilidad del sistema de salud, porque no puede garantizar la continuidad y oportunidad de la acción sanitaria hacia la población indígena, porque el indígena no puede desplazarse hasta el Centro de Salud y el Talento Humano de la salud no puede ir hasta donde está la población indígena que requiere de atención médica, odontológica y de enfermería, entre otras.

Ahora bien, las principales problemáticas de salud, que afronta la población indígena, se sintetizan así :

- Los malestares de salud se relacionan con patologías prevenibles de origen infeccioso, como las afecciones respiratorias y parasitarias; de orden nutricional como el bajo peso gestacional y el riesgo de desnutrición aguda y crónica; y enfermedades orales prevenibles como la caries y la gingivitis.

- El mayor grado de vulnerabilidad en salud, recae sobre la población infantil, siendo ésta, la población principalmente afectada por enfermedades prevenibles, a la vez que presenta el mayor riesgo de desnutrición crónica.

- El acceso a los servicios de salud, por parte de la población indígena, está determinado por factores socioeconómicos de las familias y estructurales del sistema de atención en salud.

- Las condiciones socioeconómicas y de saneamiento ambiental, en las cuales conviven las familias indígenas, son totalmente desfavorables para el mantenimiento y cuidado de la salud, por lo cual se plantea un gran interrogante frente a las posibilidades reales de promover salud en este contexto de pobreza, sin penetrar la dinámica propia del desarrollo social micro-local.

Se plantea frente a esta problemática la posibilidad de atender la crisis en atención en salud que impone el marginamiento de las comunidades indígenas, para buscar y encontrar nuevas maneras de actuar, de la mano con la propia población indígena.

Se trata de hacer una intervención positiva en salud, eficiente y humanizada, involucrando los factores biológicos, psicológicos y sociales de la población indígena, afectada por el desplazamiento y la pobreza, y así poder entre todos y todas, contribuir a la construcción de escenarios saludables.

Debe tenerse en cuenta que la base evolutiva, económica y social del ser humano esta basado en la familia, y no en el individuo, por tal motivo es necesario tener en cuenta que debe cambiarse la concepción personalizada y focalizada que se tiene del estado de salud, y puedan virar hacia un nuevo concepto centrado en la familia como ente constructor de salud.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿ Cuáles deben ser las características de un programa de salud familiar de Primer Nivel con equipo extramural para población indígena del Municipio de Ricaurte, Departamento de Nariño.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General. Presentar una propuesta de programa de salud familiar de Primer Nivel con equipo extramural para población indígena del Municipio de Ricaurte, Departamento de Nariño.

1.4.2 Objetivos Específicos.

✓ Caracterizar la población indígena en el Municipio de Ricaurte valorando sus condiciones de salud y posibles implicaciones en materia epidemiológica, para el Municipio.

- ✓ Establecer las necesidades prioritarias en la población indígena con el fin de ofrecer enfoques integrales de manejo y orientación de políticas que ayuden a hacer más eficientes y efectivas las intervenciones en salud, para el mejoramiento de la calidad de vida de esta población.
- ✓ Estimar la cobertura y acceso de los indígenas a los servicios, en el marco del sistema general de seguridad social en salud.
- ✓ Describir las condiciones de saneamiento ambiental, y situación socioeconómica, en las comunidades indígenas en las cuales se implementará el programa de Salud Familiar de Primer nivel con equipo extramural.
- ✓ Conocer la opinión de líderes indígenas sobre el programa de Salud Familiar de Primer nivel con equipo extramural en sus comunidades en Municipio de Ricaurte
- ✓ Determinar los requerimientos de talento humano, infraestructura logística y recursos monetarios que se requieren para implementar un programa de programa de Salud Familiar de Primer nivel con equipo extramural en la comunidad indígena del Municipio de Ricaurte.

1.5 JUSTIFICACIÓN

La principal motivación para realizar este estudio está fundamentada en tres aspectos : por un lado, responder al dilema de cómo garantizar una mayor protección y atención en salud para la población indígena de Ricaurte, sin saturar la demanda en los servicios ofrecidos institucionalmente; por otro lado, asumir un programa que además de identificar las condiciones reales en materia de salud – enfermedad, pueda generar una oportunidad a las familias indígenas y al sistema de salud para promover salud; y, finalmente, colocar a prueba nuevas y diferentes estrategias que desde la salud puedan potenciar el desarrollo humano en niveles territoriales definidos.

Cabe anotar, que si bien la investigación surge inicialmente como una alternativa para la atención en salud a la población indígena, es un estudio que bien puede tener aplicación general, puesto que las condiciones de vida son compartidas también por la población mestiza. Se hace necesario empezar a romper la brecha social que existe entre la comunidad mestiza y la comunidad indígena, por lo cual el programa de Salud Familiar, se convierte en una estrategia no solamente poblacional sino de aplicación territorial.

Para las instituciones de salud en el Municipio de Ricaurte esta investigación aportará ideas sobre aspectos técnicos y metodológicos, políticos y gerenciales, para hacer de la Salud Familiar, un instrumento político e insumo importante para la producción social de la Salud y el ejercicio de Promover Salud.

Con la puesta en marcha del programa de salud familiar de primer nivel con equipo extramural para población indígena que se propondrá en esta investigación, se realizará un aporte a la información en salud disponible a nivel departamental y nacional, porque se construirá una aproximación al perfil epidemiológico de la población indígena que actualmente no existe, lo que sin duda dificulta la toma de decisiones, tendientes a dar a esta población una mayor cobertura de los servicios de salud.

A partir del trabajo de campo que se adelantará durante el desarrollo del proceso investigativo se producirá información que permita posteriormente realizar una caracterización de las condiciones de salud y enfermedad de la población indígena en el Municipio de Ricaurte e identificar los principales factores asociados a dichas condiciones, de tal manera que se constituye en una herramienta de planificación de los servicios de salud.

Finalmente, la importancia de este estudio también tiene que ver con el hecho que en Colombia, y particularmente en el municipio de Ricaurte, el sistema integral de información en Salud no genera datos sobre la población indígena, lo cual implica de entrada una pérdida de información valiosa para calcular no solamente el estado de salud de esta población, la carga epidemiológica que le otorga al municipio, la afectación en sus condiciones de salud derivada de las zonas de habitación y el costo total que en materia de salud debe asignarse para la atención de esta población, hecho que en el caso particular de Ricaurte se solucionará con la acción del programa en la modalidad extramural, que aquí se está proponiendo.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1.1 Teoría del programa de salud familiar a la población indígena con equipo extramural. Se entiende que tanto la salud colectiva como el fenómeno del marginación de las comunidades indígenas son realidades complejas que exigen dinámicas de interdependencia de actores. En este sentido resulta pertinente y necesario, no sólo buscar canales de comunicación abiertos y permanentes entre la población indígena, y las estructuras del Estado encargadas de dar respuesta al fenómeno, sino posicionar los temas relevantes de la salud pública en las instancias comunitarias y gubernamentales, mediante estrategias dialécticas.

La mejor técnica para cumplir los preceptos de la política de Municipios Saludables, de “proveer al individuo, la familia y la colectividad un cuidado de salud integral, continuo y permanente, en los campos de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, con el fin de mantener una vida sana y económicamente productiva”², es aquella que tenga en cuenta los protagonistas y los espacios donde se generan los estados de salud –enfermedad. Sólo las responsabilidades entre los protagonistas (familias, comunidad, servicios de salud y gobierno como un todo) y la intervención de los espacios ecológicos permitirán restablecer el equilibrio y el disfrute de una vida sana y económicamente productiva. Este es el concepto de salud familiar y comunitaria que se expone a continuación.

La salud familiar es un sistema interactuante técnico-administrativo asistencial para atender la familia como unidad dinámica biopsicosocial. En este contexto el modelo brinda prestaciones de salud integral, continua y permanente a través de un equipo humano multidisciplinario. El mayor énfasis se hace en los campos del fomento y promoción de la salud a fin de que el individuo, la familia y, por extensión la comunidad, procuren su propio bienestar físico, mental y social, y no sólo eviten los riesgos de enfermar y morir.

Entiéndase como prestaciones de salud integrales, continuas y permanentes aquellas que atienden al individuo como ente tridimensional, biológico, psicológico y social, durante todo el espectro de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte,

² Apartes adaptados del documento: “Lineamientos de promoción de la salud y Educación para el Comportamiento Humano”, del Ministerio de Salud - Colombia, 1.995 y la ponencia sobre “Políticas de Promoción de la Salud en la OPS”, presentada por Helena Restrepo en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Bogotá, 1.992.

y durante los períodos de ausencia y presencia de la enfermedad, respectivamente.

2.1.2 La familia indígena como sujeto y unidad de atención. Hay varios aspectos que favorecen y estimulan la idea de que la familia indígena debe ser la unidad de la atención:

- Por muchos años ha existido la práctica individualista y como reacción contraria la práctica de la atención a la comunidad; cuando hay una población de familias indígenas asignadas a un equipo de salud, el objetivo de la tarea es más fácil; esto no descarta el manejo individual de las personas ni la visión de contexto de la comunidad.
- La familia es un sistema y el buen conocimiento de sus elementos no es suficiente; las interrelaciones permiten conocer mejor a los seres humanos.
- La familia tiene que ver con la génesis, con el desarrollo y con el empeoramiento de muchos problemas de salud de toda índole: genéticos, de comportamiento, mentales, orgánicos, infecciosos, metabólicos, etc.
- La familia también tiene que ver con el mejoramiento de la salud, la protección contra la enfermedad y la recuperación y mejor control durante los procesos morbosos. Recuérdese que la familia es el recurso más próximo que se tiene cuando se necesita apoyo.
- Algunos estudios (Prince-Embury, 1984) muestran como hay ciertos síntomas que se repiten en las familias, a tal punto que se han sugerido genogramas para mostrar este hecho que puede ser útil en la práctica.

2.1.3 La familia en la prevención de la enfermedad. Es ampliamente reconocida la importancia de la familia en la prevención de la enfermedad, en la recuperación de la salud y en la génesis y agravamiento de la enfermedad.

En este orden de ideas es importante considerar la acción con la familia, entendiéndose que el término “salud familiar” implica que las acciones se circunscriben a la familia; por lo tanto, se reconocen en ella los factores socioculturales que determinan el bienestar y se hace énfasis en el hecho de que la mayoría de las intervenciones se realizan con la participación de las personas que integran el núcleo familiar.

La salud familiar y comunitaria se ejerce a nivel de la vivienda y el lugar de trabajo, estableciendo retenes domiciliarios y laborales, de tal forma que la derivación de personas a las instituciones de atención médica sea una alternativa y no la norma.

La palabra familia tiene en esta estrategia una acepción más amplia que la de simple consanguinidad. Se extiende a todas las personas con nexos afectivos ó de otra índole que comparten por períodos de vida prolongados un mismo ambiente.

2.1.4 La familia como sujeto y objeto. Como sujeto, la salud familiar mira la familia como un conjunto de subsistemas unidos recíprocamente por relaciones esenciales, permanentes y circunstanciales que determinan los procesos de salud y enfermedad. Los efectos de estos procesos se extienden a veces a toda la comunidad y a otros grupos distantes que constituyen la “gran familia”, conectados por nexos de amistad y/o solidaridad social. Como objeto, la salud familiar tiene un enfoque tridimensional:

- La distribución espacial.

a. El lugar donde se asienta la vivienda, con toda su dimensión ecológica: el ambiente físico, cultural y biológico, tanto natural como artificial.

b. El lugar de trabajo, permanente o coyuntural.

c. El lugar donde se proveen los servicios de salud.

- La comunidad como conjunto de familias, con una dinámica y estructura propias, tasa de crecimiento y la distribución por edad, sexo, raza, ocupación, escolaridad y clase social.

- El conjunto de familias como sistema social. Cada comunidad tiene una diversidad de patrones de comportamiento para satisfacer importantes necesidades locales. Además del sistema de salud, la comunidad tiene otros sistemas importantes: la familia, los sistemas político, económico, escolar, religioso y el de comunicación, entre otros. La comunidad como un todo es, pues, un sistema social en el que interactúan una serie de subsistemas, los cuales son importantes para perfilar el estado de salud - enfermedad y los medios de combate.

Dentro de este marco conceptual y filosófico la salud familiar y comunitaria permite el cumplimiento de los objetivos tácticos que se originan en las políticas de salud adoptadas. Como ejemplo de algunos de estos objetivos tácticos se consideran los siguientes:

✓ Vacunar contra las enfermedades inmunoprevenibles a toda la población infantil entre 1 y 4 años de edad.

✓ Promover y fomentar la higiene personal y ambiental como un medio para evitar enfermedades infecciosas de transmisión hídrica, fecal-oral y otras rutas.

- ✓ Promover el uso de sales electrolíticas de rehidratación oral para la enfermedad diarreica aguda.
- ✓ Promover y fomentar el manejo adecuado de las aguas negras superficiales que puedan ser fuente de contaminación para enfermedades infecciosas, principalmente entéricas.

Obsérvese que ellos reflejan distintas facetas del cuidado de la salud: protección, fomento, promoción, acciones reparativas y preventivas. Si se listan todos los posibles objetivos tácticos, se vería que es posible inscribirlos en cinco áreas de trabajo, en donde cada una de ellas incluye varios programas y/o sub-programas. El contenido específico de estos programas y/o subprogramas estaría orientado fundamentalmente por las políticas. Estas áreas programáticas son las siguientes:

ÁREAS PROGRAMAS Y SUB-PROGRAMAS

Medicina Preventiva

Inmunizaciones
 Alimentación y Nutrición
 Cuidados del embarazo, parto y puerperio
 Crecimiento del niño sano
 Enfermedades de Transmisión Sexual
 Vigilancia y control de enfermedades crónicas

Salud Mental

Orientación y terapia de familia
 Promoción y fomento de la salud mental
 Prevención y control de fármaco-dependencia
 Orientación Psicológica

Salud Oral

Atención odontológica
 Prevención e higiene oral
 Educación en mejores prácticas de salud oral

Salud Ambiental

Saneamiento básico
 Educación sanitaria
 Salud ocupacional

Participación social

Fomento del liderazgo
 Organización y participación comunitaria
 Capacitación
 Fomento de la recreación y deporte saludable

La Salud Familiar queda inscrita en el primer nivel de atención, como instrumento de atención básica primaria, con nexos recíprocos y permanentes con los niveles II y III.

En el Municipio de Ricaurte la mayoría de los servicios de salud se ofrecen institucionalmente. Ellos requieren de ambientes y recursos especiales que no siempre son posibles trasladar a otros sitios de la comunidad. Además, por razones logísticas es conveniente concentrar algunos servicios. Sin embargo, la concepción misma de salud familiar y comunitaria exige la descentralización administrativa de los programas hacia escenarios en la comunidad, vivienda y lugar del trabajo. De esta manera la vivienda, y en particular la familia, se convierten en el primer puesto de salud de la comunidad.

El segundo escenario de salud es necesariamente el centro comunal, y es en este sentido que se introduce el componente de promoción del desarrollo local, como una alternativa viable, oportuna, necesaria y pertinente, no solamente para el programa de salud familiar, sino para la salud pública en general. Las casetas comunales deberán aprovecharse para la organización y participación comunitarias. Es allí donde deben ventilarse los problemas que aquejan a la población y de allí deben surgir algunas fórmulas para su solución.

En la vivienda deberá iniciarse el proceso de toma de conciencia sobre la salud – enfermedad. Las visitas de acercamiento *in situ* servirán para trazar un perfil de las familias e identificar los principales problemas y sus alternativas de solución. Muchos de los problemas podrán solucionarse allí mismo y otros requerirán ser remitidos a otras instituciones. Los miembros del equipo de salud deben estar conscientes de la importancia del trabajo extra-institucional, especialmente en organizaciones en las que funcionan los servicios para atención de enfermos. En las áreas donde se dificulte el trabajo comunitario y tenga que realizarse en una institución sanitaria no deberá perderse la perspectiva del lugar.

2.1.5 Promoción y prevención. Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tienen que ver con el mantenimiento de la salud, es decir, están dirigidos esencialmente a incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y de la comunidad, para el mejor desarrollo del individuo dentro de la misma. Deben garantizar el mayor número de acciones que identifiquen, controlen y reduzcan los factores biológicos del ambiente y el comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue u ocasione secuelas o consecuencias mayores sobre el individuo.

El papel fundamental de la promoción y prevención está dirigido esencialmente a incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y de la comunidad, permitiéndoles un estado saludable, un desarrollo humano y pleno disfrute de la prolongación de la vida en condiciones de respeto mutuo y convivencia pacífica.

Los programas de Promoción y Prevención (P y P), se encuentran enmarcados en la Ley 100 de 1993, Artículo 48 que trata de que “ La seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio “ .

Artículos 154 y 170, que establecen obligatoria la vinculación de la población a procesos de educación, información y fomento de la salud de manera eficiente y la vigilancia para que estos procesos se lleven a cabo.

La Ley 60 de 1993, que establece que cada municipio debe asignar 5 puntos del monto total del situado fiscal en salud, para actividades de promoción y prevención.

La Resolución 3997 de octubre 30 de 1996 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción, educación y prevención de la salud, en el sistema de seguridad social en salud.

Sin duda, una de las medidas preventivas más útiles es la educativa, para que el paciente conozca las medidas de protección que debe utilizar y cómo llevarlas a cabo. Esta labor debe realizarse por personal médico. La actividad educativa debe realizarse al inicio de una actividad y repetirse periódicamente.

Otra medida de utilidad son los cuestionarios realizados sobre la predisponibilidad de la persona a padecer de enfermedades, a fin de estudiar y controlar los factores de riesgo a los cuales está expuesta.

Implementar acciones de promoción y prevención : Luego de identificar los factores de riesgo a los cuales están expuestos la población indígena del Municipio de Ricaurte, que pueden llevar a contraer enfermedades, se busca diseñar una propuesta para ser puesta en práctica a fin de prevenir la enfermedad y contribuir mediante estrategias de promoción de la salud con la generación de hábitos de vida saludable en la población.

Por implementar acciones de promoción y prevención se ha de entender el trabajar en la puesta en marcha de propuestas sobre la base de cinco indicadores: *pertinencia*, es decir, la adecuación de los programas a las necesidades de los distintos grupos poblacionales y la oportunidad del servicio; *relevancia social*, relacionada con los efectos contextuales que puede producir la tarea preventiva; *integralidad*, que incluyan todos los procedimientos que requieren las personas o las colectividades para conservar o mejorar las condiciones de salud; *continuidad*: que dichas actividades tengan la secuencia apropiada y se lleven a cabo “sin interrupción o ruptura del proceso de atención al usuario desde su ingreso a la institución hasta el egreso” y *consistencia*, es decir, que sean estables y coherentes y que no estén sometidos al vaivén de las políticas financieras y gerenciales de los administradores.

Hoy más que nunca, debe haber un compromiso de construir liderazgo del sector de la salud para apoyar y promover la construcción de ciudadanía en salud, que posibilite una participación ciudadana efectiva en la lucha contra las exclusiones y las inequidades y por el derecho constitucional a la salud y el bienestar.

2.1.6 Medicina tradicional del pueblo AWA de Ricaurte³. Según Sanabria (1998) el concepto de etnobotánica parte de la interrelación de los elementos hombre-planta determinados por el medio (las condiciones ecológicas y la cultura a través del tiempo. En este sentido la investigación etnobotánica implica generar información sobre:

- La transmisión y acumulación social de los conocimientos sobre los recursos vegetales.
- Las formas de organización social para la producción vegetal
- Técnicas e implementos de uso, manejo, mejoramiento o innovación para la reproducción por siembra o cultivo.
- La capacidad de transformación o recuperación de los ecosistemas y hábitats

La etnobotánica se ha ido convirtiendo con el paso de los años, sin lugar a dudas en una importante rama de la investigación científica, por cuanto permite entender de una manera más adecuada el conocimiento que sobre el uso, manejo y conservación de los ecosistemas naturales poseen las diferentes culturas ancestrales, lo cual nos permite evidenciar la existencia de técnicas más adecuadas para la explotación y manejo de los recursos naturales.

Es precisamente a través de investigaciones etnobotánicas que se puede ampliar nuestra frontera de conocimientos acerca del origen y la importancia de los recursos filogenéticos, asignándoles la valoración que deben poseer como elementos indispensables dentro de la trama de la vida en el planeta.

De esta forma han sido a través de los siglos que las comunidades hoy llamadas aborígenes han podido vivir excomunió con los ecosistemas naturales, gracias a su inmensa sabiduría que les ha permitido aprender, entender, y asimilar la naturaleza, recogiendo y almacenando a través del tiempo conocimientos que se basan en las experiencias que han sido comprobadas y seleccionadas con el fin de lograr mejores resultados no solo para la comunidad humana sino para el conjunto de componentes que constituyen un ecosistema.

³ HERNANDEZ, Luis Orlando. Alcaldía Municipal. Dirección local de salud. Centro de Salud. Coordinación PAB, 2004. Ricaurte-Nariño

Este trabajo, enmarcado dentro del campo de la etnobiología es un valioso aporte para entender que se ha venido suscitando una transformación en la visión general que de la naturaleza se tiene, en donde cualquier ser vivo; sea un árbol, una hierba, un mamífero o insecto tiene una cualidad y una función importante en los componentes: ecológico, cosmogónico y fitoterapéutico, creando así un respeto y profunda admiración por el mundo natural.

Por otro lado es importante realizar un estudio etnobotánico de las plantas medicinales y del sistema médico tradicional Inkal Awa de Ricaurte, pues los procesos de aculturación han promovido la pérdida de los conocimientos curativos que acerca de las plantas tiene esta comunidad indígena, y es muy preocupante evidenciar como se ha relegado el saber tradicional de los curanderos, el cual ha sido reemplazado por el conocimiento y la atención médica occidental, permitiendo que se pierda en la oscuridad de los recuerdos la relación hombre-monte-enfermedad, pues para los Inka Awa la naturaleza marca ciertos ritmos de vida; o sea, los Awa deben realizar sus actividades dentro de un horario permitido por el monte sino acarrearán con enfermedades pues ha hecho caso omiso de estas reglas.

Sistema médico tradicional AWA. Según Parra y Virsano (1994) en la práctica de su medicina tradicional los Awa emplean un gran número de plantas silvestres y cultivadas que sirven para prevenir, aliviar y curar diferentes males y enfermedades. De otra parte, su vida sociocultural no se puede generalizar, ya que los diferentes grados de integración a la sociedad mestiza a la cual se han visto sujetos por causa de la colonización, los ha llevado a reelaborar muchas de sus tradiciones para adaptarse a las nuevas circunstancias.

Los Awa distinguen entre las enfermedades producidas por seres sobrenaturales y las estrictamente orgánicas, sin embargo, su sistema médico tradicional está sumergido dentro de una realidad simbólica al interior de la cual producen, se curan y se sanan las dolencias y enfermedades. En el caso del Chutún por ejemplo el cual es un espíritu que toma la forma de un animal y se introduce en el cuerpo de un indígena ocasionándole una grave enfermedad que si no es controlada por un curandero la persona puede morir. Esta realidad hace parte de su sistema de creencias y solo podemos entenderla reverenciándola a su contexto cultural.

En lo que concierne a la utilización de las plantas, los Awá, tienen varias clasificaciones, pueden ser; frías o calientes, de acuerdo con algún tipo de parecido al animal que propicia la enfermedad, pero por lo general la planta tiene la misma denominación de la dolencia o enfermedad. En general son pocas las investigaciones etnobotánicas realizadas y dan cuenta de que hasta ahora no se conoce mucho sobre las categorías émicas a partir de las cuáles ordenan su naturaleza, su sistema de creencias y sus prácticas curativas.

El concepto de enfermedad. La enfermedad es vista por lo general en las diferentes comunidades Awa de Ricaurte como un desequilibrio y una desarmonía con el universo, con la sociedad y con el ambiente, la cual no solo afecta el funcionamiento biofísico del enfermo sino también la organización del cosmos. La enfermedad tiene una base espiritual, primero que todo debe sanar la mente y el espíritu, para sí poder reestablecer la salud y la armonía del cuerpo. Según Foster (1976) sugiere dos principios básicos de enfermedad:

- El principio personalista, en cuyo caso la enfermedad se debe a la acción de un agente no humano.

-El principio Naturalista, en donde la enfermedad se debe a fuerza naturales o condiciones físicas particulares.

Existen varios casos de enfermedades que pueden estar dentro del principio personalista y que no son explicadas ni mucho menos tratadas de una manera adecuada por la medicina “occidental” pero que la medicina tradicional indígena es capaz de entender y buscar posibles soluciones curativas para devolver el equilibrio cósmico e individual, por lo general el enfermo debe tener confianza y credibilidad en los tratamientos, que se basan en rezos, soplos, baños sahumeros y uso de plantas de poder curativo.

Tabla 1. Relación de los cuaranderos y sabedores de la comunidad AWA

NOMBRE	VEREDA	RESGUARDO	ENFERMEDADES QUE CURA
María de Jesús Marín	Vegas	Vegas-Chagüi	Mal Viento, Ojiado de Piedra, Espanto
Gregorio Guango	Placer	Nulpe Alto	Chutún, Mal Viento, Mordeura de culebra
Apolunio Nastacuaz	Cuayquer	Cuayquer	Chutún, Mordedura de culebra
Lucio Rodríguez	Cuayquer	Cuayquer	Chutún, Mal viento
Juan A. Guango	Guadual	Magüi	Chutún, enduendado, mal viento
Irene Rosero	Quelbi	Vegas-Chagüi	Partera, Espanto
Giraldo Ortiz	Pueblo Viejo	Pialapí	Pertero, Espanto, Mordedura de culebra, sobador
Nelson Ortiz	Pueblo Viejo	Pialapí	Ojiado de Mainpe, Espanto
Licenia Herrera	Imbina	Magüi	Chutún, Mal viento, ojiado de Piedra
Pedro A. Guango	Pueblo Viejo	Pialapí	Chutún
Leonardo Guanga	Pueblo Viejo	Pialapí	Chutún
Marco A. Canticus	Peñas Blancas	Nulpe Medio	Chutún, Mal viento
Demetrio Guanga	Pialapí	Pialapí	Mordedura de culebra

Enfermedades y su tratamiento de acuerdo a la medicina tradicional :

1. Chutun.

Sintomas: dolor de estomago, dolor de cabeza, dolor del cuerpo, el enfermo amanece bien, pero a partir de las 12:00 p.m., presenta fiebre y dolor del cuerpo, además se enflaquece, cuando la enfermedad es grave; presenta: enrojecimiento de los ojos, dolor de oídos, dolor de muela, presencia de granos en la piel, decaimiento, manchas en la piel, tos seca, ampollas en la piel (como quemaduras).

Diagnóstico : Pulseo: en la cabeza (región frontal y occipital), brazo, pie, muñeca.

Nota: El pulso se desplaza (por las regiones del cuerpo anteriormente citadas, en horas de la mañana). El proceso de curación se realiza a través de un ritual que dura 4 días, distribuidos así: 2 días de soplo (9 veces por día), 3 día de soplo (2 madrugada, 2 tarde), al 4 día soplo se realiza el baño en la noche y en la madrugada, finalmente se realiza la “boda” evento en el que se como y se baila.

Materiales :

a) Plantas: Chaware tigre (pintadita), chaware estacoso, usma, puilidé, cóndor, güilguil, pillán, patacón, lengua de vaca, toronjil, pilpe, taldé, romerillo, ajo, mainpe, dormilona, barbasco, hoja de cuece, achiote, bihao, hoja de palma, palmito, cum, guayaba.

b) Animales : Cuzo, gallina, pescado, cuy.

c) Otros : Huevo, tabaco, chapil, moneda antigua, muela de tigre, cajucho, guarapo, o chicha.

Tratamiento :

a) Soplar : Se prepara en agua, puilidé, tabaco, cóndor, pillán, pintadita, moneda antigua, colmillo de tigre, en un mate.

Nota: Se pringa con chaware estacoso o de río.

b) Baño : En un recipiente se recoge agua de quebrada en donde se va a practicar el baño y se revuelve con: usma, puilidé, cóndor, güilgüil, pillán, patacón, lengua de vaca, toronjil, pilpe, taldé, romerillo, ajo, mainpe, dormilona, barbasco, hoja de leche.

c) Saumar : se emplea: romerillo seco, se avienta con hoja de palma y en un higrá que contenga un mate se coloca (moneda antigua y colmillo de tigre).

Recomendaciones para después de la curación:

- Se prohíbe comer carne de vaca, de ratón, cuy, perico, o alimentos asados o fritos, arroz (por 8 días).
- Debe permanecer 8 días en la casa, no debe bañarse ni tomar agua fría.
- Se debe comer: gallina, huevo cocido o en caldo con ajo, marrano después de 2 días de haber terminado la curación.
- El enfermo no debe ser visto por nadie el 1 día después de la curación.
- Si va a salir de la casa de sahumarse con romerillo, porque si el chutún vuelve a caer es mucho más fuerte.

2. Mal Viento:

Síntomas : dolor de cabeza, dolor del cuerpo, vómito, resfrío, mareo decaimiento, náusea, diarrea, dolor de estómago, enrojecimiento de los ojos, dolor de oído, dolor de los brazos.

Diagnóstico: Por pulseo.

Nota: el pulso es de 2 a 3 por segundo, en estado de reposo. El proceso de curación de Soplá, sahuma y se da toma 3 veces al día.

Materiales :

a) Plantas : Romero, canela, clavo de olor, espingo, mirria (blanca, negra, y amarilla) palo santo, cóndor, ajenjible, ajo colorado, pilar, chivo, ajo macho, escancel verde, usma, ruda, flor amarilla.

b) Otros: incienso, chapil, tabaco (cigarrillo), brasa, acompañado de rezos.

Tratamiento :

a) Soplá: En una botella se compone; canela, espingo, clavo de olor, cóndor, ajenjible, pilpe, chivo, escancel verde, usma, ruda, flor amarilla, tabaco, chapil.

b) Saumerio: Se utiliza: romero, incienso, mirria, palo santo, todo esto se echa en las brasas.

c) Toma : Se utiliza 3 cogoyos (hojas jóvenes) de chivo, 3 cogoyos de pilpe, 1 rama de romero, se deja hervir por 3 minutos, se machaca 2 diente de ajo se revuelve y se da a tomar en dosis de una copa.

3. Ojiado de Botón de Faja

Síntomas : Granos que van apareciendo en la piel, que luego se convierte en ampollas.

Diagnóstico: Visual y se manifiesta en el paciente por ardor en la parte afectada.

Tratamiento: Se consigue la planta (botón de faja), en un recipiente se mezcla con chapil y se pringa la parte afectada, por otro lado otro manojo de la misma planta se pone a tostar, se pulveriza y se aplica en la parte afectada, 3 veces al día hasta que sane.

4. Ojiado de Cadillo

Síntomas: Aparecen granos que se llenan de pus y se riegan por todo el cuerpo.

Diagnóstico: Visual, se manifiesta en el paciente porque producen comezón.

Tratamiento: Se colectan las plantas: cadillo grande, cadillo pequeño y taco-taco. Se machacan con chapil y tabaco, se calienta la preparación y se pringa en la parte afectada. 3 veces al día hasta que sane.

Nota: cuando no funciona el procedimiento anterior, se toman hojas de tabaco, se ahuman y se colocan en la parte afectada, hasta que sane.

5. Mala Hora

Síntomas: Torcedura del cuello, torcedura de la boca, dolor del cuero, vómito, desequilibrio mental, mareo, dolor de cabeza.

Diagnóstico: Pulseo en la muñeca y en el antebrazo.

Nota: el pulso se desplaza de untado a otro en el sitio de presión.

Tratamiento: se recoge agua bendita de tres iglesias, se añade ajo macho (machacado) se utiliza una copa de esta agua con ajo para la toma, al resto se le agrega 1 rama de romero y se hierve.

a) Soplar : Lo mismo que para el mal viento. 3 veces por día hasta que sane.

6. Ojiado de Piedra

Síntomas: Dolor de cabeza, fiebre, dolor de huesos, vómito, mareo, tos.

Diagnóstico: A simple vista con base en los síntomas.

Tratamiento: Se recogen 3 piedras que estén dentro de una quebrada, arroyo o río, se las pone en el fuego hasta que se vuelvan brasa, luego se coloca agua fría en un recipiente con hojas de guabo o bihao, se depositan las piedras y se tapa al paciente con una sábana para que reciba el vapor, se le hace tomar una cucharadita del agua en que están sumergidas las piedras, todo el proceso se repite 3 veces, por último después del vapor se debe sobar el paciente con mainpe manso.

Nota: cuando se pase por una quebrada, arroyo o río, se tenga y no se tome de agua se debe escupir 3 veces para prevenir este mal.

7. Ojjado de Duende

Síntomas: El enfermo se muestra deprimido, triste, escucha sonidos musicales (de marimba y bombo entre otros), aumenta su fuerza, dolor en la parte posterior del cuello, tiene la sensación de tener un niño sentado en el cuello, mal apetito.

Diagnóstico: A simple vista con base en los síntomas.

Tratamiento:

a) Toma: Se utiliza; chapil, espingo, canela, pepa de lagarto, clavo de olor, se machacan todos los ingredientes se revuelven con el chapil y se le dan 2 tomas al enfermo.

b) Soplar : Se sopla todo el cuerpo del enfermo durante 3 días de la siguiente manera: los 2 primeros días se sopla al sol y luego al enfermo, con un preparado que contenga: pillán, salvia con salvia en chapil, el proceso se acompaña con música de bombo, marimba y flauta y repartiendo guarapo solo el curandero, el 3 día se sopla hasta las 5:00 a.m., a la media noche salen dos hombres uno de ellos vestido de mujer con ropas de color rojo y con flores a bailar.

Se pintan hojas de bihao y se sacrifica un gallo rojo, cortándole la cabeza. Se sirve una mesa adornada con vicundos de flores rojas y huevos cocidos que se reparte hacia los 4 puntos cardinales.

b) Baño : Se realiza a las 5:00 a.m., debe ser en chorrera, se emplea romerillo, ají, se machacan 3 manojos de ajo, hojas de muérdago, flor amarilla, flor de pajarito, flores de vicundo. Se toca bombo y flauta hasta que se baña desde la salida de la casa. Luego del baño el enfermo debe guardarse en casa, además se debe saumar al enfermo con colmillo de tigre y una moneda antigua, se le debe hacer una cruz con la sangre del gallo sacrificado.

c) Dieta: Gallina con huevo (frito o tibio) por 8 días.

Nota: no tomar licor por 6 meses.

8. Ojiado de Vieja

Síntomas : Algunas ronchas (granos grandes) en todo el cuerpo, pérdida de memoria, malestar del cuerpo, dolor del pecho.

Diagnóstico: A simple vista con base en los síntomas.

Materiales :

a) Plantas : Romero, canela, clavo de olor, espingo, mirria (blanca, negra y amarilla) palo santo, cóndor ajenjible, ajo colorado, pilar, chivo, ajo macho, escancel verde, usma, ruda, flor amarilla.

b) Otros : Incienso, chapil, tabaco (cigarrillo), brasa, acompañado de rezos.

Tratamiento:

a) Soplar : En una botella se compone: canela, espingo, clavo de olor, cóndor, ajenjible, pilpe, chivo, flor amarilla, tabaco y chapil.

b) Saumerio : Se utiliza: romero, incienso, mirria, palo santo, todo esto se echa en las brasas.

c) Toma : Se utiliza: 3 cogoyos (hojas jóvenes) de chivo, 3 cogoyos de pilpe, 1 rama de romero, se deja hervir por 3 minutos, se machaca 1 diente de ajo se revuelve y se da a tomar en dosis de una copa.

9. Mal viento de ánima

Diagnóstico: A simple vista con base en los síntomas.

Materiales :

a) Plantas : Romero, canela, clavo de olor, espingo, mirria (blanca, negra, y amarilla) palo santo, cóndor, ajenjible, ajo colorado, pilar, chivo, ajo maccho, escancel erde, usma, ruda, flor amarilla.

b) Otros : Incienso, chapil, tabaco, (cigarrillo), brasa, acompañado de rezos.

Tratamiento :

a) Soplar : En una botella se compone; canela, espingo, clavo de olor, cóndor, ajenjible, pilper, ruda, flor amarilla, tabaco y chapil.

b) Saumerio : Se utiliza; romero, incienso, mirria, palo santo, todo esto se echa en las brasas.

c) Toma : Se utiliza; 3 cogoyos (hojas jóvenes) de chivo, 3 cogoyos de pilpe, 1 rama de romero, se deja hervir por 3 minutos, se machaca 1 diente de ajo se revuelve y se da a tomar en dosis de una copa.

Nota: Además se va al cementerio, se recoge tierra de la cabeza a los pies de cualquier tumbas, rezando un padre nuestro y un ave maría, haciendo la señal de la santa cruz. Luego la tierra se pone quemar, se le echa un poco de agua, se le hace aspirar el vapor al enfermo y se reza un padre nuestro y un ave maría. Se recomienda en la dieta no consumir lácteos, ni carne de cerdo, ni huevos.

10. Espanto (Propia de los niños)

Síntomas: El niño presenta: diarrea (fuerte olor a podrido), vómito, fiebre, sed.

Diagnóstico : A simple vista con base en los síntomas.

Tratamiento :

a) Baño : Se emplea los siguientes materiales; chapil, tabaco, paico, toronjil, chivo y pilpe, los cuales se mezclan y se procede al baño del niño, luego se lo llama (mencionando las palabras vení, vení, vení). Posteriormente se chupa en las muñecas, antebrazos, frente, corona y espalda.

b) Soplar : El curandero ingiere un bocado de la mezcla que empleo para el baño y sopla al niño 1 vez al día por 3 días, el último día del tratamiento no se le suministra ningún alimento frito o asado.

Síntomas : Se presenta un grupo el cual se llena de pus, se riega por toda la piel, produce dolor y comesón.

Tratamiento: Se toma una hoja de tiggalla, se calienta, se macera (machaca) con chapil y se pringa la parte afectada.

11) Ojiado de Pijuano

Síntomas : El enfermo se hincha todo el cuerpo, además presenta heridas con pus.

Diagnóstico : A simple vista con base en los síntomas.

Tratamiento : Se recoge una sepa del pijuano, se raspa, se revuelve con chapil y se emplasta en la parte afectada. Además se toma la hoja del pijuano , se macera (machaca) con chapil, se calienta y se pringa las heridas hasta sanar.

12. Ojiado de Centavo

Síntomas: Presencia de gran cantidad de granos en alguna parte especial del cuerpo.

Diagnóstico: A simple vista con base en los síntomas

Tratamiento : Se coge unas hojas de centavo, se maceran con hojas de tabaco, se mezclan con chapil y se pringa en la parte afectada, hasta que sane.

13. Ojiado de Caspe

Síntomas : Surgen pequeños granos, en diferentes partes del cuerpo y producen comezón.

Descripción : A simple vista con base en los síntomas.

Tratamiento : Se calientan hojas de yuca y se pringa la parte o partes afectadas.

- Se mezcla limón con sal y se pringan las partes afectadas.
- Se baña el enfermo en la madrugada antes de que salga el sol.
- Se recoge leche materna y se baña las partes afectadas.

Plantas medicinales :

i. ACHIOTE (Bixa Orellana Bixaceae)

Descripción Botánica: Arbusto, cultivado, presenta un exudado rojo o naranja: hojas simples y alternas, lámina ovada, ápice acuminado, borde liso; estípulos foliáceos caedizos; inflorescencia en panícula Terminal; flores de color rojo o naranja, fruto en cápsula con numerosas espinas de color rojo con numerosas semillas de color rojo o naranja.

Usos medicinales : Se emplea en el tratamiento de amigdalitis, heridas o inflamaciones; la forma de uso es a través de gargarismos en el caso de la amigdalitis y de lavado sobre el área afectada en el caso de las inflamaciones y las heridas; las partes utilizadas son el fruto y las hojas jóvenes (cogollos).

Preparación: El fruto se coloca a hervir con agua, con la tinta que se desprende después de reposar el agua, se hacen los gargarismos, para las heridas e inflamaciones se cocina las hojas junto con otras plantas como salvia, o chicharró, Hierbamora y guayaba.

ii. AJO (*Allium sativum* Alliaceae)

Descripción Botánica: Hierba anual, con tallo terrestre, con una altura de 40 cm., cultivada, erecta, rizomas subterráneos comestibles, hojas simples, lineales, dispuestas en una roseta que surge de la parte superior del bulbo, ápice agudo, borde entero, inflorescencia en umbela (capítulo), flores de color blanco.

Usos Medicinales : Reutiliza en el tratamiento de enfermedades de las vías respiratorias y la hipertensión; la forma de uso es mediante la administración de la planta en forma de zumo; el bulbo es la parte que se utiliza.

Preparación: Los dientes del bulbo se maceran en leche (previamente hervida) y se suministran con miel de abejas, se suministra al paciente hasta que la persona tenga mejoría y durante las noches sin que la persona reciba corrientes de aire frío Otro uso reconocido es el empleo como desparasitante acompañado de paico y limón.

iii. ALBAHACA (*Ocimum basilicum* Lamiaceae).

Descripción Botánica : Hierbas terrestre con tallo terrestre, con una altura de 60 cm., cultivada, erecta, hojas opuestas, elípticas u oblongadas, ápice agudo, borde dentado, flores sin tallo, en racimos de hasta 20 cm., de longitud en el extremo de las ramas; corola blanca o violeta.

Usos Medicinales : Se utiliza para el tratamiento de heridas, estimulante de la secreción de leche en las madres lactantes durante la lactancia, las partes utilizadas son el tallo, las hojas y la flor.

Preparación: en el caso de las heridas se colocan en “faumentos” sobre el área afectada, en el caso de la lactancia se hierve unas 8 o 10 hojas, se licuan y se toman.

iv. ALTAMISA O MARCO (*Ambrosia Cunanensis* Asteraceae).

Descripción Botánica : Hierba erecta, cultivada; con altura de 40 cm; hojas alternas, simples, palmatilobuladas, ñápice agudo, margen dentado, pubescentes; inflorescencia en espiga Terminal.

Usos Medicinales : Se emplea para sacar el frío, contra el mal aire⁴, para las mujeres en periodo de post-parto (dieta) y como aromática. La parte utilizada son las hojas jóvenes (cogollos).

Preparación: Se colocan 5 o 6 hojas en agua a hervir, se deja reposar; en el caso del frío, la dieta o el mal aire se baña el paciente, en el caso de que se utilice como aromática se bebe. Se suministra hasta que la persona mejore.

v. BARRABAS (*Rumex crispus* Polygonaceae)

Usos Medicinales : Se emplea como desinfectante de heridas y como desinflamatorio, la parte utilizada son las hojas, las cuales se colocan como emplastos sobre el área afectada (herida o hinchazón).

Preparación: se toman las hojas, se lavan y se colocan a hervir con agua por 30 minutos; con el agua se lava el área afectada y luego se colocan los emplastos hasta que sane el paciente. Esta planta también es utilizada como alimento para animales.

vi. BORRAJA (*Borago officinalis*)

Usos Medicinales : Se emplea como coadyuvante en el tratamiento de la bronquitis, las partes utilizadas son las hojas y las flores, en forma de infusión.

Preparación: Se coloca a hervir el agua y se depositan unas 8 hojas con flores, se deja reposar y se toman 2 vasos diarios (1 en la mañana otro en la tarde) hasta que el paciente mejora.

vii. BOTONCILLO (*Acmella brachyglossa* Asteraceae)

Descripción Botánica : Hierba erecta, silvestre, altura 40 cm; hojas simples, opuestas, ápice agudo, margen dentado, forma alargada, pubescentes en el peciolo; inflorescencia en capítulo, flores de lígula y capítulo, color amarillo.

Usos Medicinales : Se utiliza para el dolor de estomago y el dolor de muela (aplicación analgésico), las partes utilizadas son la raíz y el fruto; forma de uso: macerado⁵.

Preparación: En el caso del dolor de estómago se macera la raíz y se cocina con agua; se toma 1 taza diaria hasta que el paciente presente mejoría, para el dolor de muela se macera el fruto y se aplica el diente afectado hasta mejorar.

⁴ Mal aire: mal del monte

⁵ Macerado es sinónimo de machacado, majado.

viii. CALENDULA (Caléndula Officinalis Asteraceae)

Descripción Botánica : Hierba anual, erecta,, hojas simples, opuestas o alternas, ápice agudo, margen dentado, forma oblonga, pubescentes; inflorescencias en capítulo, tamaño: 3.5 a 5 cm de diámetro, coloración amarillo o naranja,; flores de lígula y de capítulo.

Usos Medicinales : Se emplea para emenagogas, regulación del ciclo menstrual, quemaduras de fuego o sol, golpes y caídas; forma de uso: infusión o emplastos. Se toma un manojo de hojas y flores se prepara en un litro con agua se suministra dos veces al día hasta que el paciente mejore.

ix. CANCHALAGUA (Polygala sp. Polygalaceae)

Descripción Botánica : Hierba erecta, altura: 20 cm, silvestre presente en el interior de bosque, orillas de caminos o potreros; hojas simples, alternas, pecioladas, glabras, forma elíptica, borde entero, inflorescencia en racimo Terminal; corola de color violeta claro; raíz con aroma a mentol.

Usos Medicinales : Se emplea para el dolor de estomago y gripa, se prepara de dos maneras: se hierva la cantidad de un vaso de agua se colocan tres ramitas y se suministra el preparado en ayunas por tres días.

La segunda forma de preparación se realiza: se toma la raíz de la planta, se machaca y se hierva con agua. Se suministra tres veces al día una copa por tres días.

x. CEROTE

Descripción Botánica : Arbusto, armado, altura: 1,5 m., hojas simples, alternas u opuestas, borde liso, ápice agudo.

Usos Medicinales : Se emplea para el dolor de los riñones, la parte utilizada es el fruto maduro (de color negro), forma de uso: infusión en agua.

Preparación: se toman 3 o 4 frutos se colocan en agua hervida por espacio de 30 minutos, se deja reposar y se consume 1 vaso, 3 veces al día hasta que el paciente presente mejoría.

xi. CEDRON / CIDRONC (Limpia critiodora Verbenaceae)

Descripción Botánica : Hierba de olor aromático, altura: 1 a 3 m., tallo pubescente en la parte superior; cultivada; hojas de 4 a 7 cm de largo, simples, dispuestas en verticilos, forma lanceolada, borde liso, ápice agudo; inflorescencias en panículas

terminales o en espigas localizadas en las axilas de las hojas, flores blancas y con olor a limón.

Usos Medicinales : Se utiliza como aromática en afecciones de tos, alteraciones de los nervios y las indigestiones, forma de uso: infusión con agua.

Preparación: se toma varias hojas (8-12u), se prepara $\frac{1}{4}$ de litro de agua hirviendo, se agregan las hojas, se retira del fuego se deja reposar y se ingiere tres tazas al día hasta presentar mejoría. En el caso de indigestión se prepara además con: tilo, manzanilla, hierbabuena y azahar; se toma 1 una taza después de almorzar y cenar.

xii. COLA DE CABALLO (Equisetum pratense Equisetaceae)

Descripción Botánica : Hierba perenne, de 40 a 60 cm de altura; tallo recto, redondo, áspero y acanalado, fruto sobre el extremo del tallo de color pardo amarillo; hojas dispuestas en forma de corona, verticiladas con una vaina alrededor de sus bases que envuelven parcialmente el tallo, sésiles, lineales sin flores.

Usos Medicinales : Se utiliza como purificador de la sangre, limpia el estómago, hígado y riñones, detiene las hemorragias internas y externas. Se debe tomar el preparado de agua con tallos en infusión en cantidad de un vaso dos veces al día para purificar sangre, hígado y riñones, en el caso de las heridas externas se lava la parte afectada y luego se emplasta.

xiii. CASCARILLA (Ladenbergia sp. Rubiaceae)

Descripción Botánica : Arbol, de unos 7 m de altura, presente en bosques maduros o en alto estado de regeneración, D.A.P. de 55 cm., hojas simples, opuestas, ápice agudo, margen entero, forma ovada, glabras, con estípulas interpeciolares; inflorescencia Terminal, flores de color blanco o crema con olor aromático.

Usos Medicinales : Se emplea para infecciones de la piel y fiebre, la parte utilizada es la corteza del tallo; forma de uso; infusión.

Preparación: se coloca a hervir un litro de agua se introduce la corteza y se deja reposar por unos 30 minutos, en el caso de la infección se baña la parte afectada y para la fiebre se toma 1 taza diaria, en ambos casos hasta que el paciente mejores.

xiv. CORDONCILLO (Piper sp Piperaceae)

Descripción Botánica : Arbusto algo aromático, crece en interior del bosque, bordes de camino o zonas abiertas, nudos engrosados: con altura de 2 m., hojas alternas y simples; lámina foliar curiácea, base oblicua, margen liso, ápice acuminado, estípulas caducas, presencia de tricomas en las hojas, venas basales muy ascendentes, pecíolo un poco alado con base envolvente. Inflorescencia no ramificada en forma bastón y como una cabezuela, que nace opuesta al pecíolo.

Preparación: se corta el tallo en pequeños trozos y se coloca en el agua una vez haya hervido; la dosis a tomar es 1 taza del agua preparada, 3 veces al día por espacio de 3 días. La corteza además sirve para contrarrestar el dolor de muela. También se utiliza para la curva del mal aire.

xv. CHAWARE⁶

Descripción Botánica : Hierba erecta, que se encuentra en los rastrojos húmedos y en las trochas de las colinas, es silvestre o cultivada (por el curandero); crece hasta 1,5 m de altura, su tallo es cuadrangular y pubescente; sus hojas son simples, opuestas, elípticas, con margen entero, ápice agudo; inflorescencia presentes en las axilas de las hojas, flores bilabiadas, blancas.

Usos Medicinales : Se emplea para curar el Chutún⁷, se utiliza toda la planta, para prepara el agua con la que se baña al enfermo y para pringar su cuerpo. El ritual de sanación dura una semana y está acompañado de otras experiencias.

Preparación: Para las heridas: se coloca 1 litro de agua a hervir con un puñado de hojas, además de hojas de guayaba, achiote y hierba mora, aclimatada el agua se lava la parte afectada; en el caso de las hemorragias se maceran las hojas y el extracto se coloca sobre la hemorragia. Para la gripa se depositan 3 cogollos con ½ litro de agua a hervir se deja reposar y se toma. En todos 3 casos se administra hasta que la persona mejore.

xvi. CHILCA

Usos Medicinales : Se usa para la indigestión, las partes utilizadas son los cogollos (hojas jóvenes), la forma de uso es en infusión.

Preparación: se toman 8 cogollos de la planta y se colocan en 1 vaso de agua hervida, se deja por espacio de unos 20 minutos y luego se consume.

⁶ Planta utilizada por la comunidad Awa para curar chutún

⁷ Chutún o Walpura; enfermedad de carácter sobrenatural en la que se introduce el espíritu de un animal en el cuerpo de un humano y que puede producir: dolor de estómago, de cabeza, de espalda, de piernas, etc., acompañados por fiebre, vómito, diarrea e inapetencia.

xvii. CHILANGUA (*Eryngium foetidum* Umbelliferae)

Descripción Botánica : Hierba cultivada, alcanza una altura de 30 cm., el tallo es ramoso, verde, y liso; sus hojas son simples, verticiladas opuestas, margen dentado, palmatilobuladas, glabras; las inflorescencias son cabezuelas.

Usos Medicinales : Se utilizan para tratar la diarrea en niños, cólicos y paños⁸ en mujeres embarazadas o que han dado a luz, la forma de uso es en infusión y la parte utilizada es la raíz.

Preparación: Se corta la raíz en pequeños trozos y se colocan en agua hervida, se deja por espacio de unos 20 minutos; se toma 1 taza, 3 veces al día por 1 día. Además se emplea como condimento en la cocina.

xviii. CHINA (Familia: ERICACEAE)

Descripción Botánica : Liana, silvestre, rastrera, hojas alternas con ápice acuminado y margen entero, base cordiforme, lanceoladas y simples, sin estípulas y glabras.

Usos Medicinales : Se emplea para curara afecciones de riñones e hígado, las partes utilizadas son: la raíz y los tubérculos (papas). Para la preparación se corta en trozos la parte utilizable y se hierve en agua junto con la raíz del micay y la palma china, goma y linasa, Se suministra una taza al día por siete días.

xix. ESCANCEL ROJO (*Alternanthera* sp.)

Descripción Botánica : Hierba, silvestre, de unos 30 c., de altura, hojas opuestas con ápice agudo, margen entero, base obtusa, pecioladas, elípticas, simples, glabras, sin estípulas. Inflorescencia en cabezuela de coloración blanca.

Usos Medicinales : Se utiliza para casos de fiebre y enfermedades del riñón. Se emplean las hojas maceradas de la siguiente forma: se maceran un manojo de hojas, se extrae el sumo y se ingiere, media taza para bajar la fiebre.

xx. FLORIPONDO (*Brugmansia aurea* Solanaceae)

Descripción Botánica : Arbol pequeño de hasta 9 m., hojas alternas con ápice agudo, margen liso, base obtusa, pecioladas, glabras, sin estípulas, flores solitarias axilares, pendulares, corola funeliforme.

⁸ Planta utilizada por la comunidad Awa que vive en la vereda La Alegría del Resguardo El Gran Mallama

Usos Medicinales : En el caso de los Awa de Ricaurte, se emplea como contra para el Guamuco (*Brugmansia sanguinea*), se prepara de la siguiente manera: se maceran 3 puntas de tres hojas y se colocan en agua, se toma la medida de la base del vaso, para saumar, se utilizan 5 hojas, las cuales se colocan en una olla en la que previamente se han colocado 5 piedras en brasa, el vapor que se crea debe ser inhalado por el paciente, arropado en una toalla o sábana.

xxi. HIERBA BUENA (*Mentha piperita*)

Descripción Botánica : Hierba silvestre y cultivada, de 80 cm de altura, hojas opuestas, sésiles, con presencia de tricomas por ambos lados (haz y envés) oblongolanceoladas, bordes aserrados, tallos pubescentes, inflorescencia en espiga.

Usos Medicinales : Ampliamente conocida por su gran valor en la cura de dolores estomacales. Se utilizan las hojas las cuales se colocan en infusión en agua y el preparado se ingiere sin ningún tipo de contraindicaciones o limitantes.

xxii. HIERBA DE SAPO (*Cuphea racemosa* Lythraceae)

Descripción Botánica : Hierba silvestre de hasta 3 m de altura, hojas opuestas con ápice agudo, margen liso, base decurrente, pecioladas, forma ápice agudo, margen liso, base decurrente, pecioladas, forma elíptica, simples, sin estípulas y pubescentes. La inflorescencia es en racimo con flores de color violeta (claro). Fruto en cápsula.

Usos Medicinales : Se utiliza para curar el dolor de estomago, las partes empleadas son: las hojas y los peciolo, los cuales se cortan y se colocan a hervir con agua, la dosis es de una taza, tres veces al día por nueve días.

xxiii. HOJA SANTA (Familia: Myrsinaceae)

Descripción Botánica : Hierba silvestre, de 1 m de altura, hojas suculentas, opuestas, con ápice agudo, margen cremulado, elípticas, pecioladas, sin estípulas, glabras, trifolioladas. Inflorescencia en panícula, con flores de color rojo (claro)

Usos Medicinales : Se emplea para bajar la fiebre, las partes utilizadas son las hojas, las cuales se ponen a hervir con poca cantidad de agua ya que las hojas desprenden un líquido, el preparado se le suministra al paciente en una toma y se lo baña con el mismo.

xxiv. LAGARTO (*Abelmoschus moschatus* Malvaceae)

Descripción Botánica : Hierba silvestre o cultivada, que alcanza hasta unos 90 cm de altura, hojas simples, alternas, palmatilobuladas, hojas, tallos y frutos pubescentes. Fruto en cápsula con abundante semilla.

Usos Medicinales : Se utiliza como parte de la contra para la mordedura de víbora⁹.

Se prepara: macerando todas las plantas, se extrae el sumo y se toma la medida de una copa de aguardiente, hasta que el paciente mejore.

xxv. LIMONCILLO (*Cymbopogon citratos* Poaceae)

Descripción Botánica : Hierba perenne, robusta, hasta de 1 m de altura, hojas lineares, de hasta casi 1 m, agrupadas cerca de la base, con el borde cortante. Hojas numerosas en retoños estériles, vainas alargadas, glabra, aurículas fusionadas con las márgenes de la lígula. Inflorescencias de 30 a 40 cm de largo, caídas o péndulas.

Usos Medicinales : La parte útil son las hojas, las cuales se emplean, mediante infusión en agua para bajar la fiebre en pacientes con gripa.

xxvi. MALVA (*Malacra capitata* Malvaceae)

Descripción Botánica : Arbusto silvestre, de hasta una altura de 1,40 m hojas alternas, simples, ápice agudo, margen serrado, base redondeada, pecioladas, trilobuladas, pubescentes y con estípulas, flores de color amarillo.

Usos Medicinales : Se emplea para bajar la fiebre y en casos de estreñimiento. La parte utilizada es el tallo, el cual se corta en trozos y se coloca en agua al clima, cuando suelta una baba, se recoge el preparado y se toma una taza hasta que el paciente mejore.

xxvii. MANZANILLA (*Matricaria recutita* Asteraceae)

Descripción Botánica : Hierba cultivada, anual, de hasta 60 cm de altura, ramosa, glabra, con hojas profundamente divididas en lacinias muy finas, filiformes y con las ramitas terminadas en cabezuelas con capítulos de color amarillo y lígulas de color blanco. El involucre que rodea la cabezuela está formado por hojas orladas.

Usos Medicinales : Se utiliza para cólicos estomacales, detener procesos de diarrea y como antibacterial en el caso de limpieza de heridas. Las partes

⁹ La contra contiene: chapil, Zaragoza, lagarto, pepa de cedrón y curanina

utilizadas son las hojas y las inflorescencias las cuales se preparan mediante infusión en agua (se suministra ilimitadamente), en el caso de heridas con el preparado se lavan las partes afectadas.

xxviii. PALMA CHINA

Usos Medicinales : Es muy efectiva para bajar la fiebre en personas adultas, la parte utilizada es la hoja, la cual se coloca en infusión con agua, el preparado se suministra en una dosis de una media taza, dos veces al día.

Observaciones : En algunas partes se emplea como jabón para limpiar la ropa. En este caso se maceran las hojas, se aplica sobre la ropa y se soba, luego se remoja y se retira con abundante agua.

xxix. PAICO (*Chenopodium ambrosioides*)

Descripción Botánica : Hierba silvestre o cultivada de hasta 1 m. de altura, hojas alternas con glándulas, simples, ápice agudo, margen crenulado, base atenuada, pecioladas, glabras, tallo pubescente, inflorescencia en espiga axilar con flores de color amarillo y corola verde.

Usos Medicinales : Desparasitante. Se utiliza toda la planta, la cual se macera y se extrae el sumo. El preparado se da a tomar en ayunas en dosis de una copa de aguardiente por espacio de tres días.

xxx. SAUCO (*Sambucus nigra* Caprifoliaceae)

Descripción Botánica : Arbusto silvestre o cultivado, que puede alcanzar una altura de hasta 4 m. hojas con hojales pequeños de hasta 1 mm hojas opuestas, formadas por dos o tres pares de hojuelas (pinnas) opuestas, de forma ovalada y lanolada, con ápice agudo, bordes aserrados. Inflorescencia terminales en ramilletes con flores blancas. El fruto es una baya negra cuando alcanza la madurez completa.

Usos Medicinales : Las flores mezcladas con alumbre se aplican sobre las partes inflamadas del cuerpo. Se recomiendan para la tos, proceso para el cual se recomienda las hojas e infusión, se suministra una taza del preparado tres veces al día.

xxxi. POLEO (*Saturaje brownii* Labiatae)

Descripción Botánica : Hierba rastrera, silvestre o cultivada. Hojas opuestas, simples, margen crenulado, ápice agudo, pecioladas, glabras, bade redondeada, forma reniforme. Flores solitarias, axilares de color lila.

Usos Medicinales : Se recomienda en los niños que presentan diarrea, la parte a utilizar es toda la rama la cual se cocina en un litro de agua, se suministra una copa, tres veces al día hasta que el paciente mejore.

xxxii. VERBENA (*Verbena littoralis* Verbenaceae)

Descripción Botánica : Hierba silvestre, con una altura de hasta 1 m. hojas opuestas, simples, ápice acuminado, margen dentado, forma elíptica, base atenuada, sésiles, glabra. Inflorescencia en espiga, flores sésiles.

Usos Medicinales : Las flores mezcladas con alumbre se aplican sobre las partes inflamadas del cuerpo. Se recomiendan para la tos, proceso para el cual se recomienda las hojas e infusión, se suministra una taza del preparado tres veces al día.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

El equipo extramural ha sido definido como "el encuentro interdisciplinario entre profesionales y agentes comunitarios, que trabajan directamente en la comunidad y en coordinación con las instituciones de salud, para el logro de una salud biopsicosocial de las comunidades de alto riesgo"

2.2.1 Aspectos filosóficos de un programa de salud extramural. Un programa de salud extramural se sustenta y parte del enfoque de "Promoción de la Salud" y su accionar debe arrojar un posicionamiento crítico frente a las posibilidades y oportunidades que desde el sector salud se tienen para promover la salud en un contexto de violencia y alta iniquidad política, social y económica como el del Municipio de Ricaurte. El programa no puede ni debe perder de vista la población a la cual está dirigido, puesto que se trata de población indígena.

Inicialmente debe tenerse en cuenta que :

- Se tienen unas connotaciones de orden psico-social particulares
- Puede existir resistencia y prevención hacia extraños
- Se tiene en la población indígena unos patrones culturales específicos que hay que respetar
- Existe una alta identidad territorial
- Es igualmente posible un bajo nivel de escolaridad

Todos estos son condicionantes tenidos en cuenta antes de dar inicio al programa, de tal manera que se logre una sensibilidad adicional frente a la necesidad de adaptar los tiempos profesionales al tiempo de las comunidades indígenas.

En este sentido, el programa debe privilegiar los criterios de equidad, sin descuidar los de eficiencia que tradicionalmente priman en el sector salud, pues de lo que se trata es de garantizar oportunidades a todas las familias.

El programa debe tener como principios la integralidad, la prevención, la participación democrática, y pretende lograr un sincronismo de la medicina tradicional con la occidental, potenciando el auto-cuidado individual y la auto-gestión comunitaria.

El profesional de cada área del programa deberá adaptar los términos y expresiones idiomáticas al lenguaje de la región ó al grupo de familias y seleccionar las ayudas educativas de acuerdo con los recursos existentes en las entidades de salud encargadas de su desarrollo.

2.2.2 El equipo humano extramural y sus funciones en el programa de salud familiar de primer nivel de atención. Las funciones que se definan para los integrantes del equipo humano extramural pueden ser modificadas en el futuro de acuerdo con el contexto en que se desarrolle. De igual manera, la distribución de funciones y tareas, y su definición operacional, puede responder a patrones diferentes, pues, esta presentación metodológica está sujeta al enriquecimiento que cada nueva experiencia permita.

En esta parte del documento se incluyen, igualmente, algunos de los indicadores que servirán como patrón de medición para cada una de las actividades que se prevé pueden desarrollarse durante las visitas familiares por parte de los profesionales en salud. Con respecto al equipo de promotores de desarrollo local, se definirán los soportes con que se demuestre la ejecución de actividades, en caso de que no exista una vinculación laboral formal y se mantengan reconocimientos económicos según actividades realizadas.

La Coordinación General del Programa Salud Familiar tendrá como función general plantear las directrices, establecer los convenios y acuerdos interinstitucionales a que haya lugar, canaliza acciones de cooperación y ayuda mutua, vigila el cumplimiento de las acciones planteadas, aplica los correctivos a que haya lugar, participa en el diseño y análisis de las evaluaciones y formula propuestas que contribuyan al fortalecimiento continuo de la estrategia.

2.2.3 Proceso de unificación de criterios y preparación para el trabajo de campo. Se parte por reconocer en este programa un proceso innovador desde el punto de vista de la oferta de servicios de salud, particularmente los dirigidos hacia la población indígena.

Las innovaciones fracasan porque se imponen por autoridad o poder. Existe una natural y hasta explicable resistencia a los cambios. Los cambios constituyen un clima de incertidumbre y amenaza para las personas. Si la innovación no se

maneja adecuadamente se corre el riesgo de una “radicalización” de las fuerzas opositoras que pueden hacer fracasar los programas.

Las estrategias que facilitan una transformación a-traumática son la preparación para el cambio y la implantación de un período de transición ó de adecuación.

Las instituciones del sector salud en Colombia tradicionalmente muestran una fuerte tendencia hacia los modelos de baja productividad. La rutina en las funciones del personal de salud ha sepultado la conciencia del cambio. Sin embargo, las presiones de la población y la austeridad en el gasto público están urgiendo nuevos enfoques que maximicen los recursos disponibles. Es por esto que en la fase de preparación para el cambio se debe ilustrar a todo el personal, sin excepción alguna, en la nueva filosofía, se discuten las ventajas y desventajas de la misma, se escucha y se estimula la participación de todos.

La reformulación de los objetivos, metas y procedimientos se hace con la participación activa de todos los miembros del equipo de profesionales, de tal manera que cada persona se sienta protagonista y creadora del nuevo cambio, del nuevo programa. Como es imposible después de agotada esta fase entrar en una etapa de completo cambio, es necesario vender a todos la importancia de darse un margen prudente de tiempo para hacer los ajustes necesarios al nuevo rumbo.

Este período de adecuación no debe ser muy largo, y puede ocurrir incluso, durante el período de tiempo en el que se implementa la totalidad del programa, pues el programa es dinámico y se incrusta en una realidad compleja y cambiante, que le aumenta su carácter no lineal. Se propone no empantanar el proceso tratando de realizar la totalidad de las modificaciones, sino que durante el tiempo de ejecución deben superarse las dificultades y hacerse los esfuerzos necesarios para corregir sobre la marcha los pequeños problemas que pueden surgir.

En esta fase, igualmente, se realizará colectivamente el diseño operativo de los instrumentos a ser utilizados, se procede con la elaboración participativa del plan operativo de actividades, incluyendo las definiciones operacionales de cada actividad y los indicadores para cada una de ellas¹⁰; además, la elaboración de los pedidos de insumos, materiales y equipos requeridos para la ejecución de cada uno de los componentes.

Para el desarrollo de esta fase se trabajará primero con el equipo de profesionales, luego con el equipo de promotores del desarrollo local y, posteriormente, se desarrollan una serie de actividades conjuntas con los dos equipos que permitan afinar la estrategia metodológica de campo.

¹⁰ Las funciones e indicadores presentados en este mismo documento, se formularon mediante la estrategia de trabajo reflexivo en equipo, integrando las diferentes miradas de los profesionales y promotores.

Hasta aquí se ha mencionado la importancia de la unificación de criterios al interior del personal responsable de la ejecución del programa. Es igualmente importante la sensibilización al otro personal de la propia institución no vinculado de manera directa con el programa, así como a los representantes de las instituciones de mayor nivel de complejidad con las cuales se mantiene relación; sin embargo, esta sensibilización conceptual no es suficiente y debe abordarse en igual sentido a la comunidad en la cual se implementa el programa.

La comunidad indígena también estará comprometida con la solución de sus propios problemas y con la búsqueda de mejores condiciones de vida, siendo esto potenciado por la labor de los promotores de desarrollo local. En este sentido, tanto el equipo de salud como el equipo de promotores de desarrollo local facilitan el proceso de creación de conciencia para que el individuo y la familia procuren su propia salud física, mental y social, y no sólo eviten los riesgos de enfermar y/o morir.

En el desarrollo de un programa de esta naturaleza se debe tener en cuenta que en la mayoría de los desequilibrios del proceso de salud – enfermedad se reconocen factores atribuibles al comportamiento de las personas y a las condiciones del medio ambiente en el cual viven y se desenvuelven. Por ésta razón, el énfasis en la provisión de los servicios se hace a nivel de la vivienda y el lugar de convivencia y trabajo: en esto se basa la salud familiar y comunitaria, ya que se trata de establecer retenes domiciliarios que hagan de la asistencia en salud una alternativa y no la norma, apoyándose en los Centros de Trabajo Comunitario.

Nótese que la estrategia propuesta pretende reemplazar la costumbre inveterada de construir centros y puestos de salud, que en realidad son centros de enfermedad, por la construcción de “polos de desarrollo comunitario”.

Surge un elemento, que si bien no ha sido totalmente desarrollado, en el programa de Salud Familiar es fundamental para el éxito de un programa de esta naturaleza. Se trata de la “Coordinación Intersectorial”, la cual es planteada como una de las cinco estrategias de la Promoción de la Salud; por cuanto la coordinación intersectorial es básica en cualquier trabajo de Salud Pública. El éxito de los programas depende de la cooperación intra e intersectorial. Las relaciones intersectoriales nacidas por vínculos de amistad ó relaciones interpersonales deberán legitimarse, a fin de que constituyan una voluntad política y no simplemente un acuerdo ó convenio temporal.

Dado que el programa se desarrollará pensando en la población indígena, las acciones de coordinación intersectorial estarán dirigidas hacia las instituciones responsables de atender la problemática, tales como la Red de Solidaridad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Profamilia, La Cruz Roja, así como ONG’s dedicadas al trabajo con este tipo de población. Sin embargo, es claro que

sectores como Saneamiento Básico, la Secretaría de Educación, los medios de comunicación, la UMATA, entre otros, deben ser aliados fundamentales para el desarrollo y éxito de un programa de esta naturaleza.

2.3 MARCO CONTEXTUAL



Cuando llegaron los españoles la zona de Ricaurte, la encontraron poblada por indios Coaiqueros, quienes pertenecían a los grupos Telembías, Iscuandés y Barbacoas. Inicialmente tenía el nombre de San Pablo ubicado en la cabecera de la vereda que actualmente lleva el mismo nombre; posteriormente por inconvenientes de localización y económicos, fue trasladado al sitio que ocupa actualmente y allí fue fundado en el año de 1880 por Don Antonio Rosero, quien gestionó con los pobladores su erección a municipio que se dió mediante ordenanza número 22 de 1881 con el nombre de Ricaurte en honor al héroe Antonio Ricaurte¹¹. El Plan de Desarrollo Municipal, indica que :

Distancia a Pasto: 142 Kms.

¹¹ Plan de Desarrollo Municipal. Alcaldía Municipal de Ricaurte. 2007

Distancia a Tumaco: 136 Kms.
 A.S.N.M 1.181 Mts.
 Superficie: 1.211 Km representa el 4.6% del departamento de Nariño
 Area urbana: 3 Kms²
 Area rural 1.208 Kms²
 Límites: Norte: Municipio de Barbacoas y Samaniego
 Sur: República del Ecuador y Municipio de Cumbal
 Este: Municipios Samaniego, Santacruz y Mallama
 Oeste: Municipio de Tumaco y República del Ecuador
 Temperatura promedio: 22° C
 Posición geográfica: 1° 29' 30" de latitud Norte en el río san Juan de Zumbí
 1° 29' 30" de latitud Norte en el río Telembí
 77° 48'39" de longitud oeste en los ríos Telembí Gualcalá
 78° 24'52" de longitud oeste en el río San Juan

Tabla 2. División Política. Municipio de Ricaurte

Barrios		1 Santander, 2 La Pola, 3 Cartagena, 4 Avenida de los Estudiantes, 5 Las Palmas, 6 Primavera, 7 Comercio, 8 Guayabal
	Veredas	San Isidro, Chambú, San Pablo, Ospina Pérez, Alto Cartagena, San Francisco, Pilispí, Villanueva.
	Resguardo:	Comunidades:
1	Gualcalá	1 Santa Rosa, 2 Río Blanco, 3 Chinal, 4 San Francisco, 5 Bajo Gualcalá y 6 Santa Fé
2	Pialapí	1 Pueblo Viejo, 2 Curcuel, 3 Casa Grande, 4 Pialapi, 5 Bocana, 6 Aguacate, 7 Yare
3	Cuascuabí	1 Cuascuabí, 2 Paldubí
4	Ramos	1 Ramos, 2 Mongón, 3 Mirador, 4 Manchurria
5	Maguí	1 Arrayán, 2 Imbiná, 3 Maguí, 4 Cumbas, 5 Guadual
6	Cuchilla del Palmar	1 Cuchilla del Palmar, 2 Bogotá chiquito
7	Nulpe Medio – Rio San Juan	1 Chicandina, 2 Cuasbil, 3 San Luis Nulpe Alto, 4 Quembí, 5 Placer, 6 Cabecera Nulpe Alto, 7 Hojal, 8 Angostura, 9 San Vicente, 10 Puente Piedra, 11 Chical, 12 San Luis Nulpe Medio, 13 Basal 14 Telpi Bajo, 15 Peñas Blancas, 16 Barbosa, 17 Nulpe Medio, 18 Piguantís, 19 Mojarra, 20 Corozal, 21 Guadual, 22 Alto San Luis.
8	Vegas – Chaqui-	1 Nembí Bajo, 2 Chagüi, 3 Chimbuza, 4 Chapilal,

	Chimbusa	5 Cimarrón, 6 Vegas, 7 Quelbí, 8 San Antonio
9	El Milagroso	1 Isipú, 2 Cuesbí Carretera, 3 Carrizal, 4 Yugal, 5 Alto Armada, 6 Cuaiquer Viejo, 7 Tefí, 8 Esperanza, 9 Palanquer, 10 Cuesbí Montaña, 11 San José de Vegas, 12 Palbí Guatal, 13 Zaragoza.
10	Alto Cartagena	1 San Antonio, 2 Santa Clara
11	Palmar –Imbí Medio	1 Palmar, 2 Imbí Medio.

Fuente: Planeación Municipal 2005

Junto al casco urbano existen actualmente dos asentamientos poblacionales que el EOT determinara de forma clara a que sector del municipio pertenece: el Guayabal y Alemania.

Demografía : Según el DANE para el año 2003 la población del Municipio de Ricaurte era el de 10.477.110 habitantes. De esta población el 52% son hombres y el 48% son mujeres.

Cuadro 1. Distribución de la Población por género

Sector	Total	Hombres	mujeres
Municipio	10477	5429	5048
Cabecera	1699	863	836
Resto	8778	4566	4212

Fuente: DANE, Censo 2003

Distribución étnica : En el municipio de Ricaurte hace presencia la comunidad Awa y la comunidad mestiza, del total de la población el 66.1% (8.672 habitantes) son indígenas Awa distribuidos en 11 resguardos así:

Cuadro 2. Población por Resguardos

Resguardo	Habitantes
Alto Cartagena	128
Cuascuabí	205
Cuchilla del Palmar	375
Gualcalá	375
Maguí	799
Milagroso Cuaíquer Viejo	1.768
Nulpe Medio y Alto	2.621
Palmar Imbí Medio	327
Pialapí Pueblo Viejo	1.175
Ramos Mongón	262
Vegas Chagú Chimbuza	637
TOTAL	8.672

Fuente: Plan de Vida Awa 2002

Cuadro 3. Distribución étnica de la población

Etnia	Población	Porcentaje
Awa	8.612	65,69%
Mestizos	4.498	34,31%
TOTAL	13.110	100%

Fuente: Plan de Vida Awa 2002 en diagnóstico preliminar EOT

Proyección de la Población : Para proyectar la población se tomaron los datos estadísticos de la población proyectada a 2005, proyección efectuada por el DANE, teniendo en cuenta una tasa media anual calculada en el 0.77%.

Cuadro 4. Proyecciones Anuales 2005 – 2013

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hab	13.296	13.398	13.500	13.603	13.707	13.812	13.922	14.029	14.137

Fuente: Proyección DANE 2005 en diagnóstico

Como se observa en el Cuadro 4, el crecimiento de la población 2005 – 2013 se calcula en 841 nuevos ciudadanos y que la población crecerá al año 2013 en un 7.95% (Diagnóstico Preliminar EOT)

Emigración e Inmigración : En la actualidad en el municipio de Ricaurte, los procesos de inmigración e emigración, se da por el desplazamiento forzado debido al conflicto armado interno que se vive en la región y que expulsa pero también recibe población migrante.

Cuadro 5. Población Migrante e Inmigrante

Emigrantes		Inmigrantes	
Personas	Familias	Personas	Familias
679	169	341	64

Fuente: IDSN 2004, en diagnóstico preliminar EOT

Población Económicamente Activa : La población económicamente activa del municipio de Ricaurte es de 5.601 (42.43%) personas. Para la comunidad indígena Awa según censo realizado por la organización CAMAWARI en el año de 1999, la población económicamente activa indígena es de 4.618 que corresponden al 53.25% del total de la población municipal.

Educación :

Cuadro 6. Establecimientos Educativos y Número de estudiantes

Sector	Centros Educativos	Instituciones Educativas	Estudiantes
Urbano	0	1	1046
Rural	64	2	2453
TOTAL	64	3	3499

Fuente: Secretaría de Educación de Nariño en diagnóstico preliminar EOT

La deserción escolar según la Secretaría de Educación de Nariño es del 21.6% que equivalen a 831 de 3846 estudiantes matriculados.

La cobertura escolar es del 111.04% lo que equivale a decir que de 3.950 de personas en edad escolar están siendo atendidas, teniendo en superhábit escolar del 11.04% equivalente a 436 estudiantes.

Recursos Naturales : La mayor parte del territorio Ricaurteño es montañoso, distribuyéndose estas tierras en pisos térmicos cálidos, templados y fríos y son bañadas por las aguas de numerosos ríos y quebradas, la relación hombre naturaleza desarrollada durante siglos determina la necesidad de generar programas de manejo integral del territorio, entendiendo que la intervención del hombre en la naturaleza es necesaria pero enmarcada dentro del concepto de desarrollo sostenible, que permita la producción de elementos básicos en la cultura Awa pero a la vez eduque y genere procesos formativos a partir de los cuales se mire con integralidad y desde la cultura las acciones que la población, indígena, campesina y blancos en general realizan con su entorno.

Se rescata nombre de especies casi desaparecidas de los territorios como chachjo, pandala, piadle, cedrillo, pulgande, guabo negro, helecho, aguacatillo, amarillo, cordoncillo, tete, cuesbite, limoncillo entre otras.

La riqueza cultural, ambiental y paisajista que guarda esta tierra permite que en un único lugar del mundo podamos encontrar 11 de las cien zonas de vida existente en el planeta, lo que permite prever la necesidad de formar a la población en el manejo del territorio integrando conocimientos y prácticas de indígenas y campesinos; la presencia de cultivos ilícitos y la ampliación de la frontera agrícola, además de la explotación maderera ponen en peligro una de las regiones más diversas del planeta.

Salud : El municipio de Ricaurte, cuenta con una Institución prestadora de Salud: El Centro Hospital, que se encuentra ubicado en el sector urbano además cuenta con siete (7) puestos de salud distribuidos en la zona rural del municipio, los cuales

no permiten realizar una cobertura apropiada de toda la población, siendo la más afectada la indígena.

El centro de salud cuenta con una infraestructura acorde a la normatividad que rige el sector, además los puestos de salud cuentan con una adecuada infraestructura, aunque es necesario adecuarlos, complementarlos para mejorar la calidad y cobertura del servicio.

La E.S.E. es de carácter Municipal y esta capacitada para ofrecer servicios básicos de bajos riesgos. El municipio cuenta con el servicio de algunas administradoras de régimen subsidiado: EMSSANAR, MALLAMAS, CONDOR Y PROSALUD. La cobertura de aseguramiento tanto en régimen subsidiado como en contributivo es así:

Cuadro 7. Cobertura del sistema de salud. Año 2004

Clase	Número
Contributivo	406
Subsidiado	10.611

Fuente: Instituto Departamental de Salud. Informe Nariño 2004.

Este programa se encarga de la coordinación del Plan de Atención Básica y de los proyectos dirigidos a la sensibilización y capacitación de la población en la prevención adecuada de las enfermedades en el núcleo familiar.

Tiene la función de administrar los recursos del sector salud, además de presentar informes periódicos ante el Instituto Departamental de Salud(IDSN), La Contraloría Departamental, la Procuraduría y la Superintendencia Nacional de Salud.

El área de vigilancia y control se encargan de la sistematización y el análisis de los datos provenientes de este sector, los cuales están orientados a solucionar problemáticas del mismo. Se realizaron las siguientes actividades de control y vigilancia:

- Control de alimentos y bebidas
- Control sanitario de alimentos y bebidas para el consumo .
- Control a instituciones
- Vigilancia y control de insectos y roedores.

La E.S.E. cuenta con el siguiente recurso humano:

Tabla 3. Personal por cada Área de Salud

Area	Personal
Dirección	1 Directora
	1 Técnico de saneamiento
Area Asistencial	1 Médico General
	1 Médicos S.S.O
	1 Odontólogo General
	1 Enfermera S.S.O
	1 Bacterióloga S.S.O
	2 Auxiliares de Enfermería
	1 Auxiliar de Enfermería
	1 Auxiliar de Odontología
	20 Promotores
Area Administrativa y Financiera	Directora E.S.E.
	Coordinación Información
Area de Servicios Complementarios	2 Conductores
	Celador

Fuente: Dirección IPD. 2006

Las principales causas de morbilidad en el municipio de Ricaurte se describen en los cuadros siguientes, cabe anotar que no se consigna información registrada sobre mortalidad por la distancia y las condiciones geográficas, que impone la extensión del territorio que no permiten manejar datos al ciento por ciento situación que se agrava con el orden público en la zona y la violencia.

Cuadro 8. Morbilidad General (Específica)

Descripción de la enfermedad	Código CIE 10	Total casos
Parasitosis intestinal	B829	3107
Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen infeccioso	A09X	1602
Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	J00X	1216
Hipertensión esencial (Primaria)	I10X	1076
Infección de vías urinarias	N390	1027
Gastritis crónica	K295	866
Dorsalgia	M549	796
Bronquitis aguda	J209	734
Amigdalitis aguda	J039	723
Cefalea	R51X	543

Fuente: Informe de Gestión Centro Salud Ricaurte 2006.

Se puede concluir que la mayoría de estas causas son patológicas previsible y tienen una explicación en las condiciones en las cuales vive la mayoría de la

población, especialmente la del sector rural que pertenece básicamente a la comunidad indígena, entre estas se tiene: falta de fortalecimiento en las labores de saneamiento básico, falta de potabilización de aguas, inadecuadas costumbres higiénicas, pobreza, mala nutrición, disposición de basuras, uso de leña en la cocción de alimentos, entre otras. El Centro de Salud cuenta con un gran número de personas de la salud, especialmente promotoras rurales quienes deben asumir el compromiso de disminuir estos índices, trabajo que debe complementarse con la presencia permanente de personal médico en las diferentes comunidades del municipio. La tasa de morbilidad para el municipio es de 4.95 por cada mil habitantes.

El Municipio de Ricaurte no es un municipio no es saludable porque no ha podido proporcionar a los habitantes (en los sectores urbano y rural) los recursos básicos para la vida (alimentación, acueducto, agua potable, saneamiento, vivienda, educación y seguridad). Es necesario que el municipio aspire a solucionar estos problemas con el concurso de todos los sectores sociales, económicos y políticos.

Cabe preguntarse quienes son los responsables de generar este cambio, porque la realidad es que el problema además de ser estructurales es de concepción y eso significa pasar de ser un municipio con una visión de solucionar los problemas de una manera unicausal a lo multicausal, a un municipio que construya una visión de Proyecto de Vida de la comunidad Ricaurteña, con una cultura de salud con visión integral.

La tasa de mortalidad en el municipio de Ricaurte es difícil de calcularla, porque no hay datos concretos. Según los datos suministrados por el Centro de Salud, los índices de mortalidad en la población infantil menores de un año son bajos, pero las causas más comunes son: el EDA e IRA; en la comunidad adulta en el año 2004 (primer semestre) se realizaron 15 necropsias con fallecimientos por diferentes causas (homicidios, suicidio, entre otras). De manera que la tasa de mortalidad para el municipio es de 1,85 por cada mil habitantes.

En el Plan de Desarrollo Municipal, se consigna la política de Municipio Saludable. El sentido fundamental de esta política del Plan es la concepción de la Salud como derecho y bien público; por tanto se llama a una responsabilidad compartida; donde el Sistema Local estatal y las Comunidades que poseen saberes y pensamiento propio, favorezcan este enfoque y desplieguen la autonomía para garantizar el ejercicio de este derecho fundamental. Reconociendo por tanto, que hay que innovar y mejorar la capacidad de gestión para garantizar su ejercicio en una perspectiva de integralidad, solidaridad y equidad real. Confía en una intervención integral: que trabaja sobre factores de riesgo del ambiente, el hábitat, los salud preventiva y curativa, los hábitos de vida saludable, el desarrollo institucional del sector, la nutrición y el reconocimiento de los saberes culturales, los niveles de participación y control Social etc.

Se avanzará para generar condiciones para que en un mediano plazo se pueda contar y valorar a Ricaurte como un municipio saludable. Las acciones por tanto deben ser adelantadas en diversas vías: Una referida al mejoramiento de la gestión institucional, para aprovechar y potenciar la capacidad instalada del Sistema Institucional. Otra referida, a cualificar y empoderar a las Comunidades en las diversas instancias efectivas de participación y una final para avanzar en componentes hasta ahora no abordados en el Plan Sectorial, especialmente el referido en garantizar el apoyo para los procesos de Etno-Salud.

Las autoridades y del Sistema Local de Salud se comprometen a planificar y gestionar los recursos para disponer de una política de municipio saludable en el mediano plazo.

Objetivos:

- Implementar programas de Desarrollo Institucional y Organizacional para cualificar el Sistema Local de Seguridad Social en Salud
- Mejorar los niveles de apropiación de las Comunidades de la gestión, administración y control social del Sistema Local de Salud.
- Avanzar en la identificación y gestión de los recursos para proyectos enmarcados en el concepto de Municipio Saludable

Estrategias:

- Mejorar en forma continua los procesos de calidad y prestación de los servicios de atención en Salud.
- Gestión del acceso de la Población a la Prestación de Servicios en salud.
- Administración del Aseguramiento.
- Mejorar la intervención en Salud Pública
- Formar e investigar condiciones de los Saberes Ancestrales en Salud.
- Cualificar los espacios y formar Talento Humano para la Participación Social y Comunitaria.

Programas:

- Fortalecimiento del Sistema Local de Salud
- Mejoramiento de los procesos de Calidad en Salud
- Acceso y Equidad en la Prestación de los Servicios en salud
- Aseguramiento en el marco del Sistema de Seguridad Social en salud.
- Salud Pública
- Fortalecimiento y Cooperación de Saberes.
- Participación Social y Comunitaria.

GENERALIDADES DEL TERRITORIO Y LA VIDA DE LOS AWA DE RICAURTE

El territorio de los Awa¹² se encuentra localizado en la vertiente Pacífica de la cordillera de los Andes, en el municipio de Ricaurte, departamento de Nariño, situada a unos 730-2100 m.s.n.m., siendo un bosque pluvial premontano de acuerdo a la clasificación de zonas de vida de Holdridge (1971), presenta una precipitación media anual de 4900 mm y una temperatura promedio anual entre los 12° C y 25° C de acuerdo con Cerón (1987) el grupo Awa ocupa una extensa área en el flanco occidental del macizo Andino que comprende desde la cuenca alta del río Telembí en Colombia hasta la parte norte del Ecuador. En Colombia comprende 6 municipios del suroccidente del departamento de Nariño, en el Ecuador ocupan una extensa franja del noroccidente del país a lo largo del río San Juan en los límites con Colombia.

Desde el punto de vista geológico la zona actual del grupo Awa corresponde a una zona de colinas formadas en el periodo terciario, tanto por movimientos ascensionales de la cordillera como por la actividad volcánica del macizo Andino, que contribuyó en la modelación del paisaje, mediante grandes disposiciones de ceniza; sobresalen en medio de las colinas las formaciones batolíticas antiguas.

Es una región lluviosa, ya que las nubes cargadas de humedad provenientes del Océano Pacífico, ascienden por el flanco de la cordillera; al ganar altura, se enfrían y se produce la precipitación de origen orográfico, frecuentemente en las partes altas de las colinas existe una permanente neblina, que al contacto con la vegetación se condensa en un persistente goteo que satura y lava los suelos. También la fuerte insolación en las horas de la mañana, crea lluvias conectivas, y al calentarse el estrato inferior del aire, deja la banda de calor cercana al suelo, y el vapor de agua se vuelve visible; estas nubes, por las diferencias de densidad, ascienden hasta alcanzar el punto de condensación y se precipitan en la tarde.

De acuerdo con Mendoza y Ramírez (2000) la composición florística de la región está dominada básicamente por las siguientes familias de angiospermas.

En dicotiledóneas: SOLANACEAE, RUBIACEAE, ASTERACEAE, ERICACEAE, GESNERIACEAE y MELOSTOMATACEAE;

En Monocotiledóneas: ORCHIDACEAE, BROMELIACEAE, CYPERACEAE y ARACEAE.

Varios intentos se han realizado para determinar el origen de este grupo étnico a través de la clasificación de su lengua en las diferentes familias lingüísticas, sin embargo, la hipótesis que recientemente han encontrado mayor eco entre los

¹² Estos indígenas históricamente han sido nombrados: Coaiquer, Coayquer, y Kwaiker. Recientes investigaciones han logrado establecer que ellos utilizan las palabras Inkal Awá o simplemente para referirse a sí mismos como “gente de la montaña”

investigadores, es la que relaciona las lenguas del pacífico Nariñense con las Centroamericanas y el Awapit como una supervivencia de ellas, por mediación del dialecto malla de los Sindaguas.

En cuanto al cuerpo de creencias y prácticas sociales que los caracteriza es muy probable que hagan parte de un complejo biológico y cultural de sociedades amerindias que habitaban la llanura del pacífico desde época precolombinas. Dicha amalgama biológica y sociocultural quizás propiciada por catástrofes intertribales o por diversos contactos con otros grupos indígenas, dio lugar a relaciones de fusión culturales y/o sometimiento. De este hecho hablan las numerosas antropónimas y toponimas que sobreviven en el entorno de la cultura de los Awa. La llegada de los españoles a la llanura del pacífico desde el año de 1525, dio lugar a numerosos movimientos de población y alianza entre indígenas a través del territorio, solamente hasta principios del siglo XVIII se confina a los Awa en el espacio físico actual, en donde los españoles se encargan de implantar sus relaciones de dominio (sobre estos tópicos ver Cerón: 1998, Parra: 1989).

En suma los indígenas Kwaiker tienen la palabra Awa “gente”, para referirse a cualquier persona en términos generales; cuando quieren hacer mención de sí mismos, términos específicos, anteceden la palabra Inkal, “montaña”. De esta forma “Inkal Awa” quiere decir forma, “gente de montaña” (Henrisken-Obando, 1985).

De acuerdo con Parra y Virsano (1994) los Awa manejan estructuras organizativas propias que les permite conceptualizar su mundo. En la curación de la mordedura de culebra, en el ceremonial de sanación de la chutún¹³, en los cuidados de la salud de la mujer, como en otras enfermedades, se encuentran esquemas lógicos que también se extienden a otros ámbitos de sus vidas.

Como principio organizador los Awa emplean la división dual (pares opuestos o semejantes y su complementariedad) como unidad fundamental para constituir categorías tales como las del tiempo y el espacio. Estos se expresan en la organización de su espacio territorial y social, y sobre todo estructuran su mundo simbólico, sus creencias y dan pie a prácticas rituales y ceremoniales.

De acuerdo a dicho modelo, los mayores¹⁴, consideran que el cielo con sus estrellas es otro pueblo en donde va la gente que ha cuidado de no transgredir los códigos de conducta que la sociedad ha impuesto.

A los muertos cuando se los entierra, se les deja sobre la cruz colgando del rancho imbil (cera para alumbrar), velas o mechones (botellas de vidrio con petróleo y una mecha de tela) para que puedan iluminar su camino hacia el cielo.

¹³ Chutún; enfermedad cultural propia del Pueblo Awa de Ricaurte.

¹⁴ Personas ancianas de ambos sexos pertenecientes a la comunidad.

También tienen la idea de que en algún punto se tocan el cielo con la tierra. La salida del sol y donde se oculta se constituyen en los principales puntos de referencia sobre los cuales se orientan espacial y temporalmente.

En la fundación de un asentamiento predominan dos apellidos o grupos de nomenclatura quienes están en relación dominante respecto a otros dos apellidos que entran a reforzar las alianzas matrimoniales y territoriales que se establecen entre grupos de hermanos y hermanas de diferentes familias (Osborn: 1974).

Este hecho da lugar a que la sociedad de los Awa se la considere como políticamente descentralizada y teniendo en cuenta su organización a partir de dos grupos dominantes habría que hablar de un bipoder en cada asentamiento. Pero la esencia misma del modelo mencionado, se desprende de la oposición que los Awa han hecho entre lo par y lo impar. Esta división y la orientación hacia donde nace y cae el sol son las principales directrices que corren a lo largo de su ritualización que hacen alrededor de las prácticas curativas.

La vivienda característica sigue parámetros comunes de la selva pluvial, donde la humedad exige construcciones aéreas. El espacio que queda por debajo se utiliza para albergar animales domésticos y guardar utensilios caseros.

Dentro de las actividades productivas se destacan la recolección, la caza, la pesca y la agricultura. La recolección se realiza durante todo el año, acorde con el ritmo de reproducción de plantas y animales, estos elementos juegan un papel importante dentro de su dieta alimenticia; entre ellos se destacan el zapote, guayaba, limón, guaba, caimito y varios frutos de palmas frecuentemente chontaduro.

La caza constituye una actividad fundamental, los animales que más se consumen son aquellos que se reproducen con mayor velocidad, apareciendo en primer lugar zarigüeyas y ratones, de los cuales hay cuatro variedades importantes. Además venado, armadillo, zorra, entre otros, su caza se realiza mediante trampas que demuestran una gran habilidad en su construcción. Para animales de tamaños medianos y grandes se utilizan otros tipos de arte de caza como por ejemplo el tepian o la talaquera.

La pesca es otra actividad importante del indígena; con este propósito fabrican diferentes artefactos como anzuelos, corrales, canastillas, arpones, barreras y katangas, cada uno diseñado para capturar un tipo especial de pez o invertebrado acuático, las épocas más apropiadas para la pesca son los meses de junio y julio pues los ríos disminuyen sus caudales; sin embargo, solo los principales ríos que vienen desde las cimas de los Andes, son ricos en variedades de mayor tamaño, dada la riqueza biológica representada en la gran carga de sedimentos que arrastra.

Los principales productos en la agricultura Awa son; el maíz, el plátano y la variedad de mayor consumo se conoce con el nombre de chirario o chiro, el tercer producto en importancia es la caña de azúcar, que se utiliza en la alimentación de cerdos así como también en la fabricación de bebidas como el guarapo, el chapil y la miel.

La economía doméstica se complementa con la cría de animales, especialmente cerdos y gallinas. Importante hablar de que la cantidad de animales y tierra clasifican socialmente la comunidad.

2.4 MARCO LEGAL

En los últimos años, Colombia ha sentido con mayor peso la implementación de su reforma en salud, en especial por los cambios políticos, sociales, culturales y económicos que afronta, aunados con una transición de tipo epidemiológico donde ha aumentado la violencia, los traumas y las enfermedades crónicas, que obligan al Estado asumir, desde diferentes sectores, problemáticas relacionadas con los determinantes y condicionantes, impulsando políticas públicas saludables tales como el uso del casco para los motociclistas, el uso del cinturón de seguridad en los vehículos, la fortificación de la harina de trigo, la yodización de la sal, el fomento de la lactancia materna como factor protector, la ley zanahoria en ciudades como Bogotá y Cali, la implementación del sistema nacional para la prevención del maltrato infantil, la prevención de la violencia intrafamiliar, en especial la violencia contra la mujer.

La reforma, en cumplimiento de la Constitución Política de 1991, focalizó al municipio como la célula fundamental del sistema, dando prioridad a las acciones de tipo local expresadas en los planes de desarrollo municipales y locales de salud. El sistema de salud planteado por la reforma, centra su accionar en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), produjo un cambio en la conceptualización de la salud, modificando el sistema nacional de salud asistencialista y curativo por el de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Asimismo, implicó la aparición de nuevos actores dentro de la salud, separando las acciones que antes estaban concentradas en los hospitales, centros y puestos de salud y estableciendo las empresas promotoras de salud (EPS) y las administradoras del régimen subsidiado (ARS).

Colombia avanza en la implementación de las políticas relacionadas con el modelo de salud a través de los planes de beneficios, el Plan de Atención Básica (PAB), el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan de Atención a Riesgos Profesionales (PARP) prioritariamente, pero estos planes no se articulan en el nivel operativo. Las evaluaciones no están midiendo los resultados de los diversos planes en

relación con las metas de salud pública establecidas en los ámbitos nacional y local.

En cuanto a la relación del SGSSS con la estrategia de atención primaria y las políticas de promoción de la salud, éstas van mucho más allá de los aspectos planteados en la reforma con los planes de beneficios, porque estos se sustentan en un modelo económico donde prevalece el concepto de cuantificación y productividad sobre el de rentabilidad social. Es reconocido que desde la visión de la nueva salud pública, las intervenciones en salud son escasas e insuficientes, cuando no se actúa sobre los factores que determinan y condicionan el desarrollo y bienestar a nivel individual y colectivo.

La estrategia de atención primaria sigue vigente y está ligada con el PAB y con las políticas de promoción de la salud, orientadas hacia la salud colectiva, generando desarrollos que contribuyan a fomentar en la población culturas de la salud que promuevan políticas públicas favorables, desarrollo de habilidades personales, entornos y ambientes propicios a la salud, y el compromiso de los trabajadores de la salud en su red de prestadores para generar procesos que reorienten los servicios de salud hacia estos componentes.

Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención en salud. La medida está contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención de salud del Sistema General de Seguridad Sociales salud. Y fue que entre otros articulados se desatacan:

ARTICULO 1. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente Decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales.

ARTICULO 3. DE LA ATENCIÓN DE SALUD. La Atención de salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

ARTICULO 4. DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. La Calidad de la Atención de Salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

ARTICULO 5. DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

ARTICULO 6. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrá las siguientes características:

- Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en salud.
- Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Dentro del marco legal también se tiene en cuenta: La Ley 872 del 2002 Sistema de Gestión de calidad en las Entidades Públicas y la Resolución 1474 de 2003 Marco Sistema de Acreditación.

Este estudio tiene también como soporte legal, la legislación relacionada con la calidad de la atención de Salud :

- ✓ Resolución 1439 del 1 de Noviembre de 2002.

✓ Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, (designó a ICONTEC como entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema).

Decreto 1011 de 3 de Abril de 2006 por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En términos de la medicina tradicional, es importante destacar que el uso de la Medicina “Tradicional” y las Terapias Complementarias o Alternativas en América Latina se encuentran en una nueva etapa ante el impresionante incremento de la demanda de alternativas terapéuticas ajenas en conceptos y prácticas al modelo biomédico.

Actualmente la Medicina Tradicional y las Terapias Complementarias o Alternativas representan una opción importante de respuesta ante las necesidades de atención a la salud, a pesar de su presencia subordinada en los sistemas oficiales de salud y de la situación de ilegalidad con que comúnmente vienen operando.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS) han venido desarrollando numerosos apoyos y promoción de políticas dirigidas a la articulación de esta medicina con los sistemas oficiales de salud, enfocados en la atención primaria en salud, al igual que numerosas ONG, vienen trabajando en apoyo a la Medicina Tradicional en diferentes niveles.

De acuerdo a estudios llevados a cabo por expertos de la OMS, en el último decenio ha renacido en todo el mundo el interés por el uso de la Medicina Tradicional y las Terapias Complementarias o Alternativas y la atención que se le presta.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por promover el rescate del patrimonio cultural, reconocer la Medicina Tradicional, proteger biodiversidad y garantizar la Propiedad Intelectual colectiva de los pueblos indígenas, comunidades étnicas y población en general, exige en estos momentos la formulación y elaboración de una propuesta que tenga como objetivos establecer las regulaciones pertinentes y prácticas sobre el desarrollo de la Medicina Tradicional y de alguna manera las Terapias Alternativas en el País.

La regulación y tolerancia, es el dilema que existe hasta ahora con la Medicina Tradicional y Terapias Alternativas en nuestros países de la región, lo que ha llevado a realizar diversos estudios que en materia de regulación, es posible identificar tres aspectos muy importantes:

- Integración. La experiencia indica que en otros países la medicina tradicional es reconocida y su trabajo es oficialmente regulado.

- Coexistencia. El estado brinda apoyo a la medicina alopata por lo que se hace necesario un marco jurídico bien establecido sobre la medicina tradicional y Terapias complementarias para permitir cierto nivel de coexistencia y de integración en el sistema oficial de salud.

- Tolerancia. Como la existente en algunos países que permiten el ejercicio, sin existir un marco jurídico que regule la práctica de la medicina tradicional y terapias complementarias.

La Medicina Tradicional y Terapias Complementarias Alternativas han venido modificando sus formas ortodoxas de práctica ya que si bien continúan teniendo una mayor representación en zonas indígenas y rurales, la tendencia hacia las áreas urbanas requiere de formas de regulación específicas donde se consideren las características del mercado de servicios de estas áreas así como la característica de la población que demanda su uso.

En los últimos años ha aumentado el interés por legislar en relación a este tema, el cual se debe entender a la creciente demanda y uso de amplia gama de alternativas terapéuticas ajenas al modelo biomédico. Según datos de la OMS el uso de la medicina tradicional y terapias alternativas está siendo cada vez más aceptado en los países pobres y medios en un 80% y en países ricos hasta un 65%.

La OMS publicó en el año 2002 un documento de Estrategia sobre Medicina Tradicional 2002-2005 en las que se describen las terapias y técnicas terapéuticas tradicionales utilizadas corrientemente, entre ellas el ayurveda, las medicinas tradicionales chinas, árabe, umaní y otras autóctonas. En la elaboración de esta Estrategia participaron varios estados miembros y asociados de la OMS en materia de medicina tradicional.

Los objetivos de la OMS con esta Estrategia es lograr un mayor reconocimiento de la Medicina Tradicional; respaldar su integración en los sistemas nacionales de la salud en función de las circunstancias de su utilización en los países; facilitar orientación técnica e información para que se utilice de manera segura y eficaz; y conservar y proteger las reservas de plantas medicinales y el conocimiento de la medicina tradicional con el fin de que se utilicen de manera sostenible.

La Estrategia contempla cuatro objetivos principales que se resumen así :

- Integrar los aspectos pertinentes de la Medicina Tradicional en los sistemas nacionales de atención de salud formulando Políticas Nacionales y programas de aplicación.

- Fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la práctica de la Medicina Tradicional facilitando orientación sobre los patrones de reglamentación y de garantía de calidad.
- Incrementar el acceso y la asequibilidad de la Medicina Tradicional.
- Promover el uso racional de la Medicina Tradicional.

Estos son los esfuerzos que la OMS ha puesto en el tapete de las discusiones como retos y desafíos que tienen los países Miembros, en la cual nuestro país se encuentra en estos momentos inmersos por desarrollar y aplicar esta Estrategia a las realidades objetivas y concretas en que se desarrolla la Medicina Tradicional, estando claros que la misma forma parte del acervo cultural de la humanidad y que se ha desarrollado en cada país y región del mundo con características propias y en franca dependencia de los recursos naturales disponibles, tomando como base además, la idiosincrasia de los habitantes, por tanto se considera que la Medicina Tradicional y las Terapias Complementarias o Alternativas son el resultado de una evolución lenta pero avalada por la experiencia práctica del hombre y la mujer.

Nuevas Directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las Medicinas Tradicionales. OMS, 22 de Junio de 2004. Las Medicinas Tradicionales, Complementarias y alternativas siguen muy poco reglamentadas. Por esa razón, es necesario que los consumidores de todo el mundo dispongan de información e instrumentos que les permitan acceder a tratamientos adecuados, seguros y eficaces. En este sentido, la OMS ha publicado hoy una nueva serie de directrices destinadas a las autoridades sanitarias nacionales con el fin de que puedan preparar información fiable y adaptable a contextos específicos relativa al uso de las medicinas alternativas.

“La atención primaria de salud, de hasta un 80% de la población de los países en desarrollo se basa en la medicina tradicional, por tradición cultural o porque no existen otras opciones. En los países ricos, muchas personas recurren a diversos tipos de remedios naturales porque consideran que “natural” es sinónimo de “inocuo”.

Sin embargo, a medida que aumenta el uso de las medicinas tradicionales o alternativas, también aumenta el número de informes sobre reacciones adversas. En China, país en el que las terapias y los productos tradicionales se utilizan ampliamente en paralelo con la medicina convencional, en 2002 se tuvo conocimiento de 9854 casos de reacciones adversas a los medicamentos, cuando entre 1990 y a999 se habían registrado 4000.

Muchos productos medicinales tradicionales alternativos son de venta libre. En una encuesta realizada por la OMS en 142 países, 99 de ellos respondieron que la mayoría de esos productos podía adquirirse sin prescripción. En 39 países, muchos remedios tradicionales, se utilizan para la automedicación y son

comprados o preparados por amigos o conocidos, o por el propio paciente. Esas tendencias plantean dudas acerca de la calidad de los productos utilizados, su idoneidad terapéutica en cada caso, y la falta de seguimiento médico.

La OMS apoya el uso de las medicinas tradicionales y alternativas cuando éstas han demostrado su utilidad para el paciente y representan un riesgo mínimo, ha declarado el Dr. Lee Jong-Wook, Director General de la OMS. “Pero a medida que aumenta el número de personas que utiliza esas medicinas, los gobiernos deben contar con instrumentos para garantizar que todos los interesados dispongan de la mejor información sobre sus beneficios y riesgos.

Una información accesible y de fácil comprensión es fundamental para orientar a los consumidores en sus decisiones. Las directrices proporcionan consejos prácticos sencillos y fáciles de seguir sobre los diversos aspectos que hay que tener en cuenta, así como una breve lista de preguntas básicas para facilitar el uso adecuado de las medicinas tradicionales y alternativas.

Aunque las directrices no pueden compensar la baja calidad de los productos o unas prácticas inadecuadas, pueden servir de ayuda a los gobiernos para indicar a los consumidores el modo de obtener el máximo beneficio y reducir al mínimo los riesgos de las medicinas tradicionales.

Aspectos legales de la Fitoterapia. Teniendo en cuenta la venta ambulante descontrolada de las plantas medicinales, los registros incorrectos o atípicos, publicidad engañosa y curanderismo de nefastas consecuencias se han producido algunos hechos que resultan esperanzadores para el futuro de la Fitoterapia. Según el Vademécum de la Fitoterapia en farmacia (Fitoterapia de Prescripción) se refiere a la parte normativa legal para no correr el riesgo de no disponer de productos con garantía suficiente para la práctica profesional.

Esto significa la necesidad de emprender reformas e iniciativas que permitan la integración del usuario en las decisiones de salud, así como definir nuevos marcos legales para aquellos productos y tecnologías que puedan ser de utilidad desde la perspectiva de la intervención pública como garantía de idoneidad sanitaria. Este último aspecto presenta no pocas dificultades, tal y como lo demuestra el hecho de que prácticamente todos los países presentan al día de hoy una problemática similar. Hay otros campos necesitados de un tratamiento similar entre los que se pueden citar:

- La homeopatía y productos relacionados
- Los alimentos especiales y complejos vitamínicos
- La práctica de las actividades paramédicas: estética, osteopatía, curanderismo.

A continuación se delimita ambos grupos desde el punto de vista de sus requerimientos legales.

a. Fitofármacos. El medicamento, tal como lo define la Ley 25/90 es toda sustancia medicinal y sus asociaciones destinado a prevenir, diagnosticar, aliviar, tratar o curar enfermedades modificar funciones corporales, físicas o síquicas que se presenten o que se ofrezca con este fin (aunque no se presente).

Del contenido de la ley se deduce además:

Los tipos de medicamentos existentes:

- Especialidades farmacéuticas
- Fórmulas magistrales
- Preparados oficinales

Las propiedades que debe de reunir un medicamento para ser reconocido como tal:

- Eficacia: contrastada sobre el fin que pretende
- Seguridad: en términos de beneficio/riesgo
- Calidad: en referencia a estándares predeterminados sobre materias primas, procesos de fabricación, etc.
- Políticas de uso racional del medicamento.

La intervención administrativa como tutela del cumplimiento de las exigencias de salud y que se manifiesta en un amplio marco de desarrollo que afecta a aspectos tales como los fabricantes, el régimen de autorización, la distribución, prescripción, y dispensación, así como los mecanismos de control e inspección. La primera condición que debe presentar un medicamento para ser considerado como tal es que esté constituido por una Sustancia Medicinal, o sus asociaciones, definida por la Ley como “toda materia cualquiera que sea su origen a la que se atribuye una actividad adecuada para constituir un medicamento”.

Sin embargo, y a partir de los sesenta, una serie de factores motivaron un renovado interés por el uso terapéutico de las especies vegetales. La sistemática aportada por la etnobotánica y etnofarmacología permitieron la racionalización en esquemas científicos actuales de lo que en muchos casos era una utilización empírica y cultural. A su vez, la utilización de datos provenientes de la práctica clínica aportaba elementos convincentes de la utilidad terapéutica de estos productos. En consecuencia se empieza a considerar de modo favorable su reconocimiento legal como sustancias medicinales. Ante la necesidad de regular estos productos las distintas administraciones Sanitarias han desarrollado procedimientos, cuyo exponente mas adecuado a mi juicio es el trabajo desarrollado por la Comisión E de la Farmacopea Alemana estableciendo una serie de monografías realizadas por un comité de expertos, basándose en una revisión de los datos existentes en la bibliografía, que cualifican el producto como sustancia medicinal concretando:

- Droga o preparado vegetal
- Acciones farmacológicas e indicaciones contrastadas
- Posología
- Secundarismos
- Farmacocinética

En resumen, mediante un procedimiento garantista y respetuoso con la normativa vigente y al mismo tiempo, abierto a las características específicas de los fitofármacos, se podrá incorporar estos productos a la disponibilidad terapéutica con las notas comunes de todo medicamento:

- Calidad de fabricación farmacéutica
- Indicadores contrastadas y evaluadas
- Seguridad de uso
- Control sanitario específico

b) Productos Herbarios. Existen condiciones en las que productos a base de plantas medicinales pueden considerarse medicamentos. Sin embargo, es evidente la utilización con fines terapéuticos de una amplia gama de presentaciones elaboradas con especies vegetales y cuyo uso proviene no solo de los hábitos de la población sino que, en ocasiones, son utilizados por los sanitarios. Al igual que con los fitofármacos su situación legal ha sido en cierta forma caótica, situación que se repite en la mayoría de los países y que da una idea de la complejidad del problema.

En España, y hasta la fecha han convivido una serie de registros sanitarios y alimentos (Decreto de 1973, Plantas para infusiones alimenticias y extractos solubles) que han permitido que productos con registros dietéticos, ó sin registro, se presentan al público como auténticos medicamentos.

Una interpretación estricta de la ley del medicamento en sus artículos definitorios y en el artículo 42, específico de los elaborados a base de plantas medicinales, lleva necesariamente a las siguientes conclusiones:

- Todo producto que se presente con indicación terapéutica es un medicamento y por lo tanto debe cumplir las condiciones marcadas para su registro.
- Todo medicamento debe estar fabricado con sustancias consideradas medicinales.
- En consecuencia las plantas medicinales y sus productos que carezcan de la consideración de sustancia medicinal no podrán comercializarse con indicación terapéutica ni ofrecerse al público con esta característica implícita.

- Podrán venderse libremente al público las plantas consideradas medicinales tradicionalmente, sin referencia a sus propiedades terapéuticas.

Dicho verbalismo, tiene dos fundamentos principales:

- Los usos tradicionales con fines terapéuticos que las distintas culturas han realizado de las especies vegetales de su entorno.
- La adaptación, depuración y diseminación de tales conocimientos estructurado por la profesión médica a lo largo de los siglos, si bien restringido a la actividad de las corrientes naturistas durante la última centuria.

A ello hay que añadir recientemente lo que se podría denominar Neo-Herbalismo, consecuencia de la globalización informativa actual y que permite difundir conocimientos de una forma inmediata. Ello explica la rápida diseminación de plantas exóticas como el Gingseng y otras pertenecientes a la materia médica china, o mas recientemente, el conocimiento e interés suscitado por la Uncaria (Uña de gato).

Por otra parte, la reactivación del interés por esta terapéutica ha tenido como efecto el desarrollo de una industria relativamente pujante que, además de comercializar las formas tradicionales, ha puesto en el mercado distintos desarrollos técnicos dirigidos a facilitar la administración de estos productos.

Esta emergencia, enmarcada en una falta de normativa adecuada ha generado un sector en el que es frecuente encontrar, junto a productos perfectamente aceptables, una serie de problemas que se puede concretar en:

- Productos milagro y fraudes publicitarios con productos a base de plantas.
- Calidad técnica dudosa: adulteraciones, contaminaciones, formas galénicas "fantasma".
- Cualificación escasa ó nula de fabricantes y vendedores.

Es por tanto imprescindible establecer una regulación que, respetando el derecho del público al acceso a estos productos, garantice las condiciones idóneas para su comercialización.

Dicha regulación debe estar sometida a tres principios fundamentales:

- Seguridad: permitiendo la utilización de especies vegetales y sus preparados que hayan demostrado carencia de efectos secundarios y cuya utilización no pueda suponer riesgos para el usuario, Ello requiere un tratamiento específico de las posibles asociaciones, posologías y modo de empleo.

- Calidad: exigiendo el cumplimiento tanto de especificaciones de materia prima como de productos terminado, control de los procesos de elaboración y cualificación de los fabricantes.

En relación con estas dos propiedades, es imprescindible la existencia de un órgano de evaluación, registro y control de los productos herbarios que asegure el cumplimiento de la normativa legal y entre cuyas funciones figuren de aceptación de los nuevos productos y des u información al público.

- Veracidad: de la información al público sobre las cualidades del producto. Dado que, por definición, no se trata de medicamentos, es decir su eficacia no ha sido contrastada en los términos requeridos

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se inscribe básicamente dentro del paradigma cuantitativo porque se trató de intervenir en la prestación de servicios de salud a la comunidad indígena del Municipio de Ricaurte, mediante la creación de un programa de atención de salud familiar de primer nivel con equipo extramural, a fin de mejorar la cobertura del sistema de salud y brindar una mejor calidad de vida a un importante sector de la población que vive en difíciles sociales y económicas, debido al desplazamiento ancestral que han sufrido por parte de población mestiza.

El tipo de estudio es descriptivo y analítico porque luego de caracterizar la población indígena en el Municipio de Ricaurte valorando sus condiciones de salud y posibles implicaciones en materia epidemiológica para el Municipio y establecer las necesidades prioritarias en la población indígena, se plantea la creación de un grupo extramural con el fin de ofrecer enfoques integrales de manejo y orientación de políticas que ayuden a hacer más eficientes y efectivas las intervenciones en salud, para el mejoramiento de la calidad de vida de esta población, se describió las condiciones de saneamiento ambiental, y situación socioeconómica, en las comunidades indígenas en las cuales se implementará el programa de Salud Familiar de Primer Nivel con equipo extramural.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de estudio estuvo conformada por los pobladores indígenas del Municipio de Ricaurte. Como la propuesta del programa tiene cobertura para la población indígena, sobre el total de la cual se hizo la caracterización de sus condiciones de salud, no se requirió del diseño de una muestra representativa.

Además se consultó la opinión de los líderes indígenas sobre la importancia y pertinencia del programa y sobre la posibilidad real de su vinculación como promotores de desarrollo.

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **Ficha Bibliográfica.** Permitió recolectar la información resumen de la revisión documental que se realizó sobre el tema de estudio.

- **Entrevista.** Dirigida a los líderes indígenas a quienes se consultó sobre el programa de salud para sus comunidades.

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 EL PLAN DE DESARROLLO DEL MUNICIPIO DE RICAURTE

En el Municipio de Ricaurte se ha dado un importante paso hacia la solución de los múltiples inconvenientes con los que convive la población, principalmente indígena, como es la concertación de un Plan de Desarrollo, que ha permitido identificar los problemas e identificado las acciones para resolverlos. Es así como, el Plan de Desarrollo para lograr el anhelado desarrollo sostenible se construyó teniendo en cuenta principios de transparencia, participación, equidad, solidaridad, multiculturalidad, sostenibilidad, gestión participativa, en los siguientes términos¹⁵ :

- **Transparencia.** A partir de reconocer orígenes y sentido público de los recursos que maneja el estado. Y en la vía de construir una gestión eficaz y eficiente en la administración.

- **La Participación.** Entendida como el escenario de debate y construcción de acuerdos que permitan caminar y trabajar de manera conjunta en la construcción de un destino colectivo.

- **La Equidad.** Entidad como la responsabilidad que tiene el municipio con los ciudadanos para brindar y garantizar la realización y el disfrute de los derechos y a la vez exigir el respeto y cumplimiento de los deberes que garantizan las mismas oportunidades a todos, entendiéndolo que es valor ciudadano priorizar a los más vulnerables: niños, ancianos y mujeres.

- **Solidaridad y opción preferencial por los más pobres:** Trabajando por estrategias que permitan contribuir a superar la pobreza, y bajo un enfoque de capacidades, más que de necesidades.

- **La Multiculturalidad.** Entendiendo que el Municipio y la Región al igual que el país se construyen con el aporte de todos los grupos étnicos y raciales existentes, por tanto el respeto por la diferencia, por el otro y sus valores permitirá que nos reconozcamos iguales en derechos pero diferentes en cultura.

- **La sostenibilidad.** Rescatando un valor de nuestra cultura, donde la relación hombre-naturaleza no signifique conflicto, ni destrucción. Permitirá garantizar una vida digna a la generación actual, salvaguardando los recursos que nuestros hijos nos han encomendado.

¹⁵ Municipio de Ricaurte. Plan de Desarrollo. 2006.

- **Gestión Participativa del desarrollo.** Entendiendo el reto global de transformar disciplinarmente la planeación y gestión y transformando de manera efectiva los métodos, estilos y formas de organizar la gobernabilidad desde lo local.

La implementación del Plan persigue alcanzar los siguientes Objetivos :

- Aportar a la construcción social del territorio. Trabajar sobre los obstáculos y potencialidades que permitan la construcción social del Municipio, la Subregión y la Región Sur Colombiana.

- Generar condiciones para elevar la cultura política democrática en el Municipio. Apoyados en la cualificación del tejido social comunitario, gremial e institucional.

- Generar nuevas experiencias de relaciones comunidad-estado a nivel local. Lo cual implica la modernización de la estructura y los estilos de trabajo en la Administración nuevas formas organización y procedimientos.

- Concertar el diseño de estrategias eficaces que mejoren las condiciones de vida y existencias de la gente.

Para el cumplimiento de los objetivos, se acordaron estrategias, fundamentadas en los Talleres efectuados con las comunidades del Municipio, en terreno de las cuales se identificaron 17, priorizadas en el corto y mediano plazo.

Tabla 4. Factores analizados

1	Impactos deficientes de programas de Nutrición
2	Baja Cultura Política
3	Deficiente desarrollo organizacional e institucional
4	Débil articulación y asociatividad con territorios vecinos
5	Oferta de salud que no corresponde una visión étnica y Núcleo fundamental de derecho
6	Sector agropecuario poco competitivo y desplanificado
7	Faltan políticas de desarrollo Cultural
8	Uso no sostenible de los Recursos Naturales
9	Falta política en salud y en procesos de Promoción y Prevención
10	Faltan programas de adecuación y educación en Servicios Públicos
11	Deficiente financiación para programas de Construcción de Vías
12	Falta de programas que fomenten pertinencia y cobertura educativa
13	Déficit en habitabilidad urbana y rural
14	Faltan estrategias para generación de empleo e ingresos
15	Falta de implementación de políticas de niñez, mujeres y tercera edad
16	Tendencia a reducir transferencias de la Nación
17	Existencia de cultivos de uso ilícito

Resultando una visión de Estrategias, Objetivos y campos de Resultado, que se observan en la Tabla 5.

Tabla 5. Estrategias y conexidades

Estrategias	Conexidad con otras
1. Impactos deficientes de Programas de Nutrición, Autonomía y Soberanía Alimentaria	Salud (Promoción y Prevención), Educación (Escuelas Saludables), Sector Agropecuario (Circuitos Económicos- Productivos), Generación de empleo
2. Deficiente Desarrollo Organizacional e Institucional	Impacta sobre todas en términos de liderazgo y coordinación institucional
3. Falta de cobertura e infraestructura para atender el Régimen Subsidiado en Salud	Desarrollo institucional, Programa de Nutrición y sostenibilidad ambiental, Educación con escuelas saludables
4. Sector Agropecuario poco competitivo y desplanificado	Desarrollo Institucional, Generación de Empleo, Vocacionalidad de los PEI de las Instituciones Educativas
5. Inadecuado uso de los recursos naturales	Educación Ambiental, Salud Ambiental, Política de Conservación y Desarrollo Institucional
6. Falta de programas que fomenten Pertinencia, calidad y Cobertura Educativa.	Desarrollo institucional, Demandas desde Salud, Productividad, Humanismo
7. Faltan estrategias para generación de empleo e ingresos	Sector Agropecuario desplanificado, educación, Cultura Técnica

Mediante la participación comunitaria, se logró que agregar nuevas estrategias referidas al ambiente, productividad, cultura, derechos humanos y equidad, salud y

educación pertinente. Con esto se completa las estrategias del programa de gobierno que fue insumo básico para la formulación del plan :

Tabla 6. Nuevas estrategias

Estrategias	Conexidad con otras
Programa de Autonomía y soberanía alimentaria	Salud (Promoción y Prevención), educación (Escuelas Saludables), Sector agropecuario (Circuitos Económicos), generación de Empleo
Conservación, Areas protegidas y desarrollo sostenible	Educación ambiental, fortalecimiento de Tejido social, circuitos económicos
Desarrollo organizacional e institucional	Impacta sobre todas en términos de liderazgo y coordinación institucional
Municipio saludable	Desarrollo institucional, Programa de Nutrición y sostenibilidad ambiental, Educación con escuelas saludables.
Desarrollo agropecuario integral y sostenible	Desarrollo institucional, Generación de empleo, vocacional de los PEI de las instituciones educativas
Gestión sostenible de los recursos naturales	Educación ambiental, salud ambiental y desarrollo institucional
Pertinencia y cobertura educativa y desarrollo del plan educativo municipal	Desarrollo institucional, demandas desde salud, Productividad sistémica, Humanismo
Generación de iniciativas económicas solidarias	Sector agropecuario desplanificado, Educación, cultura técnica
Integración y equidad	Salud, Educación, Circuitos Económicos, Gestión Social
Cultura para la convivencia	Deportes, Educación, salud, circuitos económicos
Fortalecimiento de talento humano para tareas de la sostenibilidad	Todas las dimensiones, estrategias y programas.

Las políticas del Plan : Para el desarrollo de la propuesta “Alcaldía para la Comunidad”, existen unas políticas que se espera afianzar o construir :

1. Participación y Fortalecimiento de Tejidos Social e Institucional
2. Ambiente, Producción Sostenible, Soberanía y Autonomía Alimentaría
3. Cultura, memorias y territorio
4. Condiciones materiales de existencia, vida urbana y rural
5. derechos humanos. Derecho propio y equidad
6. Municipio Saludable
7. educación pertinente para la sostenibilidad

Dada la pertinencia del estudio con el grupo extramural, se reseñan las políticas 2 y 6 de la lista anterior.

Política de Ambiente, Producción Sostenible, Soberanía y Autonomía Alimentaria. Los sueños de un futuro mejor pasan en el caso del territorio del Municipio de Ricaurte por una relación amigable y armónica con el entorno natural y cultural. En la actualidad las prácticas de consumo y producción impactan de manera negativa sobre la vida en todas sus expresiones. Se hace evidente el estrecho círculo vicioso entre pobreza y condiciones de no sostenibilidad ambiental.

Por ello, se asume la preservación, conservación, recuperación y aprovechamiento sostenible de los recursos de soporte vital, como factores estratégicos para el cumplimiento de nuestros sueños de un futuro mejor, en donde el despliegue de las actividades productivas y la vida en todas sus manifestaciones, incluyendo la de la sociedad misma.

La emergencia de conflictos ambientales obliga a jugar un papel más activo desde el Gobierno local, acompañado de compromisos concertados con las comunidades y las autoridades ambientales. Se dará especial importancia a la adopción de una política municipal de Agua, que ordene las intervenciones, recupere saberes, plantee el manejo sostenible del recurso, articule acciones desde la productividad, genere información sobre el estado de microcuencas y desarrolle acciones de protección y reserva sobre los predios que suministran este valioso recurso.

La educación ambiental se reordenará con este énfasis, a partir de una influencia y compromiso directo entre las comunidades y del Sistema Local de Educación. También se orientarán acciones de política pública para organizar el territorio en la perspectiva ambiental y sostenible del desarrollo, e identificar alternativas agroecológicas, fortalecer la organización comunitaria y la cultura de prevención en el manejo de los riesgos naturales y antrópicos.

La orientación en materia de Organización y Ordenamiento Territorial se fundamentará en los principios ecológico, demográfico, socio-histórico, de Economías de Escala, participación y autonomía y cultural; y se avanzará en su aplicación práctica con medidas que de manera inicial y estratégica posibiliten en forma simultánea atendiendo las demandas de los Actores y respetando su autonomía.

a. Regularización, saneamiento y delimitación de territorios de Resguardo.

b. Definición de acciones de Conservación de Áreas Protegidas de carácter estratégico.

c. Zonas de Amortiguamiento

d. Promoción de Reservas Naturales de la Sociedad Civil y Mixtas.

Se asume, el reto ético y político de trabajar por la Soberanía y Autonomía Alimentaria, de manera especial para preparar a las futuras generaciones para una vida saludable y democrática. Por ello estudiaremos las acciones para garantizar la provisión de alimentos nutritivos, balanceados y reconocidos en las prácticas culturales de las comunidades.

De allí la importancia de cuidar y proteger las semillas sobre productos nativos, de conocer e investigar las técnicas culturales de preservación y preparación de alimentos; ligada con un trabajo de consolidación de las culturas y tejido social local especialmente en el sector indígena y rural. Una sociedad que valora sus generaciones futuras, dedica sus mejores esfuerzos para erradicar la desnutrición, desarrollando alternativas para recuperar su soberanía y autonomía alimentaria. Junto con la mejor dotación de una dieta de alimentos con base en equilibrio de la misma, es un esfuerzo que se puede adelantar con los recursos disponibles y con acciones complementarias de formación de las familias. En una efectiva articulación de las acciones locales con el Sistema de Bienestar Familiar y Educativo.

Política de Municipio Saludable. El sentido fundamental de esta política del Plan de Desarrollo Municipal es la concepción de la Salud como derecho y bien público; por tanto llamamos a una responsabilidad compartida; donde el Sistema Local estatal y las Comunidades que poseen saberes y pensamiento propio, para que favorezcan este enfoque y desplieguen la autonomía y para garantizar el ejercicio de este derecho fundamental. Reconociendo por tanto, que hay que innovar y mejorar la capacidad de gestión para garantizar su ejercicio en una perspectiva de integralidad, solidaridad y equidad real.

La Organización Mundial y Panamericana de la Salud definen el sentido de un municipio saludable. Confía en una intervención integral: que trabaja sobre factores de riesgo del ambiente, el hábitat, los salud preventiva y curativa, los hábitos de vida saludable, el desarrollo institucional del sector, la nutrición y el reconocimiento de los saberes culturales, los niveles de participación y control Social etc. Se avanzará para generar condiciones para que en un mediano plazo podamos ser contados y valorados como un municipio saludable. Las acciones por tanto serán en diversas vías: Una referida al mejoramiento de la gestión institucional, para aprovechar y potenciar la capacidad instalada del Sistema Institucional. Otra referida, a cualificar y empoderar a las Comunidades en las diversas instancias efectivas de participación y una final para avanzar en componentes hasta ahora no abordamos el Plan Sectorial, especialmente el referido en garantizar el apoyo para los procesos de Etno-Salud. Las autoridades y

del Sistema Local de Salud se comprometen a planificar y gestionar los recursos para disponer de una política de municipio saludable en el mediano plazo.

Objetivos:

- Implementar programas de Desarrollo Institucional y Organizacional para cualificar el Sistema Local de Seguridad Social en Salud
- Mejorar los niveles de apropiación de las Comunidades de la gestión, administración y control social del Sistema Local de Salud.
- . Avanzar en la identificación y gestión de los recursos para proyectos enmarcados en el concepto de Municipio Saludable

Estrategias:

- Mejorar en forma continua los procesos de calidad y prestación de los servicios de atención en Salud.
- Gestión del acceso de la Población a la Prestación de Servicios en salud.
- Administración del Aseguramiento.
- Mejorar la intervención en Salud Publica
- Formar e investigar condiciones de los Saberes Ancestrales en Salud.
- Cualificar los espacios y formar Talento Humano para la Participación Social y Comunitaria.

Programas:

- Fortalecimiento del Sistema Local de Salud
- Mejoramiento de los procesos de Calidad en Salud
- Acceso y Equidad en la Prestación de los Servicios en salud
- Aseguramiento en el marco del Sistema de Seguridad Social en salud.
- Salud Pública
- Fortalecimiento y Cooperación de Saberes.
- Participación Social y Comunitaria.

Tabla 7. Municipio Saludable

Políticas	Estrategias	Programas	Subprogramas	Metas
<ul style="list-style-type: none"> - Municipio hacia la Salud. - Visión de la Salud como Derecho - Cooperación y reconocimiento del Saber Ancestral en Salud - Requerimiento de garantías para la participación efectiva de la comunidad en la Gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar en forma continua los procesos de Calidad y prestación de los servicios de atención en Salud. - Gestión del acceso de la Población a la Prestación de Servicios en Salud. - Administración del Aseguramiento. - Mejorar la intervención en Salud Pública. - Formar e investigar condiciones de los Saberes Ancestrales en Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento del Sistema Local de Salud. - Mejoramiento de los procesos de Calidad en Salud. - Acceso y Equidad en la Prestación de los Servicios en Salud. - Aseguramiento en el marco del Sistema de Seguridad Social es Salud. - Salud Pública. - Fortalecimiento y Cooperación de Saberes. - Participación Social y Comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Modernización y Ajustes en la Estructura y Cultura de las instancias del Sistema. - Infraestructura en Salud. - Dotación. - Formación del Talento Humano. - Gestión de procesos de mejoramiento de la Calidad y certificación. - Atención Extramural. - Demanda inducida. - Ampliación de Cobertura. 	<ul style="list-style-type: none"> Incremento de la Cobertura en Régimen Subsidiado del 90% de la totalidad de los potenciales beneficiarios. Diseñado e implementado un Sistema de PQR, encuestas de satisfacción al cliente interno y externo e implementación de procesos en cada servicio. Cubrimiento del 100% de las veredas del Municipio con brigadas de salud y por lo menos cuatro veces al año las veredas de difícil acceso y distantes.

	<p>- Cualificar los espacios y formar talento Humano para la participación social y comunitaria.</p>		<p>- Cualificación e identificación de la demanda del Régimen Contributivo y del Subsidio.</p> <p>- Plan de Atención Básica (PAB).</p> <p>- Programa Nutricional.</p> <p>- Formación de Talento Humano para la participación.</p>	<p>Mejoramiento de la infraestructura y ampliación de la capacidad instalada para la prestación de los servicios de salud.</p> <p>Red municipal organizada con información y desarrollo institucional.</p> <p>Integrados al menos el 90% de los niños, mujeres y adultos de mayor riesgo de desnutrición al programa de Nutrición Municipal.</p> <p>Realizado al menos 10 Talleres de formación en participación y control social en derechos y deberes del Sistema.</p>
--	--	--	---	--

Se observa en la columna de subprogramas la atención extramural.

Tabla 8. Plan Plurianual de Inversiones

Eje Estratégico	Programa	2006			2007			Total	
		Fuente	Valor	%	Fuente	Valor	%	Programa	%
Municipio Saludable	Fortalecimiento Sistema Local de Salud	RP	415.622.500	8%	RP	440.559.850	8%	856.182.350	8%
	Mejoramiento de los procesos de calidad en salud	RP	59.374.643	1%	RP	62.937.122	1%	122.311.765	1%
	Acceso y equidad en la prestación de los servicios en salud	RP	356.248.857	6%	RP	377.623.788	6%	733.872.465	6%
	Fortalecimiento y cooperación de saberes	RP	10.000.000	0%	RP	10.600.000	0%	20.600.000	0%
	Aseguramiento en el marco del sistema de seguridad social en salud	SGP	1.740.265.100	32%	SGP	1.844.681.006	32%	3.584.946.106	32%
	Fortalecimiento sistema local de salud	SGP	951.928.600	17%	SGP	1.009.044.316	17%	1.960.972.916	17%
	Mejoramiento de los procesos de calidad en salud	SGP	135.989.800	2%	SGP	144.149.188	2%	280.138.988	2%
	Acceso y equidad en la prestación de los servicios en salud.	SGP	815.938.000	15%	SGP	864.895.128	15%	1.680.833.928	15%
	Fortalecimiento institucional	SGP	815.938.000	15%	SGP	864.895.128	15%	1.680.833.928	15%
	Salud Pública	SGP	186.834.929	3%	SGP	198.045.025	3%	384.879.954	3%
Totales		5.488.142.029			5.817.430.551			11.305.572.580	

En la priorización de los problemas el Plan de Desarrollo abordó varios ejes en los Talleres de Formación, de los cuales se menciona el Eje 6 :

Cuadro 9. Eje 6. Municipio saludable

Problema	Total
Compra ambulancia	54
Ampliación régimen subsidiario	42
Conformar Grupo Extramural eficiente	49
Capacitación continua y seguimiento personal centro de salud	49
Dotación de equipos necesarios para atención inmediata	49
Conformación equipo de profesionales idóneos en Medicina y utilización plantas tradicionales	69
Diagnóstico actualizado de Morbilidad y Mortalidad	54

Por tanto, se muestra que a través del proceso de concertación entre la comunidad y el gobierno municipal de Ricaurte, se consideró en el Plan de Desarrollo como una prioridad, la conformación del Grupo Extramural, como un subprograma para la construcción de un municipio saludable.

4.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SOCIECONÓMICA DE LA POBLACIÓN INDÍGENA EN EL MUNICIPIO DE RICAURTE

4.2.1 Historia de las comunidades¹⁶. Las actuales zonas de ocupación de las comunidades del Pueblo Awa Camawari han sido pobladas por migraciones provenientes de Tumaco y Barbacoas que llegaron al corregimiento de Altaquer, a la comunidad de Cuaiquer Viejo, Vegas y Pueblo Viejo en los años de 1850, considerados estos asentamientos humanos como centros principales o focos de migración que realizaron los Awa desde su tradicional asentamiento humano.

La corriente migratoria ocurrida entre 1850 y 1915, se dio a la búsqueda de lugares aislados de las poblaciones colonizadoras, por el aumento poblacional y por sus propias necesidades de sobrevivencia, lo que ha hecho que las comunidades se encuentren dispersas en todo el territorio.

El aislamiento geográfico permitió mantener la unidad social y cultural del Pueblo Awa.

Los antepasados indígenas, por la época migratoria, mantenían intactas muchas de sus tradiciones culturales. El Awapit, la lengua materna de comunicación acompañada del castellano para poder comercializar con los meztizos; la marimba, las maracas, el cununo y la flauta formaban parte del arte musical.

¹⁶ Proyecto CAMAWARI.

Para encender el fuego (candela) se utilizaba el eslabón elaborado de un pedazo de hierro hecho por un herrero, una piedra fina recogida en las quebradas y un corozo lleno de yesca seca sacada del corazón del plátano (hartón); la piedra se golpea con el eslabón la cual produce chispa que prende la yesca; igualmente preparaban el imbil hecho de brea de abeja y ceniza de balsa envuelto en hoja de sapo o capote (mechón) que luego se utilizaba para el alumbrado. Las viviendas eran hechas de guante, chonta, madera y hoja de bijaho.

El vestido lo hacían de damajagua, fibra vegetal de la corteza de un árbol, la cual se preparaba tejiendo y se envolvía por la cintura; se andaba con los pies descalzos.

Posteriormente, el vestido cambió los hombres utilizaron pantalón corto y camisa de manga larga sin cuello, hecho de lienzo blanco; las mujeres utilizaron falda de bayeta y blusa llamada chayán de bayeta o lienzo cosidos a mano, de colores amarillo o negro, las mujeres adornaron su cuerpo pintándose la cara con bija extraída de un árbol.

La base de la alimentación eran los animales del monte como: monos, venados, guatín, boruga, etc., que se cazaban con bodoqueras, trampas, lanzas y flechas con la punta untada de veneno extraído de un árbol; la recolección de frutos como: chontaduro, papaya, guayaba, pan del norte

4.2.2 Educación. Existe la principal preocupación de tanto del gobernador indígena como de los cabildantes, de permitir el acceso de los niños y jóvenes tanto a la educación básica como a la técnica, tecnológica y universitaria, como una decisión estratégica para lograr encontrar la senda del desarrollo de la comunidad desde su propia cosmovisión, para lo cual la capacitación del talento humano se convierte en una prioridad.

Buena parte de los recursos provenientes de las transferencias de la Nación se han destinado a la construcción y adecuación de instituciones educativas, que albergan los niños y jóvenes de la comunidad indígena.

En las Tablas 9 y 10 se indican las escuelas y otros centros educativos al servicio de la formación de la comunidad indígena, en las cuales se desarrollan proyectos de aula pertinentes a las expectativas, creencias y costumbres de la comunidad Awa que buscan ante todo, cimentar el sentido de pertenencia a la comunidad indígena para evitar que se pierda su tradición milenaria, que ha sufrido el embate de la cultura mestiza.

Tabla 9. Escuelas en la comunidad indígena.

No	Nombre de escuelas	Profesores		Grados					Estudiantes		Total
		Ind.	Mes	1º	2º	3º	4º	5º	M	F	F
Cabildo de Nulpe Alto											
39	Nulpe Alto	2		x	x	x	x	x	17	16	33
40	San Luis	1		x	x	x	x		15	9	24
41	Quembí	1		x	x	x	x	x	23	11	34
42	El Placer	1		x	x	x	x		12	8	20
43	San Vicente	1		x	x	x	x		13	12	25
44	Cuasbil	1		x	x	x	x		14	9	23
45	Angostura	1		x	x	x	x	x	17	12	29
46	Hojal	1		x	x	x	x	x	23	14	37
47	Chicandina	2		x	x	x	x	x	18	13	31
Cabildo de Nulpe Medio											
48	Nulpe Medio	1		x	x	x	x	x	17	14	31
49	Piguanís	1		x	x	x	x		15	8	23
50	San Luis	1		x	x	x			17	10	27
51	Peñas Blancas	1		x	x	x	x		16	12	28
52	Telpí	1		x	x	x			14	13	27
53	Guadual	1		x	x	x			12	9	21
54	Corozal	1		x	x	x			11	13	24
55	Chical	1		x	x	x	x		14	12	26
56	Puente Piedra	1		x	x	x			12	9	21
57	Andalucía	1		x	x	x	x		15	11	26
58	Basal	1		x	x	x			16	6	22
Cabildo Cuchilla del Palmar											
59	Nulpe Alto	2		x	x	x	x	x	19	14	33
60	San Luis	1		x	x	x			12	11	23
Cabildo Cuasucubí											
61	El Placer	2		x	x	x	x	x	17	15	32
62	San Vicente	1		x	x	x			13	12	25
Cabildo Alto Cartagena											
63	Angostura	2		x	x	x			12	8	20
64	Hojal	1	4	6º	7º	8º	9º	10	26	25	51
Total		69	24						1.093	869	1.962

Fuente: Registro de matrículas. Registro de matrículas 2001-2002

Tabla 10. Centros educativos en la comunidad indígena.

Centros Educativos	Estudiantes Awa		
	Hombres	Mujeres	Total
Colegio Nacional Ricaurte	43	34	77
Colegio Municipal de Ospina Perez	8	12	20
Colegio Inmaculada Concepción Tallambí	15	14	29
Colegio Santa Teresita de Altaquer	5	5	10
Escuela de Altaquer	8	13	21
Escuela Urbana de Varones Ricaurte	22	19	41
Escuela Urbana de Niñas de Ricaurte	8	12	20
Escuela Rural Mixta de Palpis	41	34	75
Escuela Rural Mixta Ospina Perez	39	26	65
Escuela Rural Mixta Chambú	20	23	43
Escuela Rural Mixta Chucunés	18	11	29
Escuela Rural Mixta San Isidro	23	12	35
Total	250	215	465

Fuente: Registro de matrículas 2001 – 2002

A pesar que la mayor parte de los niños Awa se encuentran vinculados al sistema educativo (bien en su territorio o fuera de él), logrando una importante cobertura, todavía existen muchos niños y niñas por fuera de las aulas, tal como se indica en la Tabla 11.

Tabla 11. Estado de estudiantes Awa

Centros educativos	Estudiante			Porcentaje
	Niños	Niñas	Total	
Dentro del territorio	1.093	869	1.962	49,5%
Fuera del territorio	250	215	465	11,7%
No estudian	675	861	1.536	38,8%
Total	2.018	1.945	3.963	100,0%

Fuente: Registro de matrículas 2001 – 2002.

4.2.3 Producción. La comunidad indígena Awa se caracteriza por tener una economía de subsistencia, con producción de algunos excedentes y la tendencia a vincularse a la economía de mercado en mínima escala.

La característica cultural utilizada para el establecimiento de cultivos empieza con la tala de bosques para regar (sembrar) maíz o frijol en cantidades de un quintal (equivalente a cuatro arrobas); para estos cultivos se utiliza la técnica de tumbar el bosque, regar y cosechar el producto y dejar por varios años descansar el terreno

mientras se trabaja en otro lugar, así se rotan los terrenos por varias veces, posteriormente se siembra yuca, plátano, caña de azúcar, café, árboles frutales, pasto, entre otros, como cultivos permanentes.

Producción Agrícola :

Plátano y Chiro (*Musa spp*): Constituye la base de la alimentación. El chiro es una variedad de plátano de mayor consumo. Para la siembra se selecciona el suelo y las semillas denominadas colinos, distancias de siembra, limpieza y corte de la planta que dio su fruto de algunos cortan la cepa, otros colocan tutor para evitar la caída. Gran parte de la producción es para comercializar en animales domésticos y otra parte es para vender a comerciantes de Chucunés, Ricaurte y Altaquer quienes lo llevan a Túquerres, Ipiales, Pasto, Popayán y Cali.

En algunos cultivos se encuentran ataques de “sigatoca común” (*cercospora musal*), lo mismo que lanchar, cuso, y gota. Se encuentran diferentes variedades conocidos como el plátano, el maqueño, el artón, el dominico, el guineo, el chiro, el pomo rozo etc.

Maíz (*Zea mays*). Este cultivo en su mayoría se destina para el consumo humano, complemento alimenticio de especies menores y comercialización. Las prácticas culturales de siembra son: Selección de la semilla, selección del terreno y preparación del suelo mediante la socala, se riega el maíz a mano y se tumba los árboles. La cosecha se hace a los siete meses en forma manual. Las épocas de riego son los meses de enero, febrero, septiembre, octubre y noviembre. Este cultivo en ocasiones se ve afectado por la “lanchar” que le cae el cogollo.

Frijol (*Phaseolus*): cultivo que se riega (siembra) similar al maíz, se cosecha a los cuatro meses y por lo general necesita rastrojo viejo para que el frijol se enrede alto. Es utilizado principalmente para consumo humano y poco para comercializar.

El renglón más sobresaliente es la agricultura y en menor escala, la ganadería.

Es casi nula la dedicación exclusiva al comercio. Existen personas vinculadas a otras actividades económicas como servicio doméstico, jornaleros, transporte y comercio.

La explotación agrícola se caracteriza por la aplicación de sistemas tradicionales de cultivo, ausencia de inversión de capital y utilización del machete y hacha como principales herramientas de trabajo.

Toda la agricultura se hace a mano, con la ayuda de la familia.

Caña de azúcar (*Saccharum officinarum*): Este producto genera los mayores ingresos a la familia indígena, por la venta de la panela, alimentación de cerdos y

producción de chapil (aguardiente de la zona). Las variedades que más se siembran son las palmiranas y moscosa o morada. La siembra se realiza preparando en terreno con machete y sembrando con palanca. Su primera cosecha se hace a los veinte meses. Algunas familias indígenas tienen trapiches de hierro otros de madera elaborados por ellos mismos. En la molienda participan todos los miembros de la familia y muchas veces familiares cercanos y vecinos.

El principal problema fitosanitario es el “barrenador del tallo” (diarrea saccharalis) y la pudrición roja del tallo por fusarium moniliforme.

Yuca (manihot utilísima): Es uno de los componentes de la dieta alimenticia; se siembra en cualquier época del año y en algunos casos se intercala con cultivos como maíz y frijol. Para su siembra se utiliza el machete y pala. Es una de las plantas más sensibles a la baja fertilidad de los suelos, lo cual trae consigo una disminución en la producción. La cosecha se hace a los doce meses en forma anual. Aunque carga poco y la hoja es comida por la hormiga no es incierto su cultivo en la región.

Otros productos como el café, árboles frutales como el limón, naranja, el caimito, el zapote, la guaba, la guayaba, la guanábana, entre otros, se cultivan por lo general en medio de los otros cultivos y sólo para el consumo de la familia.

La situación descrita pone de manifiesto que: el valor agregado constituye en su totalidad la retribución a la fuerza de trabajo familiar utilizada; la nula utilización de insumos químicos y por último se puede observar la existencia de monocultivo al interior de su economía, monocultivo que varía de acuerdo a la posición geográfica del resguardo en cuanto a los centros de población mestiza.

Producción Pecuaria. En el territorio Awa, la ganadería ha empezado a competir por las tierras que antes eran utilizadas para los cultivos, con los montes, bosques y espacios de rastrojo. Tierras tejadas en barbecho, aptas para los cultivos, son convertidas en potreros haciendo más fuerte la presión sobre la tierra.

La combinación del cultivo de maíz y pasto en algunos asentamientos Awa, hace que se pierda definitivamente la parcela al dejarla con pasto únicamente. Algunas familias indígenas arriendan los potreros a los mestizos o tienen ganado en compañía o a medias; el mestizo compra el ganado y los indígenas lo cuidan, crían y engordan; la rentabilidad es baja y no existe tratamiento para el control de enfermedades o parásitos. Generalmente el ganado no se ordeña.

La ganadería presenta problemas en distintos niveles:

- Por la presión que ejerce sobre el sistema productivo tradicional base del mantenimiento económico y social de la etnia, o sea sobre la agricultura rotativa de cultivos.

- La explotación de ganado vacuno agudiza el problema de la tenencia de la tierra.
- Participación desventajosa en la rentabilidad.
- Arriendo de tierras dedicadas a cultivos tradicionales.
- Penetración al sistema económico de mercado con todas sus desventajas.
- Irreversible daño causado el suelo por el mal manejo de la ganadería.
- La producción ganadera, tal y como se maneja en estos momentos no se adecua al uso sostenible de los recursos naturales.

Para la seguridad alimentaria las familias dedican tiempo a la cría de cuyes, gallinas, pavos, patos, ovejas y cerdos como complemento de la actividad pecuaria de la comunidad Awa de Ricaurte. Esta labor especialmente la hace la mujer en la familia.

Caza y pesca. La caza y la pesca, aún son aspectos importantes en la economía Awa a pesar de la disminución de su frontera, de la dificultad y libre movilidad de la población y de la disminución de muchas especies debido al daño ecológico. Las especies más comunes y más conocidas son: ratón de monte en sus diferentes variedades, zorra, ardita, guatín, armadillo, conejo, venado, cerrillo, cusumbe y oso hormiguero.

La pesca ha disminuido en los últimos años debido a la falta de control en las comunidades, el uso de explosivos en algunos lugares, las plantas tóxicas y la yasla y el basbasco y la pesca con atarralla. A pesar de esto aún se conserva la pesca con anzuelo. Los peces que se encuentran son: la saña, la sabaleta, la guaña, la dandia, y el barbudo. Entre otros.

La reducción cada día mayor del espacio geográfico y cultural de los awa y la falta de protección por parte del Estado y de los cabildos indígenas, trae como consecuencia la disminución de las áreas de reserva y los awa no puedan derivar de allí los recursos básicos para su subsistencia.

Artesanías. Algunos indígenas, la mayoría mujeres, dedican parte de su tiempo a la elaboración de canastos con una fibra que sacan de la guadua o bejuco llamado juanquereme, abanicos con fibra de guadua, esteras, petates y sombreros con fibra de tetera, jigras elaboradas con fibra de pita, cosedera o desamajagua. También elaboran platos y cucharas de madera, piedras de majar bala, marimbas, flautas y cununos para la música y bodoqueras para la caza.

Calendario de principales actividades productivas. El calendario de las actividades, tiempo de siembra y cosecha, se divide en cuatro períodos y giran alrededor de las fiestas católicas en la región, de las épocas de invierno y verano y de acuerdo al estado de la luna así:

Tabla 12. Fiestas en la región indígena.

Fiestas conocidas	Meses	Epoca	Estado	Productos
Semana Santa	Abril y Mayo	Invierno	Siembra Cosecha	Maíz, frijol, plátano Maíz
El Pendón celebrado en Cuaiquer Viejo	Agosto	Verano	Cosecha	Maíz, frijol, frutas
Fiesta de blanco Cele- brado en Altaquer	Septiembre	Invierno	Siembra Cosecha	Maíz, frijol, plátano Maíz, frijol
Navidad	Diciembre	Invierno	Siembra	Maíz y frijol

Fuente: Camawari, plan de vida 1998 – 2002

4.2.4 Comercio. El mercado de los productos por parte de la comunidad indígena Awa de Ricaurte afronta serios problemas que limitan la comercialización y frenan la producción. Las distancias que separan los asentamientos indígenas de los centros urbanos más cercanos (Chucunés, Ricaurte y Altaquer, en Nariño y Chical y Maldonado en el Ecuador), la precariedad de vías de acceso, la carencia de medios de transporte, los tenderos e intermediarios que deciden los precios de los productos, el tiempo de trabajo invertido y las largas jornadas para llegar a los centros de mercado, además de no ser remunerados suficientemente, contribuyen a agudizar los problemas del mercado.

El intercambio fronterizo establecido por los Awa de Ricaurte con Maldonado y Chical, es lesivo para los indígenas, quienes deben someterse al arbitrio de los precios y a la modalidad de moneda que manejan los comerciantes ecuatorianos. Los Awa de Ricaurte, asentados en la zona de frontera con el Ecuador, manejan la moneda de ese país, en un principio el sucre y ahora el dólar; no obstante el 100% del intercambio comercial lo realizan en el Ecuador debido a la relativa cercanía de los Resguardos fronterizos Awa de Ricaurte.

Chucunés, Altaquer y Ricaurte son los centros urbanos donde realizan el intercambio comercial los indígenas Awa establecidos sobre la carretera nacional Pasto – Tumaco y los de la “Vuelta Corta”; en estos lugares además de que los productos son desvalorizados, se estimula el alcoholismo mediante el trueque con el chapil, aguardiente producido en las comunidades utilizando alambiques caseros.

El proceso de culturación de los indígenas Awa obliga a estos a adquirir productos que ofrecen los mestizos y que ya son considerados como esenciales para su supervivencia. Todos los productos de la canasta familiar se compran en el mercado de afuera los cuales son llevados a las comunidades y consumidos.

Igualmente los productos agrícolas y pecuarios de las comunidades se venden en el mercado, por lo general las comunidades cercanas a los pueblos salen a comercializar cada ocho días y las comunidades muy lejanas salen cada quince o cada mes.

Existen también productos que se compran e intercambian al interior de la comunidad como: maíz con pollo, frijol con plátano; cuy con chiro; canasto con pollo etc., todo depende de la disponibilidad de alimentos que la familia tenga.

4.2.5 Necesidades de salud en el primer nivel de atención. La población indígena ha manifestado a la E.S.E. local, las necesidades que tienen en materia de atención en salud, lo que ha llevado a la entidad a realizar una aproximación en cuanto a la atención que podría brindar el grupo extramural, la cual se ha establecido así :

Tabla 13. Necesidad de Servicios Médicos. Salida Grupo Extramural Gualcalá. Primer trimestre del año

DETALLES	TOTAL
CONSULTAS MÉDICAS	164
CONTROLES DE ENFERMERÍA	24
TOTAL ACTIVIDADES	188
INGRESOS PLANIFICACIÓN FAMILIAR	2
INGRESOS A CRECIMIENTO Y DESARROLLO	11
CONSULTAS MEDICAS DEL JOVEN	6
INGRESOS PRENATALES	1
CONSULTAS MEDICAS ALTERACIONES DEL ADULTO	0
CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	22
CONSULTAS POR MORBILIDAD GENERAL	146
TOTAL ACTIVIDADES	188
CONSULTAS POR MORBILIDAD GENERAL	144
CONSULTAS POR PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	20
TOTAL	164
PROYECTO DE ACTIVIDADES POR MEDICAMENTOS	
TOTAL ACTIVIDADES EN MEDICAMENTOS	1443
TOTAL FORMULAS A DESPACHAR	148
TOTAL PACIENTES POR ATENDER	166

Fuente : Centro de Salud Ricaurte. 2007

Tabla 14. Necesidad de Servicios odontológicos. Salida Grupo Extramural Gualcalá. Primer trimestre del año

DETALLES	TOTAL
CONSULTAS ODONTOLOGICAS	9
CONTORLES DE PLACA	17
DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	10
FLUORIZANTES	8
SELLANTES	1
EXODONCIAS	4
TOTAL DE ACTIVIDADES A REALIZAR	49

Fuente : Centro de Salud Ricaurte. 2007

Tabla 15. Necesidad de Servicios en salud. Salida Grupo Extramural Vuelta Larga. Quince días

DETALLES	TOTAL
CONSULTAS MÉDICAS	1010
CONTROLES DE ENFERMERÍA	90
CONSULTAD ODONTOLÓGICAS	15
CONTROLES MÉDICOS	1
TOTAL ACTIVIDADES	1116
INGRESOS A PLANIFICACIÓN FAMILIAR	14
INGRESOS A CRECIMIENTO Y DESARROLLO	31
CONSULTAS MEDICAS DEL JOVEN	45
INGRESOS PRENATALES	12
CONSULTAS MEDICAS ALTERACIONES DEL ADULTO	10
CONTROLES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	2
CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	86
CONTROLES POR MORBILIDAD	2
CONSULTAD POR MORBILIDAD GENERAL	905
TOTAL ACTIVIDADES	1107
CONSULTAS POR MORBILIDAD GENERAL	905
CONSULTAS POR PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	202
TOTAL ACTIVIDADES	1107
EXODONCIAS	267
APLICACIÓN DE SELLANTES	285
APLICACIÓN DE FLUOR	266
DETARTRAGE SUPRAGINGIVAL	317
CONTROL DE PLACA	565
TOTAL DE ACTIVIDADES	1694

INFORME DE ACTIVIDADES POR MEDICAMENTOS	
TOTAL ACTIVIDADES EN MEDICAMENTOS	11669
TOTAL FORMULAS A DESPACHAR	958
TOTAL PERSONAS POR ATENDER	1003

Fuente : Centro de Salud Ricaurte. 2007

Tabla 16. Necesidad de Servicios en salud. Salida Grupo Extramural Vuelta Corta. Cinco días

DETALLES	TOTAL
CONSULTAS MÉDICAS	355
CONTROLES DE ENFERMERÍA	84
TOTAL	439
INGRESOS A PLANIFICACIÓN FAMILIAR	4
INGRESOS A CRECIMIENTO Y DESARROLLO	13
CONSULTAS MEDICAS DEL JOVEN	33
INGRESOS PRENATALES	1
CONSULTAS MEDICAS ALTERACIONES DEL ADULTO	10
CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	84
CONSULTAS MEDICAS POR MORBILIDAD GENERAL	294
TOTAL	439
CONSULTAS POR MORBILIDAD GENERAL	294
CONSULTAS POR PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	145
TOTAL	439
INFORME DE ACTIVIDADES POR MEDICAMENTOS	
TOTAL ACTIVIDADES EN MEDICAMENTOS	5897
TOTAL FORMULAS A DESPACHAR	299
TOTAL PACIENTES POR ATENDER	327

Fuente : Centro de Salud Ricaurte. 2007

Tabla 17. Necesidad de Servicios en salud. Salida Grupo Extramural Ramos Mongón. Dos días

DETALLES	TOTAL
ACTIVIDADES ODONTOLOGÍA	
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	41
EXODONCIAS	34
APLICACIONES DE SELLANTES	13
APLICACIÓN DE FLUOR	14
DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	30
CONTROL DE PLACA	50
ACTIVIDADES CONSULTAS	
CONSULTAS MEDICAS	83
CONSULTAS 1 VEZ CRECIMIENTO Y DESARROLLO	6
CONSULTAS 1 VEZ ATENCIÓN DEL JOVEN	7
CONSULTAS MEDICAS 1 VEZ EMBARAZO	1
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS 1 VEZ EMBARAZO	1
TOTAL CONSULTAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	15
TOTAL CONSULTAS DE MORBILIDAD	69
TOTAL ACTIVIDADES EN MEDICAMENTOS	925
TOTAL FORMULAS A DESPACHAR	64
TOTAL PERSONAS A ATENDER EN RAMOS	91

Fuente : Centro de Salud Ricaurte. 2007

Tabla 18. Necesidad de Servicios en salud. Salida Grupo Extramural El Sande. Nueve días

CONSULTAS	TOTAL
CONSULTAS MÉDICAS	303
CONTROLES DE ENFERMERÍA	60
CONSULTAD ODONTOLÓGICAS	81
CONTROLES MÉDICOS	1
TOTAL	363
ACTIVIDADES P Y P	
CONTROLES DE PLACA	117
DETARTRAJE	53
FLUORIZANTES	45
SELLANTES	49
EXODONCIAS	68
VACUNACIÓN	37

AGUDEZA VISUAL	16
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	
INGRESOS A PLANIFICACIÓN FAMILIAR	2
INGRESOS A CRECIMIENTO Y DESARROLLO	16
CONSULTAS MEDICAS DEL JOVEN	42
INGRESOS PRENATALES	0
CONSULTAS MEDICAS ALTERACIONES DEL ADULTO	3
CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	16
CONSULTAD POR MORBILIDAD GENERAL	240
TOTAL	319
INFORME ACTIVIDADES POR MEDICAMENTOS	
TOTAL ACTIVIDADES EN MEDICAMENTOS	3212
TOTAL FORMULAS A DESPACHAR	253
TOTAL PACIENTES A ATENDER	263

Fuente : Centro de Salud Ricaurte. 2007

Indican las tablas anteriores, la necesidad palpable de la comunidad indígena de contar en su territorio con un grupo extramural de salud que les proporcione la atención que requieren, para tener una mejor calidad de vida y evitar los contratiempos derivados del desplazamiento desde el área rural en la cual viven, hasta el caso urbano en el cual se encuentra la E.S.E. local.

4.2.6 Transferencias de los recursos de la nación para Resguardos. Son siete los Resguardos que actualmente están recibiendo dineros de transferencias de los ingresos corrientes de la Nación, recursos que el gobierno asigna anualmente.

En los Resguardos se han desarrollado procesos de capacitación dirigidos a aportar elementos básicos ajustados a la Ley sobre el origen, desarrollo y manejo de los dineros de transferencias tanto del Municipio como del Resguardo, a pesar de esto, no existe un nivel óptimo de información en las comunidades indígenas sobre los elementos legales, administrativos y políticos que permitan definir criterios claros que hagan más eficaces las labores de los Cabildantes y de sus comunidades frente a los dineros de las transferencias.

La inversión de estos recursos en su mayoría se han destinado a la construcción de obras de infraestructura como escuelas, puestos de salud, casa de cabildo, puentes peatonales y arreglos de caminos con contratista y mingas de las mismas comunidades; en capacitaciones dirigidas de los cabildos y la comunidad; en apoyo a estudiantes de bachillerato de las comunidades y cofinanciado proyectos con las instituciones que apoyan a Camawari. Toda inversión iniciando desde la distribución de los recursos de cada año, el gobernador indígena los hace con

participación de las comunidades, quienes deciden qué hacer con los recursos. La inversión con los recursos del Municipio son muy mínimas en los Resguardos, las comunidades sólo tienen, recuerdan y agradecen las obras hechas con sus recursos de transferencias.

Los recursos de las transferencias para los resguardos llegan a través de los municipios, es aquí donde se presentan múltiples dificultades con los funcionarios de las administraciones locales, debido a la ineficiencia, irrespeto y discriminación racial hacia los indígenas. Los Cabildos en su proceso de fortalecimiento han logrado superar algunas dificultades, por lo menos ahora cada resguardo tiene una cuenta corriente en el Banco Agrario para recibir los recursos. La contratación y manejo de cheques se siguen haciendo por parte de los Alcaldes con todos los vicios de la politiquería tradicional, problemas que en futuro deben ser superados.

4.2.7 Recursos con que cuenta la comunidad. El principal recurso con que cuenta la etnia Awa de Ricaurte es su sentido de pertenencia e identidad al territorio, a la etnia y a su cultura. Este recurso ha permitido unificar la comunidad en torno a la Organización – Camawari desde donde se adelanta la campaña de recuperación, construcción del pueblo indígena en medio de las exigencias del entorno Nacional.

La comunidad indígenas cuenta con valiosos recursos, que hacen vislumbrar un futuro promisorio, cuando se los utilice plenamente, tales como : Recursos humanos existentes, como: Comunidades, cabildos, madres comunitarias, docentes indígenas, carpinteros y líderes y la organización Camawari; recursos físicos, aunque en regular estado, pero se dispone de ellos: Puentes, caminos de herradura, herramientas para mingas, escuelas, colegios, puestos de salud, canchas deportivas; recursos naturales; fauna y flora de reconocida etiqueta mundial; recursos hídricos y minerales; y los recursos de apoyo Institucional de ONG's gubernamentales y de organizaciones indígenas que han estado de cerca de ellos.

4.2.8 Principios estratégicos de la comunidad indígena. Ya la comunidad indígena del Municipio de Ricaurte se ha preguntado ¿ Como queremos que sean nuestras comunidades en el futuro ?. Las comunidades han plasmado el sueño para el futuro de sus integrantes. Unas comunidades escribieron sus sueños y otras los mostraron mediante dibujos. Fue de aquí de donde nacieron la mayoría de los proyectos identificados en el Plan de Vida.

El Sueño Awa :

Visión de futuro. Es el “soñar la nueva alternativa para mirar la visión que se quiere de la generación hacia un futuro, buscando mejorar lo que se tiene y cubrir las necesidades sentidas por las comunidades a corto, mediano y largo plazo.

La visión de futuro del pueblo Awa de Camawari como principio fundamental, se orienta hacia el rescate, reconstrucción y fortalecimiento del pensamiento propio, concebido como el “Ser Indígena” y no como el “Estar Indígena” Awá.

Esta orientación propia, más el análisis integral de la situación socio política nacional y mundial ha permitido distinguir sus necesidades, problemas y carencias que a corto, mediano y largo plazo se pretenden solucionar con el apoyo decidido de la institucionalidad nacional e internacional.

Objetivo del Plan de Vida :

Objetivo General. Servir de soporte teórico para que los Resguardos, el Municipio, el Departamento, la República de Colombia, otros países y ONG’s nacionales e internacionales por intermedio del cabildo mayor Awá de Ricaurte, Camawari, canalice los recursos humanos, físicos y económicos necesarios para desarrollar las políticas encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida del pueblo Awa de Ricaurte, bajo los principios de Unidad, Identidad, Territorio, Cultura y Autonomía.

Objetivos Específicos:

- Dotar la comunidad indígena Awa de Ricaurte, a cabildantes, líderes, gobiernos, directivos de instituciones gubernamentales y ONG’s de una herramienta técnico-social que les permita orientar la inversión social en los Resguardos.
- Servir de fuente de información y consulta para establecer las políticas de desarrollo del Municipio de Ricaurte en cuanto a Resguardos indígenas.
- Determinar cuáles son las carencias y necesidades prioritarias que deben ser solucionadas por los Resguardos, y el Cabildo Mayor Awá de Ricaurte – Camawari y Gobierno Nacional.
- Establecer a corto, mediano y largo plazo, planes de acción que hagan posible ejecutar las políticas de mejoramiento de la calidad de vida, mediante la realización de programas y proyectos concretos.

Tabla 19. Objetivos de programas sectoriales estratégicos de la comunidad indígena

Programas	Objetivo General	Objetivos Específicos
Educación	Construir una educación bilingüe e intercultural, que fortalezca la cultura y autonomía educativa del Pueblo Awa.	1. Diseñar un currículo propio para ejercer autonomía educativa. 2. Fortalecer la identidad cultural a través del proceso educativo formal y no formal. 3. Continuar los procesos de formación a

		docentes indígenas para mejorar la calidad educativa. 4. Garantizar la estabilidad laboral de los docentes indígenas.
Salud	Diseñar planes y programas de manejo de medicina tradicional y occidental que mejoren la atención de los servicios de salud.	1. Recuperar y fortalecer la medicina tradicional. 2. Reconocer y capacitar a los médicos tradicionales de las comunidades. 3. Crear E.S.E. indígena para que atienda la medicina tradicional y occidental, 4. Promover programas de promoción, prevención y atención odontológica en las comunidades.
Territorio	Reordenar y recuperar el territorio Awa mediante la constitución, el saneamiento y la ampliación de los Resguardos.	1. Continuar con la constitución, saneamiento y ampliación de los Resguardos. 2. Impulsar la compra de tierra de colonos ubicados en los resguardos, con recursos propios del gobierno y ONG's 3. Fortalecer a los Cabildos y comunidades para el cuidado y control del territorio.
Recursos Naturales	Conservación y protección de los recursos naturales del medio.	1. Diseñar programas de conservación y protección de los recursos naturales. 2. Desarrollar programas y proyectos de áreas forestales y administración ambiental mediante planes de manejo en los Resguardos.
Organización y Justicia	Ejercer y aplicar la justicia especial indígena con base en la autonomía política, jurídica y administrativa del pueblo Awa.	1. Realizar actividades de capacitación sobre los derechos de los pueblos indígenas dirigidos a autoridades, cabildos y comunidad en general. 2. Exigir al Estado Colombiano el cumplimiento de los derechos de los pueblos indígenas. 3. Participar en los procesos de formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en beneficio del pueblo Awa. 4. Luchar en la defensa de la unidad, identidad, territorio, cultura y autonomía. 5. Fortalecer las organizaciones existentes, en especial los Cabildos para ejercer justicia con autonomía y vivir en paz y convivencia.
Producción y Economía	Implementar programas y proyectos productivos sostenibles para mejorar la seguridad alimentaria y	1. Diseñar estrategias de capacitación agropecuaria y comercialización de productos. 2. Crear cooperativas y centros de acopio

	económica del pueblo Awa.	como alternativa para la generación de empleo. 3. Desarrollar proyectos productivos sostenibles que mejoran la seguridad alimentaria de las comunidades Indígenas. 4. Investigar y mejorar los cultivos propios de la región.
Mujer y Familia	Implementar y desarrollar programas especiales con énfasis en el fortalecimiento de los derechos de la mujer y familia Awa.	1. Fortalecer la participación de la mujer Awa en todos los espacios decisorios dentro de la organización e instituciones. 2. Promover capacitaciones a hombres y mujeres sobre violencia intra familiar y equidad de género. 3. Crear microempresas o cooperativas asociativas para generar ingresos en la familia Awa.
Infraestructura	Formular, gestionar y ejecutar proyectos a corto, mediano y largo plazo en los diferentes programas de desarrollo socioeconómico y cultural del pueblo Awa.	Elaborar proyectos para la solución de mejoramiento y construcción de viviendas, vías, centros de acopio, escuelas, colegios, puestos y centros de salud, centros recreativos y culturales de las comunidades, entre otros.

Fuente : Plan de Vida. Camawari

4.2.9 Programas y Proyectos de la comunidad indígena. Esquema general de programas y proyectos para el mejoramiento de la calidad de vida del pueblo Awa de Camawari se muestra en la Tabla 20.

Tabla 20. Programas y proyectos estratégicos de la comunidad indígena en el corto, mediano y largo plazo

Programa	Objetivo	Proyectos	Tiempo		
			CP	MP	LP
Educación	Construir una educación bilingüe intercultural en y	Elaboración del proyecto educativo comunitario y programas curriculares propios del pueblo Awa	X		

	autonomía educativa del pueblo Awa.	Capacitación y formación a los docentes indígenas en etno educación y awapit. Capacitación a padres de familia, docentes y autoridades indígenas en normatividad legal referente a la educación en comunidades indígenas	X		
		Institucionalización de educación no formal y alfabetización de adultos en los cabildos Awa de Ricaurte		X	
		Identificación de familias que no envían a sus hijos a la escuela y concientización de las mismas.	X		
		Rescate y fortalecimiento de la música, mitos y los cuentos y leyendas del pueblo Awa.	X	X	
		Reconstrucción, remodelación y dotación de mobiliario y material didáctico a 63 escuelas de la comunidad Awa		X	
		Construcción dotación de 17 en comunidades nuevas		X	
Programa	Objetivo	Proyectos	Tiempo		
			CP	MP	LP
		Construcción de polideportivos y dotación de implementos deportivos para cada una de las escuelas de los resguardos		X	X
		Construcción de acueductos y pozos sépticos en escuelas de la comunidad Awa		X	X
		Construcción y dotación de un colegio y universidad para las comunidades Awa		X	X
		Fortalecimiento y dotación de la emisora comunitaria Awa, Camawari	X	X	
		Consecución del disco móvil para la emisora		X	X
		Implementación de radios de comunicación en los cabildos Indígenas		X	X

Salud	Diseñar planes y programas de manejo de medicina tradicional y occidental que mejoren la atención de los servicios de salud	Recuperación y fortalecimiento de la medicina radicional.	X	X	
		Capacitación y bonificación a 30 médicos tradicionales de las comunidades	X	X	
		Diseño y construcción de los jardines botánicos de los médicos tradicionales.	X	X	
		Creación de una E.S.E. indígena para la atención de la medicina tradicional y occidental	X	X	
		Promoción de programas de promoción, prevención y atención odontológica en las comunidades.	X	X	
		Capacitación a treinta promotores de salud indígenas de las comunidades	X		
		Capacitación y vinculación de 30 auxiliares de enfermería	X	X	
		Diseño de un programa propio nutricional para la población infantil	X	X	
		Reconstrucción y dotación de 11 puestos de salud existentes	X		
		Construcción y dotación de 20 puestos de salud		X	
		Construcción de 31 acueductos y pozos sépticos para los puestos de salud de la comunidad Awa			
		Ampliación de carnetización de régimen subsidiado en salud a 4.500 indígenas	X	X	
		Estudio de las causas que originan los estados mórbidos de la comunidad Awa	X	X	
		Estudio de un programa y capacitación a las comunidades para el uso y manejo de basuras	X	X	
		Construcción de ochenta abastecimientos de agua para las comunidades indígenas	X	X	
		Construcción de tasas sanitarias para la población indígena de las 80 comunidades		X	X
					X
		Construcción de 3.000 viviendas para familias indígenas		X	X
		Reconstrucción y mejoramiento de 2.000 viviendas para familias indígenas	X	X	X

		Estudio y diseño de un programa de tratamiento de las aguas negras en las comunidades		X	X
Territorio Recursos naturales	Reordenar y recuperar el territorio Awa mediante la constitución, el saneamiento y la ampliación de los resguardos. Conservación y protección de los recursos naturales del medio	Legalización de los Resguardos: - Milagroso Cuaiquer Viejo - Palmar Imbí Medio - Alto cartagena	X		
		Compra de tierra para saneamiento y ampliación de los resguardos de Camawari	X	X	X
		Ampliación y legalización del resguardo de Pialapí Pueblo Viejo	X	X	
		Conformación de la entidad territorial indígena una vez aprobada la ley orgánica del ordenamiento Territorial		X	X
		Delimitación técnica de los límites de los resguardos indígenas		X	X
		Capacitación para concertar y legalizar internamente las propiedades familiares.	X	X	
		Continuar los estudios de análisis multitemporal y elaboración de mapas del territorio Awa	X	X	X
		Realizar ejercicios de planeación participativa para el ordenamiento del territorio	X	X	
		Identificación de territorios susceptibles de ser considerados como áreas de reserva forestal en los Resguardos		X	
		Manejo sostenible de las áreas protegidas de los Resguardos.		X	X
		Estudio y análisis de las prácticas tradicionales de explotación de los Recursos Naturales.	X		
		Reforestación de las cuencas de ríos y quebradas.		X	X
		Educación y capacitación a la comunidad para el manejo adecuado de los recursos naturales del medio	X	X	X
		Organización y Justicia	Ejercer y aplicar la justicia especial indígena con base en la	Capacitación a los cabildos indígenas, grupos organizados, líderes y comunidad en general	X
Fortalecimiento institucional de Camawari				X	X

	Autonomía política, jurídica y Administrativa del pueblo Awa.	Fortalecimiento institucional de Camawari		X	X
		Capacitación a las comunidades para el fortalecimiento y la defensa de los principios de identidad, cultura, territorio y autonomía	X	X	X
		Capacitación en jurisdicción especial indígena para todas las comunidades	X	X	
		Capacitación en derechos de los pueblos indígenas	X	X	X
		Administración de justicia al interior de los resguardos	X	X	X
		Elaboración de los reglamentos de los cabildos indígenas y una norma general para todo el pueblo Awa	X	X	
		Construcción del centro de resocialización del Awa infractor.	X	X	
		Construcción de los centros Administrativos de Camawari y de los cabildos	X	X	X
		Fomentar relaciones de entendimiento y respeto intercultural con la comunidad mestiza	X	X	
		Acompañamiento de un asesor jurídico en el proceso organizativo	X	X	
		Fomentar la organización de un comité político	X	X	X
		Fomentar en las escuelas la enseñanza de la cultura y la lucha indígena	X	X	
		Producción y Economía	Implementar programas y proyectos productivos sostenibles para mejorar la seguridad alimentaria y económica del pueblo Awa	Ampliar la capacitación en sistemas sostenibles de producción agropecuaria	X
Desarrollar proyectos productivos sostenibles con los grupos organizados y las comunidades para la seguridad alimentaria	X			X	
Investigar las causas que originan la pérdida de la capacidad productiva de la palma de chontaduro y otros productos del medio	X			X	
Desarrollar programas de capacitación a la comunidad para rescatar los sistemas de producción nativos	X			X	

		Estudiar la posibilidad de la creación de microempresas y centros de acopio de acuerdo a las posibilidades y alternativas de la comunidad.	X	X	X
		Estudio de mercado y asistencia técnica en los productos que siembra la comunidad para el fomento agroindustrial		X	X
		Adquisición de créditos para fomentar la agricultura sostenible		X	X
Mujer y Familia	Implementar y desarrollar programas con énfasis en el fortalecimiento de los derechos de la mujer y familia Awa	Aumentar el nivel de capacitación en la mujer que participe en todos los espacios organizativos y políticos	X	X	
		Capacitación a hombres, mujeres y niños sobre violencia intra familiar, y equidad de genero entre otros temas.	X	X	
		Apoyar a la mujer para que trabaje en su proyecto productivo familiar.	X	X	
		Crear un comité de atención a la mujer y la niñez maltratados en el hogar	X	X	
		Diseñar un programa de capacitación para la natalidad de la familia Awa	X	X	
Otros	Desarrollar proyectos de infraestructuralos Resguardos para mejorar las condiciones de vida de las comunidades.	Estudio de factibilidad para la apertura de carreteras en los resguardos		X	X
		Estudios de factibilidad para la electrificación de los Resguardos		X	X
		Mantenimiento de la red de caminos que comunican a las comunidades	X	X	
		Construcción de puentes sobre ríos y quebradas por donde pasan los caminos	X	X	X
		Ampliación de la cobertura de líneas telefónicas para los Resguardos	X	X	

4.3 GRUPO EXTRAMURAL PARA ATENCIÓN EN SALUD A LA COMUNIDAD INDÍGENA DEL MUNICIPIO DE RICAURTE

PRESENTACION : El sistema de salud debería empezar a considerar la “Salud Familiar” como excelente opción para aplicar principios y estrategias de la promoción de la salud, ejercicio en el que se combinan casi todos los elementos integrados a su concepto. La promoción de la salud, se define como “integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones para la salud física y psicológica de individuos y colectividades¹⁷”.

En Colombia son pocas las experiencias documentadas en las que predomina la salud familiar como enfoque, y más bien se encuentran algunas importantes experiencias basadas en la medicina familiar como una forma del ejercicio médico. Sin embargo, la propuesta metodológica que se presenta en este texto, pretende integrar diferentes disciplinas, consideradas básicas en el abordaje integral de la “salud familiar”.

Por otra parte, no podrían realizarse planteamientos sobre la salud familiar, aislados de su contexto comunitario cercano; puesto que la salud al interior del núcleo familiar se encuentra altamente determinada por factores condicionantes ambientales, culturales y sociales, con los cuales, la familia mantiene una relación de ida y vuelta permanente.

Motivados por este hecho, se ve la necesidad de buscar un apoyo comunitario, para el equipo de profesionales de la salud, de tal manera, que tanto las familias como el equipo de salud, tuvieran un punto de enlace entre la dimensión social y comunitaria y las otras dimensiones del desarrollo, que de una u otra manera se relacionan con las condiciones de salud familiar. Este punto de enlace debe estar integrado por un equipo de personas que se denominará dentro del programa: “Equipo de Promotores del Desarrollo Indígena”.

El papel de los promotores de desarrollo local es fundamental para el éxito de un programa de esta naturaleza, y su función de contribuir a reforzar en las familias la adopción de comportamientos tendientes a mejorar sus condiciones¹⁸ de salud es el motor de impulso para las iniciativas encontradas por la propia comunidad, como alternativas pertinentes para superar las principales causas de los problemas de salud colectiva.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS)

¹⁸ Definición adoptada en la CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA, 1990. Citada en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud” publicado por el Ministerio de Salud de Colombia, en Santa Fe de Bogotá 1.996- Pág. 16

Con este equipo de profesionales del desarrollo se amplía la perspectiva de la “salud familiar” y se fortalecen las estrategias contempladas por el Ministerio de la Protección Social en torno a la construcción de municipios saludables.

Dichas estrategias tienen que ver con la participación social, la prevención de las principales enfermedades de la infancia, el fortalecimiento de los servicios de salud de primer nivel, el fomento de las acciones intersectoriales y la construcción de ambientes saludables, todo ello posibilitado a partir de la vinculación de la familia como núcleo básico de decisión en salud.

Esta investigación quiere dar respuesta a la obligación que tiene el sistema de contribuir con nuevas alternativas que hagan posible mejores oportunidades para la salud colectiva.

4.3.1 Introducción. El olvido en que tradicionalmente se ha tenido a las comunidades indígenas en el Municipio de Ricaurte, es sin lugar a dudas un problema de Salud Pública, que día a día pone a prueba la capacidad de respuesta por parte del Estado, en áreas fundamentales como la educación y la salud; colocando en ésta última un cuestionamiento a su posibilidad de promover salud en un contexto de violencia y pobreza como el que atraviesan miles de Colombianos desplazados de sus territorios de Orión, hacia sitios recónditos, hasta donde no llega la atención en salud.

La principal motivación para ejecutar este programa está en función de tres aspectos: por un lado, responder al dilema de cómo garantizar una mayor protección y atención en salud para la población indígena, sin menoscabar la medicina tradicional; por otro lado, asumir un programa que además de identificar las condiciones reales en materia de salud – enfermedad, pudiera generar una oportunidad a las familias indígena y al sistema de salud para promover salud; y, finalmente, colocar a prueba nuevas y diferentes estrategias que desde la salud puedan potenciar el desarrollo humano en niveles territoriales definidos.

Cabe anotar, que si bien el programa surge inicialmente como una alternativa para la atención en salud a la población indígena, es un programa que bien puede tener aplicación general, puesto que las condiciones de vida son compartidas también por la población receptora. Se hace necesario empezar a romper la brecha social que existe entre la comunidad receptora y la comunidad desplazada, por lo cual el programa de Salud Familiar, se convierte en una estrategia no solamente poblacional sino de aplicación territorial.

Esta publicación está dirigida principalmente a interesados ó responsables de la implementación y evaluación de iniciativas de construcción de Municipios y Comunidades Saludables. Por lo anterior, invitamos a los lectores a reflexionar tanto en aspectos técnicos y metodológicos como en aspectos políticos y

gerenciales, para hacer de la Salud Familiar, un instrumento político e insumo importante para la producción social de la Salud y el ejercicio de Promover Salud.

4.3.2 Aproximación conceptual.

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUD PUBLICA

Luego de revisados planteamientos conceptuales, filosóficos y estratégicos de la salud pública y la promoción de la salud, en los cuales se reconoce que la salud pública es un asunto que compete no solamente al Gobierno, quien debe ofrecer garantías y servicios básicos de salud, sino también a los individuos y sus organizaciones, se inicia un proceso reflexivo en torno a la construcción de iniciativas que hagan posible la aplicación de este principio básico.

Según LABONTÉ, Ronald ¹⁹, se constituye en una preocupación central de la salud pública el mejorar e incrementar la participación, la cual a su vez se convierte en condición para producir el empoderamiento necesario en los temas de salud colectiva y calidad de vida; de tal manera que la participación ciudadana y comunitaria deben ser dinamizadas a partir de oportunidades concretas.

La promoción de la salud se adopta como orientadora del que hacer de la salud pública durante la década de los setenta, cuando surge un importante cambio en la teoría de la salud pública, con el Informe Lalonde (Canadá, 1974). Este reconoce los factores sociales y ambientales y los modos de vida como factores determinantes claves de la salud.

Con el informe Lalonde se hace evidente la necesidad de trascender en el campo de acción de la salud pública más allá del sector salud, precisando su accionar en ámbitos más amplios de la dinámica social que permitan un avance significativo en la producción social de la salud.

Posteriormente, en 1978, con la conferencia de Alma Ata, se identifica como propósito fundamental la búsqueda de la salud para todos a través del cumplimiento de ciertas estrategias, lo cual se traduce operativamente en la búsqueda de la equidad en salud, premisa fundamental sobre la cual basa su actuar la salud pública. Es en este momento histórico en el cual se realizan esfuerzos para poner en marcha, junto a la estrategia de Atención Primaria en Salud, el fortalecimiento de los servicios locales de salud y la incorporación de la propia comunidad en la lucha y defensa de su salud.

En la década siguiente se adopta la carta de Ottawa. En ella se trazan cinco áreas claves para la promoción de la salud:

¹⁹ Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, noviembre 1992, Bogotá, p. 45

- 1) Formación de políticas públicas saludables;
- 2) Creación de entornos saludables;
- 3) Fortalecimiento de la acción de la comunidad;
- 4) Desarrollo de aptitudes para la vida, y
- 5) Reorientación de los servicios de salud.

Así, la promoción de la salud se convierte en una estrategia eficaz para mejorar la salud y la calidad de vida de las comunidades.

Sobre estos principios se han generado y desarrollado políticas importantes en nuestro contexto, como es el caso de la política de Municipio Saludable por la Paz, y en este marco el Programa de Escuelas Saludables; propuestas con las que se pretende incorporar la salud a la agenda pública para que pueda ser trabajada desde la mirada intersectorial, enfatizando en el desarrollo de procesos y no en meros resultados.

El proceso de descentralización de la salud, es respaldado por el movimiento de “Municipalidades Saludables”; en él se reafirma la responsabilidad de las autoridades municipales con la salud de su territorio. Es por ello que las políticas y principios que orientan la Promoción de la Salud tienen su expresión práctica en estos territorios, y este es el sentido que recobra el Programa de Salud Familiar. Es también en los territorios descentralizados desde donde se gesta la capacidad local para construir salud. Es allí donde las evidencias sobre la relevancia, equidad y efectividad de las políticas, al igual que la rentabilidad social y costo efectividad de las intervenciones en salud deben estar presentes para orientar la identificación de prioridades y la asignación de recursos en salud. Es en dicho nivel donde se debe producir información para interpretar la realidad local y desde donde deben surgir las propuestas de cambio.

En los actuales momentos se ubica a la salud dentro de un amplio contexto social y económico, y a la promoción de la salud como una estrategia que permite buscar un mayor compromiso de todos para disminuir las desigualdades sociales y aumentar el bienestar colectivo. Además se reconoce que las diferencias en salud no corresponden a factores biológicos sino a fenómenos socioeconómicos, y que las estructuras sociales y económicas pueden dar límite y dirección a los comportamientos individuales y colectivos.

En estas circunstancias se promueve el concepto de empoderamiento para la salud, el cual, según WALLERSTEIN Nina, se trata de un proceso social que está íntimamente ligado a la participación comunitaria y a la consolidación concreta de los procesos participativos, de tal manera que se convierte en cuestión crítica para la promoción de la salud, pues se requiere crear espacios de concertación y negociación y sobre todo crear conciencia sobre los derechos sociales de las personas donde éstas sean partícipes.

Estos referentes conceptuales, el de salud pública, el de promoción de la salud, el de participación y empoderamiento, se combinan con los elementos del contexto social y político, para consolidar el marco de referencia en el que se desarrolla y sustenta el programa de Salud Familiar.

Tales elementos del contexto tienen que ver con el fenómeno del desplazamiento, las disposiciones normativas y reglamentarias que establecen las maneras de abordarlo (particularmente las referidas a la atención en salud), el marco de la descentralización y las alternativas para la planificación del desarrollo en el ámbito local y participativo.

4.3.3 Hipótesis del programa de salud familiar con equipo extramural. Se entiende que tanto la salud colectiva como el fenómeno del desplazamiento de las comunidades indígenas son realidades complejas que exigen dinámicas de interdependencia de actores. En este sentido resulta pertinente y necesario, no sólo buscar canales de comunicación abiertos y permanentes entre la población indígena y las estructuras del Estado encargadas de dar respuesta al fenómeno, sino posicionar los temas relevantes de la salud pública en las instancias comunitarias y gubernamentales, mediante estrategias dialécticas.

La mejor técnica para cumplir los preceptos de la política de Municipios Saludables, de “proveer al individuo, la familia y la colectividad un cuidado de salud integral, continuo y permanente, en los campos de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, con el fin de mantener una vida sana y económicamente productiva²⁰”, es aquella que tenga en cuenta los protagonistas y los espacios donde se generan los estados de salud – enfermedad. Sólo las responsabilidades entre los protagonistas (familias, comunidad, servicios de salud y gobierno como un todo) y la intervención de los espacios ecológicos permitirán restablecer el equilibrio y el disfrute de una vida sana y económicamente productiva. Este es el concepto de salud familiar y comunitaria que se expone a continuación.

La implementación del Grupo Extramural, se apoya en la siguiente hipótesis fundamental: comprender cómo el programa de Salud Familiar de Primer nivel con equipo extramural, se constituye en sí mismo en una estrategia viable, económica, aceptada, efectiva, pertinente y necesaria para el cumplimiento de las metas y responsabilidades en el nivel local, por parte de los Servicios de Salud, en materia de promoción y fomento de la Salud para la población indígena en el Municipio de Ricaurte.

²⁰ Apartes adaptados del documento: “Lineamientos de promoción de la salud y Educación para el Comportamiento Humano”, del Ministerio de Salud - Colombia, 1.995 y la ponencia sobre “Políticas de Promoción de la Salud en la OPS”, presentada por Helena Restrepo en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Bogotá, 1.992.

Se acepta en general que el 80% de la demanda espontánea y promovida en una comunidad se puede resolver en un primer nivel de complejidad; un 15% requiere una referencia a un segundo nivel de atención y un 5% necesitaría cuidados muy especializados y tecnologías complejas en niveles III y IV de atención.

La Salud Familiar queda inscrita en el primer nivel de atención, como instrumento de atención básica primaria, con nexos recíprocos y permanentes con los niveles II y III. Sin duda la mayoría de los servicios de salud se ofrecen institucionalmente. Ellos requieren de ambientes y recursos especiales que no siempre son posibles trasladar a otros sitios de la comunidad. Además, por razones logísticas es conveniente concentrar algunos servicios. Sin embargo, la concepción misma de salud familiar y comunitaria exige la descentralización administrativa de los programas hacia escenarios en la comunidad, vivienda y lugar del trabajo. De esta manera la vivienda, y en particular la familia, se convierten en el primer puesto de salud de la comunidad.

El segundo escenario de salud es necesariamente la E.S.E. Centro de Salud con sus 7 Puestos de Salud en el Municipio de Ricaurte, y es en este sentido que se introduce el componente de promoción del desarrollo local, como una alternativa viable, oportuna, necesaria y pertinente, no solamente para el programa de salud familiar, sino para la salud pública en general. Las casetas comunales deberán aprovecharse para la organización y participación comunitarias. Es allí donde deben ventilarse los problemas que aquejan a la población y de allí deben surgir algunas fórmulas para su solución.

En la vivienda deberá iniciarse el proceso de toma de conciencia sobre la salud – enfermedad. Las visitas de acercamiento *in situ* servirán para trazar un perfil de las familias e identificar los principales problemas y sus alternativas de solución. Muchos de los problemas podrán solucionarse allí mismo y otros requerirán ser remitidos a otras instituciones.

Los miembros del equipo de salud deben estar conscientes de la importancia del trabajo extra-institucional, especialmente en organizaciones en las que funcionan los servicios para atención de enfermos. En las áreas donde se dificulte el trabajo comunitario y tenga que realizarse en una institución sanitaria no deberá perderse la perspectiva del lugar.

4.3.4 Aspectos filosóficos del grupo extramural. El Programa de salud para la comunidad indígena a través del Grupo Extramural se sustenta y parte del enfoque de “Promoción de la Salud” y su accionar debe arrojar un posicionamiento crítico frente a las posibilidades y oportunidades que desde el sector salud se tienen para promover la salud entre la comunidad indígena, en un contexto de violencia y alta iniquidad política, social y económica como el que se vive en el Municipio de Ricaurte.

El programa no puede ni debe perder de vista la población a la cual está dirigido, puesto que se trata de población indígena. De entrada se tiene en cuenta que:

- Se tienen unas connotaciones de orden psico-social particulares
- Puede existir resistencia y prevención hacia extraños
- Hay una particular cultura diversidad en patrones culturales
- Posiblemente se encuentre una alta identidad territorial
- Es igualmente posible un bajo nivel de escolaridad

Todos estos son condicionantes tenidos en cuenta antes de dar inicio al programa, de tal manera que se logra una sensibilidad adicional frente a la necesidad de adaptar los tiempos profesionales al tiempo de las comunidades.

En este sentido, el programa debe privilegiar los criterios de equidad, sin descuidar los de eficiencia que tradicionalmente priman en el sector salud, pues de lo que se trata es de garantizar oportunidades a todas las familias.

El programa tiene como principios la integralidad, la prevención, la participación democrática, y pretende lograr un sincronismo de la medicina tradicional con la occidental, potenciando el auto-cuidado individual y la auto-gestión comunitaria.

Busca, igualmente, potenciar la coordinación interinstitucional para favorecer el uso racional de recursos destinados a las comunidades, en procura de alcanzar la máxima efectividad en las estrategias y acciones de salud.

La salud familiar se comprende como una estrategia de abordaje a la complejidad social del problema del desplazamiento en un marco de sucesivas aproximaciones, como acción primaria con la familia, Esta modalidad de enfoque es ampliamente reconocida por su importancia en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, tomando en primera instancia las prácticas de auto cuidado y rescatando las alternativas de la medicina tradicional históricamente aprobadas como efectivas.

4.3.5 Visión. La visión del programa se debe construir colectivamente con la participación de los profesionales y promotores de desarrollo local, y de los líderes de las comunidades indígenas, en función de los principios de la E.S.E. Centro de Salud.

La visión puede ser planteada de la siguiente manera: “Implementar un excelente programa de Salud Familiar que sirva como marco de referencia para otros programas de salud que se instauren con miras a atender a la población indígena; con una alta calidad humana y la excelencia en la oferta de estrategias para la promoción de la salud, desde una perspectiva de alianzas estratégicas en las que participa activamente la propia comunidad beneficiaria; donde se construyen

alternativas para la cooperación intersectorial y el accionar interinstitucional e interdisciplinario”.

4.3.6 Objetivos. Los objetivos que persigue el programa son los siguientes:

- Brindar asistencia integral en salud del primer nivel a las familias indígenas en el propio lugar de habitación, con el enfoque de salud familiar, a fin de impactar positivamente sus condiciones de vida.
- Fortalecer los programas de Detección Precoz y Protección Específica mediante la canalización de las familias hacia los centros y puestos de salud que hacen parte de la E.S.E Centro de Salud del Municipio de Ricaurte, en los cuales se desarrollan dichos programas.
- Implementar estrategias innovadoras para la promoción de la salud, favoreciendo la participación comunitaria y el accionar intersectorial e interinstitucional.
- Articularse al desarrollo local, mediante la conformación de una red de promotores del desarrollo local, cuyo énfasis es la salud pública y la calidad de vida de las comunidades indígenas atendidas en el programa, como una forma de generar la producción social en salud.

4.3.7 Metas de los programas del grupo extramural.

- Dar asistencia integral en salud por lo menos a 50 familias indígenas en cada una de áreas profesionales constitutivas del programa.
- Realizar el seguimiento a totalidad de los planes de compromisos concertados con las familias.
- Conformar y consolidar la red de promotores de desarrollo local con énfasis en salud.
- Formular y gestionar mínimo cinco proyectos tendientes a solucionar una o más necesidades sentidas por la comunidad indígena beneficiaria del programa, a partir de la información recopilada como diagnóstico básico comunitario y desde una perspectiva participativa.
- Fortalecer los programas de detección precoz y protección específica mediante la estrategia de demanda inducida.
- Apoyar el proceso de cobertura en el régimen subsidiado en el Municipio de Ricaurte en los servicios de primer nivel de atención prestados con el programa a la población indígena participante del mismo.

4.3.8 Estrategias. Cada uno de los elementos estratégicos que se mencionan y describen a continuación juega un papel de suma relevancia para el éxito del programa; son líneas interdependientes entre sí que requieren todo un juego de actividades en las que participan diferentes actores en distintos momentos de desarrollo del programa.

Estrategia 1. PROMOTORES DE DESARROLLO INDÍGENA

Un promotor de desarrollo indígena es, ante todo, un líder comunitario que actúa como dinamizador social al interior de la comunidad que representa. Las características de un promotor de desarrollo local incluyen una alta capacidad propositiva, de análisis y argumentación, con un importante liderazgo y reconocimiento en su comunidad, de tal manera que sea esta la plataforma básica para su gestión.

El promotor de desarrollo local pone en marcha la capacidad de integrar en la dinámica comunitaria temas relevantes desde el punto de vista de la salud colectiva y la calidad de vida, como condiciones para el desarrollo humano y social de su comunidad.

Así mismo, logra desarrollar habilidades y destrezas en la documentación y argumentación, tanto de las problemáticas sentidas por su comunidad como de las alternativas de solución construidas colectivamente. En este sentido, es el actor fundamental, quien, apoyado por el equipo de profesionales de la salud, logra niveles de gestión con otros actores del desarrollo, tales como las instituciones gubernamentales y el sector privado.

El promotor de desarrollo local, debe insertarse en la dinámica del desarrollo local. Para ello penetra las estructuras de planificación participativa y las demás instancias de participación que existan, con el fin de posicionar en la agenda de los tomadores de decisión las problemáticas y necesidades de las comunidades, con miras a la negociación.

En este sentido, se determinan tres roles básicos para el promotor de desarrollo local, dentro de este programa a saber:

1. El primero de ellos, y el más importante, es la labor de permanente apoyo hacia la comunidad que representa, logrando, a partir de sus contactos con la comunidad, además de documentar sus problemáticas y necesidades, y construir conjuntamente las alternativas de solución, establecerse como puente de relación entre ella y el equipo de salud, reforzar de manera constante unas nuevas maneras de comprender la salud y sus determinantes.

2. El segundo rol asumido por el promotor de desarrollo local tiene que ver con la apropiación de las problemáticas y necesidades. En estas circunstancias debe

buscar la asesoría necesaria en el equipo de profesionales de la salud y en otro personal técnico que se requiera, para documentar técnica y científicamente las problemáticas, de tal manera que pueda sustentar, en esa misma medida, las alternativas de solución a modo de proyectos. Estos serán llevados a instancias de decisión para la asignación de recursos tanto desde el Estado como desde otras fuentes no gubernamentales del orden nacional ó internacional.

3. La tercera misión del promotor de desarrollo local es asumir la responsabilidad como soporte comunitario para el equipo de profesionales de la salud, de tal manera que garantice al equipo poder acceder a cada lugar donde se encuentran las familias del programa y contribuya a la sensibilización necesaria de las familias, frente a unas nuevas maneras de comprender la salud y la necesidad de que se conviertan ellos y las familias en los principales promotores de salud, en sujetos activos para el control de los determinantes de sus condiciones de salud - enfermedad.

Estrategia 2. VISITAS DOMICILIARIAS CON EQUIPO EXTRAMURAL

Esta estrategia se fundamenta en la necesidad de acercar los servicios de salud del primer nivel hasta las comunidades. Se convierte en el mecanismo mediante el cual se garantiza el acceso a estos servicios.

El equipo de profesionales de la salud familiar aprovecha cada contacto con las familias indígenas como una oportunidad para educar y prevenir. Para tal efecto debe contar con una actitud de alerta constante, de tal manera que logre percibir los riesgos y oportunidades educativos.

El grupo debe desarrollar las habilidades comunicativas pertinentes, a fin de que se establezca de entrada una relación positiva entre el equipo de salud y la familia visitada. En este evento la familia es comprendida como “sujeto – actor” en la promoción de la salud, siendo el equipo de profesionales un facilitador del proceso en el que priman tres aspectos:

- Escuchar, conocer, comprender
- Hablar, discutir y contribuir,
- Animar, organizar y participar.

En este orden de ideas, el equipo de salud familiar debe conocer sus prejuicios, sus inquietudes, experiencias, sus valores, sus concepciones culturales y religiosas, sus reacciones emocionales ante el estrés, evitando ser juez. Sus integrantes no deben olvidar que de lo que se trata no es de interrumpir la libre elección de las familias, sino de orientarla para que su decisión sea adoptada sobre la base de un conocimiento compartido y reflexivo; por lo tanto, es igualmente necesario, que no se emitan juicios valorativos que coloquen la escala

de valores del profesional de salud por encima de la escala de valores de la familia visitada.

El deber del equipo está en suministrar la información suficiente, necesaria y pertinente, de manera oportuna. Esto no implica irrumpir en la libertad de elección y decisión de la familia, la cual, entre otras cosas, está mediada por unas condiciones de cultura que se deben identificar y respetar. Se trata de ayudar en el proceso de empoderamiento individual a partir de la comunicación y el afianzamiento en el proyecto de vida. El propósito es que en el proyecto de vida esté siempre enrutando el comportamiento de los jefes de familia y por supuesto de sus integrantes y por ende que el manejo de su salud no esté ligado únicamente a si el médico le expide órdenes para chequeos preventivos ó la formulación de medicamentos.

El programa pretende generar un proceso de empoderamiento cada vez mayor para que la población indígena sea capaz de asumir la cultura de la protección de su salud a partir de la comunicación y en función del Proyecto de Vida de la Comunidad Awa, haciendo particular énfasis en aspectos que tienen que ver con el auto – cuidado y el manejo de las condiciones ambientales internas y del entorno. Para lograrlo se precisa la identificación de los factores de riesgo y los factores protectores de la salud, presentes en cada una de las familias visitadas.

Durante el proceso de interacción entre la familia y el equipo de profesionales se construye lo que en el programa se denomina “Plan de Compromisos”.

Como su nombre indica, este es el documento con el cual la familia asume una responsabilidad con un claro componente de autogestión individual, familiar y colectiva, bajo la orientación del equipo de profesionales y el reforzamiento permanente del equipo de promotores de desarrollo local.

En la formulación del plan no es suficiente escuchar a la familia y darle oportunidades para que participen en su construcción, es absolutamente indispensable garantizar y verificar la comprensión, por parte de la familia, de todos y cada uno de los aspectos incluidos en el plan. En este sentido, de la misma manera como un profesional de la salud durante su consulta ó asesoría explica cada detalle de la fórmula entregada a su paciente, ocupándose no solamente de la dosis requerida sino la manera como se debe suministrar y aspectos relacionados con efectos secundarios y/o adversos. En la intervención familiar debe garantizarse la comprensión y aplicación de las recomendaciones, ligadas al proyecto de vida individual y familiar de quienes constituyen la familia, al igual que las desventajas posibles por la no adopción ó incumplimiento del plan.

Cabe anotar que el plan de compromisos es asumido voluntariamente por las familias, y que se ayuda a éstas a mantener su propósito y a asumirlo mediante

visitas frecuentes por parte del equipo de promotores de desarrollo local, así como en nuevos contactos de la familia ó sus miembros con los profesionales.

Estrategia 3. FESTIVALES DE LA SALUD

Esta es una estrategia considerada fundamental en este programa dado el principio de “Reconocer que la familia que se mantiene saludable, que hace esfuerzos para lograrlo y/o que logra superar la enfermedad, amerita que sea estimulada y reconocida socialmente como una familia responsable consigo y con la comunidad que la rodea; es por lo tanto merecedora de convocarla a una fiesta, a una celebración en donde ella es la homenajeadada y la protagonista”. En consecuencia los festivales de la salud son encuentros de esparcimiento, placer, alegría y regocijo, en los que se combinan actividades culturales, educativas, de recreación, lúdica y deporte; en ellos, una vez más es permeada la comunidad con conceptos de salud a partir de juegos y concursos, de tal manera que, como en toda fiesta, se pretende plasmar un recuerdo inolvidable en las familias que de ella participan.

Para el festival se unen esfuerzos institucionales que aseguran el desarrollo de los eventos centrales, tales como el cultural, el de salud y el de integración y recreación.

En dicho evento se concreta la coordinación interinstitucional con entidades, como el Instituto de Deporte y Recreación, las corporaciones y grupos de teatro, los grupos de danza y folclor, las organizaciones musicales, organizaciones de recreacionistas, entre otras, al igual que con el sector privado – industrial y comercial –, de tal forma que al comprender el esfuerzo de las familias por mejorar su condición de salud, se vinculen y apoyen la estrategia, a través de pequeñas y grandes contribuciones.

Estrategia 4. ACCIONES INTERSECTORIALES

Durante el desarrollo de las diferentes fases del programa se requiere, de manera permanente, la interacción con otras instituciones del sector salud y de otros sectores implicados en la producción social de la salud. De esta manera es previsible el tipo de contacto con otros programas dirigidos hacia la misma población involucrada en el programa de Salud Familiar, se establecen los contactos necesarios y se definen los canales y flujogramas tanto de información como de referencia y contrarreferencia hacia diferentes servicios.

Una de las instituciones de mayor relevancia desde el punto de vista del programa es la universidad. Se ha considerado estratégico facilitar rotaciones de diferentes grupos estudiantiles, como una manera de propiciar la integración que debe darse entre la universidad, como principal productora del conocimiento, y las realidades complejas y cambiantes en las que se actúa. Es esta una de las maneras de abrir

el debate frente a nuevas maneras para el ejercicio profesional, al comprender las dinámicas intersectoriales e interinstitucionales que pocas veces operan. Al mismo tiempo se permite al equipo humano vinculado al programa, así como a las familias que participan del mismo, el acceso a conocimientos actualizados en el manejo de los diversos aspectos que entran en su contexto.

Finalmente las acciones intersectoriales permiten construir posibles líneas de investigación que puedan profundizar la validez del programa propuesto en esta experiencia, al tiempo que facilitan los procesos formativos y de aprendizaje requeridos por los estudiantes. En este sentido, es un programa que se constituye en campo de práctica para estudiantes de programas como Odontología, Enfermería, Nutrición, Medicina, Psicología, Trabajo Social, Derecho, Terapia Ocupacional, Ingeniería Sanitaria y Ambiental, entre otras.

4.3.9 Metodología del Programa del Grupo Extramural. Aquí se plantea el proceso de consolidación y desarrollo del programa y la manera como se operarán sus estrategias.

El profesional de cada área que conforme el Grupo Extramural deberá adaptar los términos y expresiones idiomáticas al lenguaje de la comunidad indígena y seleccionar las ayudas educativas de acuerdo con los recursos existentes en las entidades de salud encargadas de su desarrollo.

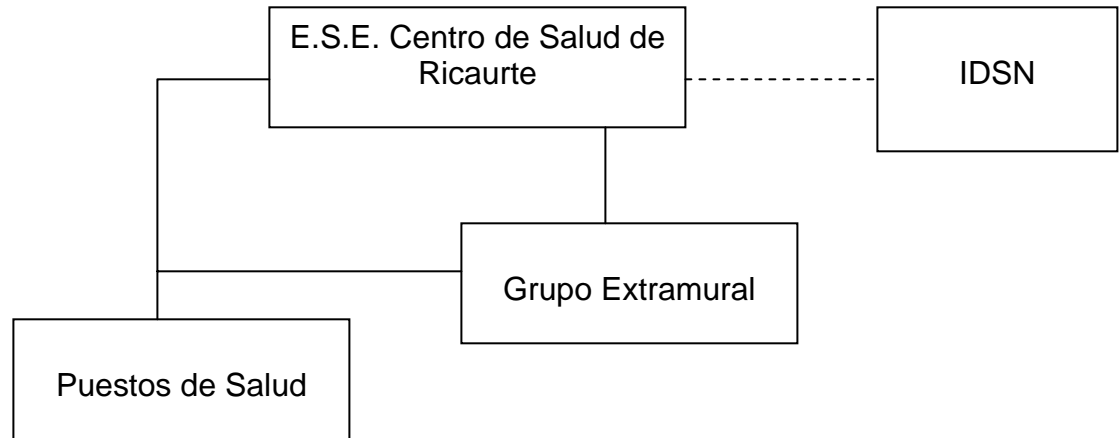
- Descripción del proceso :

a. Selección del lugar, población objetivo e institución ejecutora. Dado que se trata de un programa de Salud Pública en el Municipio de Ricaurte, es ideal que la entidad ejecutora del programa sea la E.S.E. Centro de Salud con la misión de fortalecer la Red Pública en el abordaje de las problemáticas de salud colectiva en las comunidades indígenas.

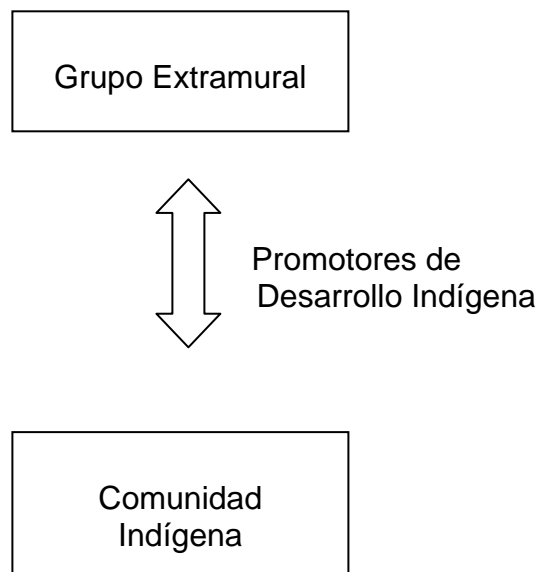
Como ya se ha mencionado este programa se ha diseñado como una estrategia de Salud Pública, con enfoque de Promoción de la Salud y particularmente dirigida hacia la población indígena en el Municipio de Ricaurte; sin embargo, es claro que se trata de un programa cuya aplicación puede darse a nivel de la población mestiza en el municipio. En este caso, se definió como institución ejecutora a la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte, entidad del Estado, responsable de atender el primer nivel en salud, para lo cual dispone de una infraestructura física suficiente y de un equipo humano idóneo.

Sin embargo, es pertinente, para el desarrollo de un programa como éste, contar con el aval desde la dirección local de salud, para lo cual se establecerán los respectivos acuerdos con el Instituto Departamental de Salud de Nariño, ente encargado de la vigilancia y control en materia de prestación de servicios de salud en el territorio departamental.

Organigrama 1. El Grupo Extramural en el entorno de la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte



Organigrama 2. Canal de comunicación Grupo - Comunidad



El segundo aspecto importante tenido en cuenta para la puesta en marcha del programa tiene que ver con la definición de los lugares al que está dirigido. Como el programa se dirige a la población indígena, resulta necesario identificar todas y cada una de las zonas del municipio de Ricaurte en las cuales exista cualquier asentamiento indígena.

Es importante resaltar que este paso puede ser obviado si se decide aplicar el programa a toda la comunidad indígena del municipio, se tendrá que definir el lugar geográfico por el cual se dará inicio al trabajo de campo ó la aplicación simultánea en todo el territorio, para lo cual deberá disponerse de más de un equipo humano.

Otros criterios también podrán jugar en el momento de decidir la pertinencia en la aplicación del programa, tales como priorizar los lugares con menor presencia de la infraestructura de servicios, entre otros.

En este sentido, las selecciones de los lugares, puede darse a partir de definir el tamaño de las áreas programáticas, es decir, la extensión geográfica de las áreas donde se van a desarrollar los programas, las cuales deben ser las mismas de las unidades geopolíticas de origen.

Deberá disponerse en los Puestos de Salud y en la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte, de Centros de Trabajo Comunitario (CTC). En ellos tendrán su radio de acción los Promotores de Desarrollo Indígena y serán los lugares apropiados por la comunidad, en los que se formarán nuevos líderes, se organizará la comunidad y se considerarán las iniciativas de la población. Ahora en caso de no existir puesto de salud, se considerará cualquier sitio de reunión de la comunidad para el Centro de Trabajo Comunitario.

De igual manera podrían llegar a ser los polos de desarrollo social y cultural de las comunidades indígenas. En estos centros se desarrollarían todos los programas de salud que se requieran ó se identifiquen del primer contacto con cada comunidad, así como los que sean de obligatoria ejecución por parte de las instituciones de Salud, de tal manera que se garantice el acceso a los programas de protección específica y de fomento de la salud individual y colectiva.

b. Convocatoria, selección e inducción de personal. Simultáneo con la definición de los lugares en los cuales se llevará a cabo el programa, debe establecerse el equipo humano que se vinculará. Un equipo de salud puede definirse como un grupo multidisciplinario de profesionales y para profesionales que tienen como funciones específicas la promoción, el fomento, la restauración y el mantenimiento de la salud física, mental y social de un número determinado de familias.

Cada programa ó sub-programa es manejado por un equipo de salud, es decir, un grupo de personas que tienen un objetivo común y están de acuerdo con los métodos y procedimientos para cumplir dicho objetivo. El tamaño de los equipos depende del tipo y número de las actividades que deben desarrollarse.

En salud preventiva es posible integrar distintos programas; sin embargo, es deseable una extracción multidisciplinaria que enriquezca el trabajo en equipo.

Una vez designado el coordinador general del programa, éste se encarga de identificar y seleccionar los integrantes del equipo operativo que va a ejecutarlo: profesionales y promotores de desarrollo local.

A continuación se presenta una propuesta de distribución organizacional del equipo:

- Organizaciones Internacionales de Salud (OMS, OPS, ONU)
- Entidades Cooperantes del orden internacional
- IDSN
- E.S.E. Municipal de Ricaurte (Entidad Ejecutora)
- Coordinador General (Salubrista Público)
- Equipo de Profesionales
- Equipo de Promotores de Desarrollo Indígena

El equipo básico propuesto está integrado por:

- Un coordinador general, cuyo perfil preferible es en el área de la Salud Pública, la Salud Comunitaria ó la Educación en Salud. Inicialmente este papel lo desempeñará la Directora de la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte.
- Un Médico, preferiblemente con formación en Medicina Familiar.
- Una Enfermera, preferiblemente con especialización y/o experiencia en Salud Familiar Integral.
- Una Nutricionista, preferiblemente con experiencia en procesos sociales y comunitarias para la seguridad alimentaria.
- Un Odontólogo
- Un Psicólogo,
- Un Profesional de Trabajo Social,
- Una Higienista Oral,
- Una Auxiliar de Enfermería y
- Los promotores de desarrollo indígena, cuya cantidad depende de las unidades territoriales definidas para cobertura del programa.

El proceso puede iniciar con la selección del grupo de profesionales a ser vinculados. Para este efecto se tiene en cuenta el perfil profesional y la disponibilidad de tiempo para el desempeño de las labores propias del programa. Es recomendable que se seleccione, de manera simultánea, la totalidad de integrantes del equipo, pues esto facilitará la unificación de criterios desde el inicio y el éxito de las labores acordadas.

De igual manera se lleva a la convocatoria y selección de los promotores de desarrollo local, teniendo como principal criterio su condición de líder representante de población en situación de desplazamiento. Para este proceso se aplica un instrumento de entrevista colectiva que permita observar su capacidad

en la interacción y las condiciones de argumentación y sustentación de ideas, elementos fundamentales para la labor que desempeñarán.

Una vez conformados los dos equipos de trabajo se procede a la ejecución de actividades de inducción, con el fin de producir en ellos la apropiación de los conceptos y filosofía del programa; este es un aspecto fundamental para la fase que se ejecutará posteriormente. En esta primera fase, conviene realizar algunas reuniones de acercamiento interinstitucional con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF -, la Red de Solidaridad Social, la Personería Municipal, Profamilia y Pastoral Social, identificadas como entidades importantes en el marco de la atención a población indígena.

En el programa se considera, como eje transversal y permanente, el componente de capacitación y retroalimentación, tanto conceptual como para el desarrollo humano; de tal manera que la capacitación incluye los aspectos generales y específicos del programa, su marco conceptual, las políticas existentes que lo respaldan, los aspectos metodológicos, las temáticas específicas que se desarrollan en cada componente y la formulación y gestión de proyectos sociales y comunitarios, entre otros.

La capacitación debe hacerse de forma continua para retroalimentar el proceso y fortalecer el crecimiento personal y el trabajo en equipo. Para este propósito se adelantan sesiones grupales preparadas por los propios integrantes del equipo, así como con la ayuda de expertos en determinadas temáticas ó áreas de particular interés. Igualmente, con la capacitación permanente se pretenden superar los dilemas a los cuales se expone el equipo operativo durante el desarrollo del trabajo de campo, al identificar de manera colectiva, alternativas para superar barreras impuestas por el contexto al normal desarrollo del programa.

Durante la capacitación se permite un espacio de apertura permanente para la expresión de nuevas estrategias de intervención y para el afianzamiento de las propias, manteniendo siempre una actitud reflexiva, crítica y propositiva en torno al trabajo desarrollado.

c. Aprestamientos institucionales para la prestación de servicios. La provisión de los servicios directos para el fomento y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la detección temprana de enfermos en el Programa de Salud Familiar es responsabilidad del propio equipo interdisciplinario de salud.

Sus integrantes deberán disponer, a su vez, de una sede complementaria de su trabajo en los núcleos familiares, la cual para el caso particular de este programa es la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte.

En este sentido, la propuesta es disponer en el corto plazo de Centros de Salud móviles, de acuerdo con la población indígena que se decida cubrir con el trabajo extramural; de esta manera se dispondrá siempre de la infraestructura institucional para atender aquéllos casos que por diferentes razones, ameritan la atención institucional, pues no se trata necesariamente de llevar los servicios asistenciales al lugar domiciliario, sino de establecer puentes efectivos entre las estrategias de promoción de la salud y la oferta institucional.

Del mismo modo, se trata de mantener la respectiva coordinación con los Centros de Trabajo Comunitarios disponibles en la comuna, de modo que logre establecerse un grado de sinergia y desarrollo entre los contenidos del programa de salud familiar y las opciones que aporta el entorno para el desarrollo social y productivo.

Es esencial que el equipo de salud mantenga coordinación con otros grupos y equipos de profesionales, pues sólo de esta manera los profesionales de la salud pueden trabajar como un gran equipo al servicio de las políticas públicas, el desarrollo social y la promoción de la salud colectiva, y no al de intereses particulares. En este caso, el equipo de salud es responsable no solamente de la ejecución del programa sino de la coordinación intra e intersectorial, pues, la connotación de equipo surge del hecho de que los problemas y sus soluciones son multisectoriales y no privativos del sector salud y mucho menos del personal médico ó de salud. Se denomina equipo para enfatizar la importancia de esta situación sine qua non y la obligación que tiene el servidor de salud de apoyarse en otros profesionales y en la misma comunidad para resolver los problemas que afectan la salud.

Esta reorganización de los servicios pretende restarle prestancia a la medicina curativa y realzar la importancia de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en el mejoramiento de la calidad de vida. Así, la derivación de personas a los centros e instituciones de salud son una alternativa para la intervención de procesos patológicos que provocan los desequilibrios sociales. Desde el punto de vista operativo, esta estrategia de servicios no solamente facilita el trabajo de los profesionales de la salud sino que garantiza, en mayor medida, el acceso a los servicios de salud.

4.3.10 Plan de actividades en el programa de salud familiar de primer nivel de atención.

- Plan de Actividades de Enfermería

Valoración y Control de Crecimiento y Desarrollo: Es la valoración que se realiza a todo menor de 12 años con el fin de determinar si su desarrollo psicomotor es el adecuado según la edad; incluye el examen físico general y la

valoración de la Escala abreviada del desarrollo; y genera unas recomendaciones para el menor y su cuidador.

INDICADOR:

- No. de controles de CYD realizados / No. de controles de CYD programados.
- Tiempo utilizado para controles de CYD / tiempo programado.

Toma de Citología Cerviño-uterina: Actividad dirigida a las mujeres entres los 25 y 69 años ó menores de 25 años con vida sexual activa; se realiza como actividad preventiva de cáncer de cuello uterino, para identificar oportunamente lesiones pre y neoplásicas mediante la toma de muestra del exocervix y el endocervix para estudio diagnóstico.

INDICADOR:

- No. citologías practicadas según edad / No. Citologías programadas según edad.
- Tiempo utilizado para la toma de citologías / tiempo programado para ello.

Exámen de Seno: Actividad realizada para detectar oportunamente cualquier alteración en la mama, mediante el examen físico bilateral; incluye la educación necesaria para la ejecución del auto - examen por parte de la mujer y el suministro de información necesaria sobre signos y síntomas de alarma.

INDICADOR: No. de mujeres a quienes se les realiza el examen de seno / No. De mujeres programadas para el mismo.

- Tiempo utilizado para actividades de examen de seno / tiempo programado.

Actividades de P.A.I y aplicación de T.T: Consiste en la administración de los biológicos correspondientes al esquema básico de vacunación manejado por el Ministerio de Salud; implica la verificación del carné de vacunas, el inicio de esquemas y la aplicación de las dosis pertinentes para completar esquemas y refuerzos, de acuerdo a la edad del menor. De igual manera la aplicación de las dosis de toxoide tetánico, a los grupos de mujeres gestantes. Esta actividad está bajo la responsabilidad de la auxiliar de enfermería.

INDICADOR:

- No. de personas vacunadas / No. de personas programadas
- Cantidad de biológicos según dosis y edad Aplicados / programados
- Esquemas completos / esquemas iniciados

- Mujeres gestantes con dosis de T.T. aplicados / Total de mujeres gestantes

Familiograma e Historia Familiar: Hace referencia al diligenciamiento del formato que refleja la composición, características y relaciones intrafamiliares y cuya información es aportada por el jefe de familia en el momento de la visita.

INDICADOR:

- No. de familias a quienes se les realiza famioliograma / No. de familias programadas para la realización del mismo.
- Tipología de familias y caracterización básica de las mismas.

Capacitación a Promotores en “inducción a la demanda”: Actividad que consiste en orientar a los 10 promotores de desarrollo local en el correcto diligenciamiento de la planilla de inducción a la demanda de servicios para la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte, incluyendo algunos ejercicios prácticos bajo la modalidad de taller participativo.

INDICADOR:

- No. de actividades de capacitación a promotores realizadas/ No. de actividades Programadas.
- Tiempo utilizado para la actividad de capacitación / Tiempo programado para la misma.

Actividades educativas con grupos especiales: Se refiere a las actividades de orientación y educación que brinda el profesional de Enfermería sobre una temática particular de acuerdo a las necesidades detectadas durante las visitas familiares; se realiza como actividad de grupo convocando a personas con características similares ó que comparten una condición particular; y se centra en educación para la prevención de enfermedades prevenibles ó complicaciones de las mismas y/o para la promoción de conductas saludables.

INDICADOR:

- No. actividades educativas realizadas / No. de actividades educativas programadas
- No. de personas que acuden a la actividad / No. De personas convocadas
- Tiempo utilizado para las actividades educativas / Tiempo programado para ellas.

Actividades grupales con el equipo de Salud: Esta actividad opera de la misma manera para todos los integrantes del proyecto, tanto en el equipo de profesionales como en el equipo de promotores de desarrollo local; y hace referencia a actividades de concertación por ejemplo de los criterios para canalizar las familias y/o actividades de análisis de la información que durante el proceso de campo se va obteniendo. Incluye actividades de tipo técnico – operativo y administrativas relacionadas con la elaboración de informes de actividades tanto individuales como colectivos, la realización de ajustes operativos al programa, la construcción del perfil epidemiológico; de igual manera acciones relacionadas con gestión interinstitucional.

INDICADOR:

- No. y tipo de documento producto de la actividad
- Tiempo utilizado para el desarrollo de estas actividades /Tiempo programado para las mismas.

Actividades asistenciales en E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte : Son las actividades desarrolladas en la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte con el objeto de efectuar procedimientos de enfermería y seguimiento como parte de las actividades establecidas en los programas de P y P a instaurarse en tales centros, enfatizando la cobertura a la población desplazada.

Incluye todas las responsabilidades técnico – administrativas establecidas en el marco de la resolución 412 del Ministerio de Salud, referentes al profesional de enfermería.

INDICADOR:

- Tipo de programa de P y P habilitado la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte
- Tipo de programa de P y P Fortalecido en la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte
- No. y tipo de actividades de enfermería realizadas en cada programa de P y P institucional
- Cobertura según inscritos y según controles para cada programa de P y P.
- Tiempo utilizado para actividades asistenciales / tiempo programado para tales actividades.

- Plan de actividades Profesional de Medicina

Valoración y Control Prenatal: Es la valoración médica realizada a todas las mujeres gestantes tanto en las visitas domiciliarias como en los Centros de Salud donde se desarrollan las actividades asistenciales; incluye la valoración de bienestar materno – fetal según el primer nivel de atención mediante el examen físico y el control de laboratorios, las acciones educativas pertinentes para el

adecuado desarrollo de la gestación y todas las acciones de remisión a otro nivel de atención en los casos que ameriten.

INDICADOR:

- Controles prenatales realizados / controles prenatales programados.
- Mujeres detectadas con alteraciones / total de mujeres gestantes valoradas.
- Remisiones a II nivel efectuadas / total de mujeres gestantes atendidas
- Contrarreferencia del II nivel / total de mujeres remitidas

Atención ó Control de Planificación Familiar: Se refiere a la valoración efectuada por el médico tanto a la población femenina como a la población masculina, con vida sexual activa, que pretende inducir a la población a la adopción de un método de planificación de acuerdo a la necesidad particular.

INDICADOR:

- Personas atendidas en Planificación familiar / Personas programadas.
- No. y tipo de método por edad suministrado / No. De personas atendidas en P.F.
- Remisiones efectuadas / total de personas atendidas en P.F.
- Personas atendidas en la institución de referencia / total de personas remitidas
- Seguimiento y controles realizados / Personas ingresadas al programa de P.F.

Valoración y/o Consulta Médica en domicilio: Actividad realizada por el médico a cada uno de los miembros de las familias visitadas, consistente en la valoración cefalo-caudal para la detección precoz de cualquier alteración en las condiciones de salud de las personas beneficiadas con el proyecto, realizando la inducción a los programas correspondientes según sea el caso y/o la referencia a un nivel superior; incluye igualmente las actividades educativas pertinentes y el cumplimiento de las normas para la vigilancia epidemiológica.

INDICADOR:

- Personas atendidas en visitas domiciliarias / Personas programadas.
- Remisiones efectuadas a II nivel / total de personas atendidas.
- Seguimiento y controles realizados

- Otros datos del perfil epidemiológico.
- Tiempo empleado para la actividad / tiempo programado

Acompañamiento técnico a Promotores de Desarrollo local: Hace referencia a la labor de orientación a los promotores de desarrollo local, para la documentación de las problemáticas identificadas por ellos, la justificación de los proyectos planteados, de tal manera que se tenga un claro referente de salud colectiva en cada una de las propuestas. Este acompañamiento debe ser permanente dado que se realiza para cada comuna intervenida en el proyecto con los líderes que la representan. Incluye acciones de acompañamiento a los líderes, en los casos necesarios para la abogacía y negociación de los proyectos con entes decisores.

INDICADOR:

- No. y tipo Actividades realizadas con PDL/ No. y tipo de Actividades Programadas.
- Tiempo empleado para acompañamiento técnico / Tiempo programado.

Actividades grupales con el equipo de Salud: Esta actividad opera de la misma manera para todos los integrantes del proyecto, tanto en el equipo de profesionales como en el equipo de promotores de desarrollo local; y hace referencia a actividades de concertación por ejemplo de los criterios para canalizar las familias y/o actividades de análisis de la información que durante el proceso de campo se va obteniendo. Incluye actividades de tipo técnico – operativo y administrativas relacionadas con la elaboración de informes de actividades tanto individuales como colectivos, la realización de ajustes operativos al programa, la construcción del perfil epidemiológico; de igual manera acciones relacionadas con gestión interinstitucional.

INDICADOR:

- No. y tipo de documento producto de la actividad
- Aspectos del componente médico procesado y analizado en el perfil epidemiológico
- Tiempo utilizado para el desarrollo de estas actividades / Tiempo programado para las mismas.

Actividades asistenciales en la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte : Son las actividades desarrolladas en la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte con el objeto de efectuar consulta médica general y actividades de seguimiento establecidas en los programas de Promoción y Prevención de responsabilidad médica, enfatizando la cobertura a la población indígena.

INDICADOR:

- No. y tipo de actividades de medicina realizadas en cada programa de P y P institucional.

- Cobertura de atención en consulta médica general a nivel institucional

Cobertura de primera vez y de controles para cada programa de P y P.

Tiempo utilizado en actividades asistenciales / tiempo programado en ellas.

- Plan de actividades Profesional de Nutrición

Valoración y control Nutricional individual: Actividad conducente al diagnóstico nutricional individual, consiste en la evaluación, toma y registro de medidas antropométricas según indicadores de Peso – Talla, Talla – Edad, Peso – Edad e Índice de Masa Corporal – IMC; incluye la orientación educativa pertinente de acuerdo a cada caso. La actividad se realiza durante las visitas de campo.

INDICADOR:

- Personas diagnosticadas nutricionalmente / personas programadas Según edad.

- Tiempo utilizado para la actividad / Tiempo programado para la misma.

Diagnóstico disponibilidad de alimentos: Se realiza mediante la entrevista a la manipuladora de alimentos en la familia y mediante observación directa en el lugar de vivienda, para determinar las condiciones higiénico – sanitarias relacionadas con la alimentación, estimar el consumo de calorías y nutrientes y el patrón alimentario familiar. Incluye las acciones educativas pertinentes en cada caso, para el mejoramiento del uso y disponibilidad de nutrientes según opciones reales de disponibilidad de alimentos.

INDICADOR:

- No. de familias con Diagnóstico / No. de familias programadas a ser visitadas

- Tiempo empleado para los Diagnósticos / Tiempo empleado para la actividad

- Familias que modifican su patrón de alimentación / familias atendidas y educadas²¹.

²¹ Se aplicará mediante la información obtenida a partir de las visitas de seguimiento.

Actividades educativas con grupos especiales: Se refiere a las actividades de orientación y educación que brinda el profesional de Nutrición sobre una temática particular de acuerdo a las necesidades detectadas durante las visitas familiares; se realiza como actividad de grupo convocando a personas con características similares ó que comparten una condición particular, por ejemplo grupos de pacientes diabéticos, hipertensos, mujeres gestantes, lactantes y grupos de manipuladores de alimentos; y se centra en educación para el fomento de prácticas adecuadas y de conductas saludables.

INDICADOR:

- No. y tipo actividades educativas realizadas / No. y tipo de actividades educativas programadas
- No. y tipo de personas que acuden a la actividad / No. Y tipo de personas convocadas
- Tiempo utilizado para las actividades educativas / Tiempo programado para ellas.

Actividades grupales con el equipo de Salud: Esta actividad opera de la misma manera para todos los integrantes del proyecto, tanto en el equipo de profesionales como en el equipo de promotores de desarrollo local; y hace referencia a actividades de concertación por ejemplo de los criterios para canalizar las familias y/o actividades de análisis de la información que durante el proceso de campo se va obteniendo. Incluye actividades de tipo técnico – operativo y administrativas relacionadas con la elaboración de informes de actividades tanto individuales como colectivos, la realización de ajustes operativos al programa, la construcción del perfil epidemiológico; de igual manera acciones relacionadas con gestión interinstitucional.

INDICADOR:

- No. y tipo de documento producto de la actividad
- Tiempo utilizado para el desarrollo de estas actividades / Tiempo programado para las mismas.

Acompañamiento técnico a Promotores de Desarrollo Indígena : Hace referencia a la labor de orientación a los promotores de desarrollo local, para la documentación de las problemáticas identificadas por ellos, la justificación de los proyectos planteados, de tal manera que se tenga un claro referente de salud colectiva en cada una de las propuestas, particularmente en el área de seguridad alimentaria y nutrición. Este acompañamiento debe ser permanente dado que se realiza para cada comuna intervenida en el proyecto con los líderes que la

representan. Incluye acciones de acompañamiento a los líderes, en los casos necesarios para la abogacía y negociación de los proyectos con entes decisores.

INDICADOR:

- No. y tipo Actividades realizadas con PDL/ No. y tipo de Actividades Programadas.

- Tiempo empleado para acompañamiento técnico / Tiempo programado

- No. y tipo de proyectos que involucran el componente nutricional

- Inclusión del componente de Nutrición y seguridad alimentaria en el Informe de gestión presentado por los Promotores de Desarrollo Local.

- Plan de actividades de Odontología e Higienista Oral

Valoración y consulta Odontológica individual: Actividad conducente al diagnóstico en Salud oral para cada individuo; incluye la valoración física, el registro en el odontograma y la elaboración del plan de tratamiento; igualmente incluye la orientación educativa pertinente de acuerdo a cada caso. La actividad se realiza durante las visitas de campo, y es responsabilidad del Odontólogo.

INDICADOR:

- Personas valoradas y diagnosticadas / personas programadas Según edad.

- Tiempo utilizado para la actividad / Tiempo programado para la misma.

Valoración y control de placa: Se realiza mediante la valoración física oral y la observación del cepillado, con el fin de brindar la orientación necesaria higiénico – sanitaria, relacionada con la adecuada técnica del cepillado y otras alternativas disponibles en el núcleo familiar que deban ser adoptados como hábitos para el mejoramiento de la higiene oral. La actividad está bajo la responsabilidad de la higienista oral y se realiza durante las visitas domiciliarias.

INDICADOR:

- No. de personas con Diagnóstico y orientación / No. De personas programadas, por edad.

- Tiempo empleado / Tiempo programado para la actividad

- Personas que modifican su nivel de placa / personas atendidas y educadas²².

Detartraje: Actividad consistente en la eliminación del cálculo dental mediante la instrumentación oral. Se puede realizar por cuadrantes y es de responsabilidad tanto del Odontólogo, como de la higienista Oral. La actividad busca recuperar el estado normal de los dientes y las encías, por lo cual implica igualmente una orientación educativa. Se realiza durante la visita domiciliaria y/o en la institución de salud de acuerdo a la comuna visitada.

INDICADOR:

- Detartrajes realizados / detartrajes programados (Para odontólogo e higienista)/ edad
- Tiempo empleado / tiempo Programado según profesional
- No. Personas que mantienen adecuada higiene una vez realizados los detartrajes / No. Personas atendidas en detartraje y con orientación educativa²³.

Aplicación de Sellantes: Actividad preventiva, realizada únicamente en los dientes sanos; la cual se realiza tanto por el Odontólogo como por la Higienista y puede hacerse durante las visitas domiciliarias y/o en las Instituciones de salud en las cuales se prestará asistencia odontológica.

INDICADOR:

- Personas con dientes sanos atendidas / Total de personas con dientes sanos
- Tiempo empleado para la actividad / tiempo programado para la actividad.

Profilaxis y Fluorización: Actividad preventiva de limpieza e higiene oral, la cual es realizada por la higienista oral, durante las visitas domiciliarias y/o en las instituciones en las cuales se prestará servicio asistencial de salud oral.

Incluye igualmente el reforzamiento educativo para la adecuada técnica del cepillado.

INDICADOR:

- Personas atendidas y educadas / personas programadas.
- Tiempo empleado para la actividad / tiempo programado para la misma.

²² Se obtiene en los controles y en las visitas de seguimiento.

²³ Se obtiene en los controles y en las visitas de seguimiento.

- Índice de higiene oral obtenido en las visitas de seguimiento y control.

Actividades asistenciales Institucionales: Incluye todos los procedimientos odontológicos como exodoncias, amalgamas, endodoncias, entre otros; los cuales deben desarrollarse en la Institución de salud que corresponda según la comuna donde se estén desarrollando las visitas de campo.

INDICADOR:

- No. y tipo de Procedimientos realizados / procedimientos programados.

- Tiempo empleado para actividades asistenciales / tiempo programado.

Actividades educativas con grupos especiales: Se refiere a las actividades de orientación y educación que brinda la higienista oral, sobre una temática particular de acuerdo a las necesidades detectadas durante las visitas familiares; se realiza como actividad de grupo convocando a personas con características similares ó que comparten una condición particular, por ejemplo, mujeres gestantes, lactantes y grupos de escolares; y se centra en educación para el fomento de prácticas adecuadas y de conductas saludables en el componente de salud oral.

INDICADOR:

- No. y tipo actividades educativas realizadas / No. y tipo de actividades educativas programadas

- No. y tipo de personas que acuden a la actividad / No. y tipo de personas convocadas

- Tiempo utilizado para las actividades educativas / Tiempo programado para ellas.

Actividades grupales con el equipo de Salud: Esta actividad opera de la misma manera para todos los integrantes del proyecto, tanto en el equipo de profesionales como en el equipo de promotores de desarrollo local; y hace referencia a actividades de concertación por ejemplo de los criterios para canalizar las familias y/o actividades de análisis de la información que durante el proceso de campo se va obteniendo.

Incluye actividades de tipo técnico – operativo y administrativas relacionadas con la elaboración de informes de actividades tanto individuales como colectivos, la realización de ajustes operativos al programa, la construcción del perfil epidemiológico; de igual manera acciones relacionadas con gestión interinstitucional.

INDICADOR:

- No. y tipo de documento producto de la actividad
- Tiempo utilizado para el desarrollo de estas actividades / Tiempo programado para las mismas.

Acompañamiento técnico a Promotores de Desarrollo Indígena: Hace referencia a la labor de orientación a los promotores de desarrollo local, para la documentación de las problemáticas identificadas por ellos, la justificación de los proyectos planteados, de tal manera que se tenga un claro referente de salud colectiva en cada una de las propuestas, particularmente en el área de salud e higiene oral. Está bajo la responsabilidad del Odontólogo y se realiza para cada comuna intervenida en el proyecto con los líderes que la representan. Incluye acciones de acompañamiento a los líderes, en los casos necesarios para la abogacía y negociación de los proyectos con entes decisores.

INDICADOR:

- No. y tipo Actividades realizadas con PDL/ No. y tipo de Actividades Programadas.
- Tiempo empleado para acompañamiento técnico / Tiempo programado
- No. y tipo de proyectos que involucran el componente de salud oral
- Inclusión del componente de salud oral en el informe final de Gestión presentado por los Promotores de Desarrollo Local.

NOTA: En todos los casos los indicadores deberán discriminar la cobertura para población desplazada y para población receptora, así como los grupos de edad requeridos por la OIM, los cuales son de 0 a 5 años, de 6 a 18 y mayores de 19 años; igualmente es importante discriminar la cobertura por sexo en estos grupos de edad.

4.3.11 Definición Operacional de Actividades de Promotores de Desarrollo Indígena y definición de soportes para cada actividad.**ACTIVIDAD DEFINICION OPERACIONAL SOPORTES :**

- Censo de Familias a cubrir y aplicación de encuesta de información básica familiar.
- Identificación de las familias a partir de información suministrada por representantes de la población desplazada, la personería municipal, la Red de Solidaridad y otras fuentes.

- Teniendo en cuenta los criterios de selección definidos en la estrategia metodológica. Visita y aplicación de la encuesta.

- Listados obtenidos en las posibles fuentes.

- Formatos de información básica familiar diligenciados en su totalidad.

- Informe de la actividad.

- Diligenciar el formato de inducción a la demanda

- Actividad realizada durante el acercamiento a las familias; consiste en orientar a la población hacia los servicios de salud de Promoción y prevención, ofertados por la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte.

- Planillas de demanda inducida diligenciadas, según la pertinencia.

- Informe cuantitativo por sexo y edad de personas inducidas a programas de Promoción y Prevención.

- Canalización de familias y programación semanal de visitas

- Actividad que debe realizarse en la comuna en la cual se adelantan las visitas por parte del equipo de profesionales, la cual busca garantizar la ubicación de todos los miembros de la familia en el momento de la visita.

- Listado de familias a ser visitadas semanalmente, teniendo en cuenta el No. de miembros.

- Ruta y/o direcciones que debe seguir el grupo profesional para visitar las familias programadas diariamente.

- Visitas de seguimiento a las familias atendidas

- Actividad centrada en la verificación de cambios de actitud en las familias para mantener su salud. Incluye la aplicación de Guías de seguimiento diligenciadas, y con la firma del representante de la familia.

- Organización y/o conformación de los comités de veeduría

A partir de involucrar a la población indígena, se conforma la veeduría, la cual garantiza la satisfacción de los usuarios frente al programa y a otros programas dirigidos a esta población.

4.3.12 Proceso de unificación de criterios y preparación para el trabajo de campo. Se parte por reconocer en este programa un proceso innovador desde el

punto de vista de la oferta de servicios de salud, particularmente los dirigidos hacia la población indígena.

Las innovaciones fracasan porque se imponen por autoridad o poder. Existe una natural y hasta explicable resistencia a los cambios. Los cambios constituyen un clima de incertidumbre y amenaza para las personas. Si la innovación no se maneja adecuadamente se corre el riesgo de una “radicalización” de las fuerzas opositoras que pueden hacer fracasar los programas.

Las estrategias que facilitan una transformación a-traumática son la preparación para el cambio y la implantación de un período de transición ó de adecuación.

Las instituciones del sector salud en Colombia tradicionalmente muestran una fuerte tendencia hacia los modelos de baja productividad. La rutina en las funciones del personal de salud ha sepultado la conciencia del cambio. Sin embargo, las presiones de la población y la austeridad en el gasto público están urgiendo nuevos enfoques que maximicen los escasos recursos disponibles.

Es por esto que en la fase de preparación para el cambio se ilustra a todo el personal, sin excepción alguna, en la nueva filosofía, se discuten las ventajas y desventajas de la misma, se escucha y se estimula la participación de todos.

La reformulación de los objetivos, metas y procedimientos se hace con la participación activa de todos los miembros del equipo de profesionales, de tal manera que cada persona se sienta protagonista y creadora del nuevo cambio, del nuevo programa.

Como es imposible después de agotada esta fase entrar en una etapa de completo cambio, es necesario vender a todos la importancia de darse un margen prudente de tiempo para hacer los ajustes necesarios al nuevo rumbo.

Este período de adecuación no debe ser muy largo, y puede ocurrir incluso, durante el período de tiempo en el que se implementa la totalidad del programa, pues el programa es dinámico y se incrusta en una realidad compleja y cambiante, que le aumenta su carácter no lineal. Se propone no empantanar el proceso tratando de realizar la totalidad de las modificaciones, sino que durante el tiempo de ejecución deben superarse las dificultades y hacerse los esfuerzos necesarios para corregir sobre la marcha los pequeños problemas que pueden surgir.

En esta fase, igualmente, se realiza colectivamente el diseño operativo de los instrumentos a ser utilizados, se procede con la elaboración participativa del plan operativo de actividades, incluyendo las definiciones operacionales de cada actividad y los indicadores para cada una de ellas; además, la elaboración de los pedidos de insumos, materiales y equipos requeridos para la ejecución de cada uno de los componentes.

Para el desarrollo de esta fase se trabaja primero con el equipo de profesionales, luego con el equipo de promotores del desarrollo local y, posteriormente, se desarrollan una serie de actividades conjuntas con los dos equipos que permitan afinar la estrategia metodológica de campo.

Hasta aquí se ha mencionado la importancia de la unificación de criterios al interior del personal responsable de la ejecución del programa. Es igualmente importante la sensibilización al otro personal de la propia institución no vinculado de manera directa con el programa, así como a los representantes de las instituciones de mayor nivel de complejidad con las cuales se mantiene relación; sin embargo, esta sensibilización conceptual no es suficiente y debe abordarse en igual sentido a la comunidad en la cual se implementa el programa.

La comunidad indígena también estará comprometida con la solución de sus propios problemas (procuren su propia salud física, mental y social, y no sólo eviten los riesgos de enfermar y/o morir) y con la búsqueda de mejores condiciones de vida, siendo esto potenciado por la labor de los promotores de desarrollo local. En este sentido, tanto el equipo de salud como el equipo de promotores de desarrollo local facilitan el proceso de creación de conciencia para que el individuo y la familia.

En el desarrollo de un programa de esta naturaleza se debe tener en cuenta que en la mayoría de los desequilibrios del proceso de salud – enfermedad se reconocen factores atribuibles al comportamiento de las personas y a las condiciones del medio ambiente en el cual viven y se desenvuelven. Por ésta razón, el énfasis en la provisión de los servicios se hace a nivel de la vivienda y el lugar de convivencia y trabajo: en esto se basa la salud familiar y comunitaria, ya que se trata de establecer retenes domiciliarios que hagan de la asistencia en salud una alternativa y no la norma, apoyándose en los Centros de Trabajo Comunitario. Más adelante se plantearán los criterios a tener en cuenta por parte del equipo del Grupo Extramural, para realizar la simbiosis necesaria entre la medicina occidental y la tradicional, así mismo frente al respeto a la cosmovisión de la comunidad Awa en el Municipio de Ricaurte.

La estrategia propuesta pretende reemplazar la costumbre inveterada de construir centros y puestos de salud, que en realidad son centros de enfermedad, por la construcción de “polos de desarrollo comunitario”.

Surge en esta parte de la descripción metodológica un elemento, que si bien no ha sido totalmente desarrollado, en el programa de Salud Familiar es fundamental para el éxito de un programa de esta naturaleza. Se trata de la “Coordinación Intersectorial”, la cual es planteada como una de las cinco estrategias de la Promoción de la Salud; por cuanto la coordinación intersectorial es básica en cualquier trabajo de Salud Pública. El éxito de los programas depende de la cooperación intra e intersectorial. Las relaciones intersectoriales nacidas por

vínculos de amistad ó relaciones interpersonales deberán legitimarse, a fin de que constituyan una voluntad política y no simplemente un acuerdo ó convenio temporal.

Dado que el programa se desarrolló pensando en la población indígena, las acciones de coordinación intersectorial estarán dirigidas hacia las instituciones responsables de atender la problemática, tales como la Red de Solidaridad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Profamilia, La Cruz Roja, así como ONG´s dedicadas al trabajo con este tipo de población. Sin embargo, es claro que sectores como Saneamiento Básico, IDSN, los medios de comunicación, las UMATAS, entre otros, deben ser aliados fundamentales para el desarrollo y éxito de un programa de esta naturaleza.

4.3.13 Desarrollo del programa en el trabajo de campo. Para el diseño de la estrategia metodológica de campo es útil revisar los recursos disponibles, pues de esta manera se pueden planificar, uno a uno, los servicios que llevarán a cada una de las comunidades.

En este sentido, conviene realizar el ajuste de los instrumentos que utilizarán, de modo que permitan la recolección oportuna y suficiente de la información que interesa mirar como indicador del estado de salud de las familias, procurando la integración de la mayor cantidad de variables trazadoras posibles.

Los instrumentos que fueron adaptados para este programa, corresponden a los diseñados e implementados desde el nivel nacional, departamental ó municipal en los programas institucionalizados como el del Niño Sano y los de protección específica para jóvenes y adultos.

4.3.14 Abordaje inicial a la comunidad por parte del equipo de promotores de desarrollo indígena. La estrategia metodológica de campo incluye un primer acercamiento a las familias con las cuales se desarrolla el programa, y que para este caso se refiere a la penetración inicial a los núcleos familiares de la población indígena, localizada en un ámbito territorial particular como es el de las comunas.

En este primer acercamiento lo que se realiza es una sensibilización inicial al nuevo concepto de salud familiar y la recolección de las variables básicas relacionadas con la salud familiar y comunitaria. Esta labor es adelantada por el equipo de Promotores de Desarrollo Indígena que, en su calidad de líderes, pueden acceder con mayor facilidad a las familias y a su información.

El instrumento que aplica el Promotor de Desarrollo Indígena permite levantar la información básica para el diagnóstico social y comunitario y permite al equipo de salud conocer de antemano las características y tipos de familias que tendrá bajo su responsabilidad.

Esta es una fase de suma importancia, puesto que permite lanzar unas primeras hipótesis frente a los posibles requerimientos en cuanto a servicios, así como realizar aproximaciones al tipo de riesgos y factores de riesgo a los cuales se encuentran sometidas tales familias; en este sentido, es la posibilidad de tener un acercamiento indirecto con la comunidad sujeto del programa.

De igual manera, esta fase permite, tanto a los promotores de desarrollo como a la propia comunidad, establecer un ejercicio reflexivo en torno a las condiciones del medio en el que habitan, sus principales deficiencias. De igual manera facilita interactuar en lo que la comunidad reflexiona permanentemente y que plantea como alternativas de solución.

Es importante resaltar que las comunidades siempre hacen y rehacen ejercicios reflexivos con respecto a sus problemáticas y las maneras de resolverlas; sin embargo, es menos probable que las comunidades busquen organizarse ó logren un interlocutor tomador de decisiones que de vía libre a la implementación de tales alternativas. Esto, necesariamente, implica la polarización de iniciativas comunitarias, las cuales llegan de manera aislada a las instancias de decisión, las cuales se ocupan, en la mayor parte de los casos, de resolver los asuntos técnicos y operativos, antes que los de fondo frente a las perspectivas comunitarias.

Desde esta perspectiva es una oportunidad de desarrollo social y comunitario la apertura de un programa de salud familiar que se integra a las dinámicas comunitarias y que logra ayudar a las comunidades en la argumentación y sustentación de las propuestas de solución.

Una vez adelantado el proceso de acercamiento inicial a las familias con una exploración básica de caracterización, se adelanta la concertación del día y hora más convenientes para la visita por parte del equipo de salud a cada familia, siendo esta la segunda fase del programa.

4.3.15 Visitas al lugar de habitación por parte del equipo de profesionales en salud. A partir de los insumos entregados durante el primer encuentro con las familias y la programación y concertación del horario y día de las visitas, estas se programan semanalmente, de tal manera que se da oportunidad a cada una de las familias para esperar al equipo de profesionales. Naturalmente debe coordinarse con las comunidades el tipo de atención por visita (nutrición, odontología, enfermería, medicina), para dar cobertura a todas las poblaciones.

Durante esta visita se logra la identificación de los factores que comprometen el estado de bienestar y de salud de cada uno de los miembros de la familia, logrando un diálogo reflexivo conjunto entre profesionales y familia, el cual finaliza con la elaboración de un plan sencillo de compromisos con el que la familia se esfuerza por mejorar sus condiciones de vida y de salud.

Se realiza una valoración a cada miembro de la familia por parte de cada uno de los profesionales, de tal manera que se logre levantar la información que permita la interpretación integral de la situación de salud, tanto para cada miembro como para la totalidad de la familia.

En esta oportunidad se establece el grado de funcionalidad de la familia para determinar el perfil de familia, comprendiendo al mismo tiempo el momento por el cual transita esta unidad básica social.

En la visita se dispone del tiempo suficiente para una buena interacción entre la familia y el Equipo de Salud, hasta alcanzar, de manera conjunta, hacer conciencia de su propia estructura familiar, sus condicionantes de riesgo para la salud otorgados por los antecedentes familiares, los mecanismos colectivos de defensa desarrollados, las maneras de convivencia y posibles conflictos. En otras palabras, es una oportunidad valiosa de sensibilización frente a lo que se puede hacer para mejorar la salud colectiva al interior de la familia y en su comunidad.

Es en este sentido que se plantea como teoría del programa el hecho de que la familia se convierte en sujeto activo para la promoción y el fomento de la salud y no en un mero receptor de la oferta institucional de servicios en salud.

En un Programa de Salud Familiar en el que se disponga de la totalidad de profesionales propuestos como equipo podrá valorarse en todas las dimensiones a los miembros de la familia. Sin embargo, en programas como el nuestro, cuyo componente psico-social estaba atendido por otra unidad programática, se requiere la definición de algunos criterios para referir a las familias a alguno de sus miembros al equipo profesional correspondiente, y al mismo tiempo, tener previamente establecido un acuerdo para el flujo de personas y/o familias, de modo que no se perdiera la oportunidad de atender los requerimientos de cada familia. Esta acción se podrá realizar mediante el establecimiento de un acuerdo interinstitucional con ONG's internacionales.

4.3.16 Elaboración de planes de compromiso. El equipo de Salud Familiar tiene como misión no solamente precisar con las familias los factores de riesgo para su situación de salud y los factores protectores, sino también, dar orientaciones a la familia y a cada uno de sus miembros, a fin de comprender su situación y encontrar con la participación activa de ellos alternativas para mejorar su condición de salud y su calidad de vida.

Es por esto que de manera conjunta se elabora un plan de compromisos que voluntariamente es suscrito por las familias con la orientación de cada uno de los profesionales que integran el equipo de Salud Familiar, siendo esta la oportunidad para inducir la demanda hacia los programas institucionalizados de Promoción y Prevención ofrecidos por E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte.

A continuación se mencionan los principales aspectos verificados y sobre los cuales se establece, mediante la concertación, el plan de compromisos en las familias visitadas:

- Aseo de la vivienda. Incluye aspectos tales como el orden en la disposición de las cosas al interior de la casa, el aseo de espacios utilizados para dormir, cocinar, comer; aspectos relacionados con los animales domésticos gatos, perros, conejos, etc., mantenimiento adecuado en el tanque de almacenamiento del agua ó los recipientes utilizados para este fin, y finalmente, la disposición adecuada de desechos y basuras, así como de excretas.

Este es uno de los aspectos más importantes abordado durante el programa, pues no se puede olvidar que la mayor parte de las viviendas se ubican en sectores marginales y periféricos de la ciudad, sectores en los cuales no siempre se dispone de servicios básicos, como el acueducto y el alcantarillado.

Por esta razón debe reforzarse e insistirse en mecanismos alternativos para la provisión y mantenimiento de agua para el consumo, disposición de residuos y excretas, a fin de disminuir el riesgo de contaminación colectivo.

Dado que el espacio interno de las viviendas, en la mayoría de los casos, no permite la disposición separada de habitación, cocina y comedor, resulta de suma utilidad enfatizar en el orden y limpieza del interior, de tal manera que se disminuya el riesgo, particularmente, en la contaminación de los alimentos.

Se brinda la información pertinente frente a los riesgos para la salud y los efectos en su calidad de vida, derivada de la inadecuada disposición de basuras y desechos, y, mediante una reflexión conjunta, se establecen acuerdos para la eliminación de basuras domésticas, acercándolas hacia los sitios por los cuales transita el servicio de recolección del municipio.

Finalmente, dado que es habitual encontrar en estas viviendas animales, como gatos, perros, conejos y gallinas, los cuales pueden llegar a compartir el espacio interior de la vivienda, se brinda la orientación necesaria para su correcto manejo, sin lesionar los vínculos afectivos que puedan existir con dichos animales.

- Aseo personal. En este aspecto, se enfatiza particularmente en el cuidado hacia la población infantil, induciendo al uso del calzado, el porte de ropa limpia, el mantenimiento de las uñas cortas y limpias, el cabello limpio y peinado, el baño corporal según las posibilidades para la disposición del agua. En este caso, siempre que exista la posibilidad de acceder al agua se enfatiza el baño diario. Sin embargo, dado que el programa no puede brindar orientaciones que no se encuentren al alcance de las familias, pues se trata de compromisos contraídos voluntariamente por las familias y susceptibles de ser cumplidos, se establece entonces con la familia, el compromiso de asear las zonas corporales prioritarias

y, por lo menos dos ó tres veces por semana, buscar las opciones para realizar un baño corporal completo.

Este es, igualmente, un asunto muy importante para la promoción de la salud, puesto que tiene que ver con aspectos del auto – cuidado y auto – concepto, de tal manera que se fomentan percepciones positivas.

- Protección específica. En este caso se tienen en cuenta las actividades propuestas por el Ministerio de la Protección Social frente a cada grupo de edad y sexo. Así se brindan orientaciones precisas en actividades de rutina, como el auto - examen de seno para el caso de las mujeres que pasan los 15 años, el control citológico anual en este mismo grupo. Este momento de contacto se aprovecha, además, para realizar la revisión de resultados de exámenes previos, verificando la necesidad de una citología inmediata ó posterior, de tal manera que se sensibiliza a la mujer para que asuma este control de manera periódica.

En los hombres mayores de 40 años se hace énfasis en el control preventivo de próstata; se induce la demanda de servicios hacia los programas de riesgo cardiovascular, control prenatal, planificación familiar, vacunación y crecimiento y desarrollo, según sea pertinente. Se verifican citas pendientes con especialistas ó exámenes para-clínicos ordenados previamente, pudiendo dar la orientación particular al respecto, tanto para que se practiquen los exámenes que aún sean pertinentes como frente a la interpretación de resultados que se encuentren disponibles y para los cuales no se haya adelantado el respectivo control. Al mismo tiempo, se acuerda la posibilidad de ser visitados por el equipo de atención psico-social, según se amerite.

Finalmente se brinda la orientación necesaria en temas, como la prevención del consumo de sustancias psico-activas y de alcohol y se brindan orientaciones específicas frente a modificaciones particulares en el patrón de alimentación y la rutina de ejercicios físicos.

- Aspectos nutricionales. Las orientaciones y recomendaciones que surgen a este nivel van desde el adecuado almacenamiento de los alimentos disponibles, hasta las alternativas para su combinación y diversificación en el menú, las cuales se brindan a la persona encargada de la consecución y preparación de los alimentos. Cabe anotar, que esta orientación, al igual que en la totalidad de aspectos, se valora la estrategia dialógica, de tal manera que se recupere el saber propio de la familia y simplemente se complementa con el saber profesional.

Al mismo tiempo, se establecen recomendaciones particulares según el patrón de alimentación requerido por uno ó más miembros de la familia, como la disminución en el consumo de sal, fritos, grasas, carbohidratos, etc.; estas recomendaciones, se realizan con la participación de todos, pues la modificación necesaria de un patrón de alimentos, requiere la voluntad y apoyo del núcleo familiar.

Se enfatiza, en la necesidad de hervir el agua para el consumo y mantenerla tapada, al igual que los alimentos preparados; se brinda la orientación necesaria frente a la distribución de los alimentos de acuerdo a la etapa de crecimiento en que se encuentran los miembros de la familia.

Finalmente, este momento es aprovechado para realizar la detección de las personas que requieren la inclusión en programas de complementación alimentaria y nutricional, de tal manera que puedan ponerse en contacto con Instituciones responsables de este aspecto como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

- Aspectos de salud oral. Los principales aspectos en los cuales se enfatiza, se relacionan con las condiciones de higiene oral y técnicas de cepillado, para lo cual se adelanta una actividad educativa en la que participa todo el núcleo familiar y no solamente la población infantil, como es tradicional.

Se tienen en cuenta las posibilidades de acceder a instrumentos alternativos para la correcta higiene oral, de tal manera que se recuperan prácticas tradicionales, como el uso de la fibra para reemplazar la seda dental, el uso de la sal y el bicarbonato, para reemplazar la pasta dental, entre otros.

Se establecen acuerdos con respecto, al uso de chupos y biberones para los menores, el consumo de dulces y chicles, etc., así como la necesidad de practicar la higiene oral mínimo tres veces al día.

En este aspecto, se fijan las citas para el control odontológico a nivel institucional, estableciéndose por parte de la familia, el compromiso de cumplir cabalmente con las citas acordadas y necesarias.

- Aspectos de rutina diaria. En este caso, se valoran actividades, que se practiquen en familia, como el hecho de compartir armónicamente las horas de las comidas, actividades de ejercicio físico en familia, tales como caminatas, el incentivo familiar hacia los niños para que asistan a la escuela, así como a los padres y adultos para llevar a cabo su actividad laboral.

Este es uno de los aspectos de mayor trascendencia frente a la posibilidad de resiliencia por parte de las familias que están afectadas por el desplazamiento, pues es la oportunidad para reconstruir lazos perdidos con anterioridad, ó recuperar prácticas que normalmente se tenían.

Se enfatizan aspectos como el ejercicio físico, separados de las actividades laborales de rutina, haciendo especial claridad en que no todas las actividades físicas, pueden interpretarse como el ejercicio físico recomendado para la prevención del riesgo cardiovascular.

Esta es una actividad que se enfatiza, particularmente en las familias en las cuales se encuentra alguno de sus miembros con factores de riesgo cardiovascular.

- Aspectos Espirituales. Si bien, no es el principal énfasis del programa, se parte por reconocer las fortalezas que en materia espiritual tienen las familias; y se enfatiza en este aspecto, porque es un vínculo positivo, con respecto a su entorno, de tal manera que se ayuda a las familias a mantener Fe, en la posibilidad de vivir mejor.

No se trata de promover la filiación hacia una determinada religión, pues se parte del principio del respeto frente a las creencias y religiones; sin embargo, en las familias, en las cuales aparece con fuerza el aspecto espiritual, se consigna en el plan de compromisos, con lo cual se fortalece la adherencia y cumplimiento de otros aspectos contemplados en el mismo plan.

4.3.17 Visitas de seguimiento.

a. Domiciliarias. A partir de este momento, se llevan a cabo una serie de visitas de seguimiento, que pueden tener intervalos de tiempo entre veinte días y un mes, de tal manera, que no se permite a la familia desligarse de su plan de compromisos; en estas visitas se diligencia un formato de seguimiento a manera de plantilla, de tal manera que logra tenerse un registro permanente.

Las visitas son adelantadas por los promotores de desarrollo local vinculados al programa, y se llevan a cabo con dos propósitos fundamentales:

- En primer lugar, la verificación en el cumplimiento de los planes de compromisos; esta verificación se realiza mediante la técnica de observación tanto a la vivienda como a los miembros de la familia. De igual manera mediante comunicación con uno ó más miembros de la familia, se indaga frente a la asistencia a controles previstos.

- En segundo lugar, durante su interacción, se continúa el proceso de maduración de las ideas que han surgido como alternativas para la resolución de problemáticas comunitarias, de tal manera que se inicia la construcción de perfiles de proyectos.

Esta fase del programa es de suma trascendencia, puesto que se mantiene un vínculo entre la comunidad y el equipo de salud, a través de los promotores de desarrollo local, los cuales adelantan acciones de refuerzo frente a los compromisos aún no asumidos por las familias.

b. Institucional. Si bien el programa es esencialmente extra-mural, tal como se mencionó se deben desarrollar una serie de actividades en la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte y los centros de trabajo comunitarios.

Esta es una oportunidad de contacto individualizado con las personas que requieren algún tipo particular de servicios, de tal manera que se logra una oportunidad adicional que complementa el seguimiento domiciliario, verificando igualmente el trabajo adelantado por los Promotores de Desarrollo Indígena.

c. Festivales de la salud. Se considera fundamental, puesto que se pretende innovar en la conceptualización de la salud, y en la manera de fomentar la salud desde una perspectiva familiar.

Los festivales, son esencialmente una oportunidad otorgada a las familias participantes en el programa, para compartir y construir nuevos lazos de amistad, con familias que comparten su misma condición. En estos festivales, se otorgan obsequios a manera de estímulo a todas aquéllas familias que han logrado cumplir los compromisos contraídos y realizar cambios paulatinos en su vida diaria, tendientes a fomentar un óptimo estado de bienestar y salud para sus miembros.

Los obsequios que se entregan pueden incluir alimentos, elementos odontológicos, implementos para el hogar y el aseo, materiales escolares etc.

Todos estos artículos se obtienen mediante cooperación interinstitucional y donaciones de la empresa privada, la industria y el comercio. De este modo el programa de Salud Familiar fomenta y permite la integración y solidaridad de los diferentes actores del desarrollo local.

- Formulación y gestión de proyectos. Al igual que los festivales de la Salud, la formulación y gestión de proyectos es otra de las innovaciones estratégicas del programa, que permite a las familias y comunidades comprender la multicausalidad en salud y actuar de una manera holística e integracionista en la resolución de problemáticas determinantes y condicionantes de su situación de salud.

El proceso de formulación de los proyectos, se efectúa simultáneamente con la ejecución de los demás componentes del programa; es una labor central de los promotores de desarrollo local, quienes se encargan de documentar de una manera técnica las problemáticas de la comuna que representan, con el asesoramiento de los miembros del equipo de salud y de otros técnicos, a los cuales debe acudir durante este proceso.

Los proyectos formulados, se construyen de manera participativa, con las familias que integran el programa y/o por lo menos algunos de sus miembros, y responden a problemáticas y necesidades por ellos identificadas, que pueden representar un riesgo para la salud colectiva.

La gestión posterior de estos proyectos, es realizada tanto por el equipo de profesionales como por los promotores de desarrollo local; y con ella se pretende

obtener los recursos para la implementación y desarrollo de estos proyectos; debe anotarse que la mayor parte de estos proyectos son para el corto plazo, son de bajo costo y representan valores agregados para las familias involucradas.

4.3.18 Vinculaciones del programa del grupo extramural

- **Vinculación a la dinámica del desarrollo indígena.** Este es uno de los ejes de actuación de los promotores de desarrollo indígena, de tal manera que son ellos el puente de comunicación entre los espacios de decisión política – los espacios de planificación del desarrollo – y las comunidades.

Se busca permear estos espacios con el fin de posicionar el tema del desplazamiento dentro de la agenda del desarrollo local, al tiempo que se logra sensibilizar a tomadores de decisión frente a las problemáticas existentes en las distintas localidades y comunas.

Es uno de los espacios, donde se gestionan los proyectos formulados en el programa, mediante el desarrollo de habilidades para la negociación y la argumentación, de tal manera que el programa termina aportando a una dinámica de empoderamiento comunitario, que es fundamental en la promoción de la salud.

- **Vinculación de las instituciones de educación superior.** En una propuesta de esta naturaleza, debe integrarse la producción del conocimiento, como una manera óptima de hacer coincidir el conocimiento científico y técnico con la complejidad de la realidad; de tal manera que la vinculación de las Instituciones de Educación Superior, permite distintos beneficios y a diferentes niveles.

Esta vinculación se adelanta mediante convenios docente – asistenciales con lo cual se permite el paso ó rotación de grupos de estudiantes de diferentes áreas, particularmente de la salud, que enriquecen la experiencia.

- **Jornadas de trabajo grupales.** Si bien estas jornadas no involucran a las familias atendidas por el programa, es un ejercicio periódico reflexivo, en el que no solamente se mantiene vivo el cuestionamiento frente a lo que se hace, la manera como se hace y lo que debe implementarse ó mejorarse.

Se constituye en un momento para la retroalimentación, de suma relevancia para el equipo humano, permitiendo igualmente hacer la catarsis necesaria, derivada de la carga emocional que el equipo humano va recibiendo, cuando se expone a condiciones de pobreza y miseria humana, como las que se encuentran durante el desarrollo del trabajo de campo (particularmente cuando se aborda la población indígena afectada por el desplazamiento).

No pocas veces, se requiere un proceso de auto-ayuda y terapéutico para el equipo humano que desarrolla el programa, ante la impotencia que siente por las condiciones adversas en las que se encuentra gran parte de las familias visitadas.

En estas jornadas igualmente se adelantará la revisión conceptual de material novedoso que pueda ser aplicado en este tipo de realidades, con lo cual se cualifica cada vez más al equipo humano vinculado al programa.

Finalmente, estos espacios son utilizados para el análisis e interpretación colectiva de datos y hallazgos encontrados en el trabajo de campo y se convierten en importante espacios de asesoría para el equipo de promotores de desarrollo indígena.

4.4 CONSIDERACIONES FUNDAMENTALES

Ya se ha advertido sobre la riqueza cultural de la comunidad indígena del Municipio de Ricaurte y sobre el profundo respeto que cada uno de los Awa tiene por su cosmovisión, lo cual debe ser tenido en cuenta por los profesionales de la salud vinculados al Grupo Extramural y por todos aquellos que participen de alguna manera en la oferta de servicios de salud en el modelo occidental a la población indígena.

Se trata de poder armonizar los saberes de la medicina tradicional indígena y el talento humano de sus curanderos, con los conceptos de la medicina occidental que la misma comunidad considere oportunos.

Por tanto, este estudio quiere enfatizar en que para que el Grupo Extramural sea una experiencia exitosa, tiene que considerar en todo momento las opiniones y decisiones de la comunidad Awa.

Por tanto, es una exigencia de la propuesta que los Promotores de Desarrollo Indígena que participarán en el Grupo sean miembros de la comunidad indígena y directamente designados por las autoridades indígenas, utilizando los mecanismos que ellos consideren apropiados y sean ellos quienes en concertación con la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte vigilen el cabal cumplimiento de las funciones que les sean asignadas, tanto en prevención y promoción de la salud, como de vocería entre la comunidad y el Grupo Extramural.

Los siguientes puntos son básicos para tener en cuenta :

- Cosmovisión de Salud Indígena
- Tipos de Enfermedad
- Concepción de salud y enfermedad
- Tipos de Chamanes
- Sitios Sagrados

- Curaciones y prevenciones
- Medicamentos utilizados
- Fortalecer la salud a partir de la comunidad y sus costumbres.

Es un postulado que el grupo extramural debe considerar que para la comunidad indígena :

- El cosmos, la tierra, la vida y el hombre, son relaciones de energías complementarias.
- Todo va ligado a la reproducción, biológica y social.
- El chaman es el encargado de restablecer el equilibrio.
- El hombre, la naturaleza y el cosmos, hacen parte de un mismo sistema. No hay que dominarlo, sino mantenerlo para las futuras generaciones.
- El cuerpo es un recipiente vacío; se llena a través de la espiritualidad (conocimiento).
- Las enfermedades son causadas por incumplimiento de las normas establecidas, no por mala suerte.

Que los tipos de enfermedad que se consideran entre los miembros de la comunidad indígena responden a :

- Maldad entre Chamanes.
- Enfermedad causada por los dueños de la naturaleza.
- Enfermedad de los Blancos.

y que para prevenir que sucedan enfermedades, es necesario hacer pago a los dueños, para que estén bien, contentos y tranquilos.

Los dueños son los abuelos de cada etnia, no solo hay gente en este mundo.

Ahora, es necesario que el personal médico del Grupo Extramural atienda las exigencias de la comunidad indígena en el sentido que antes de usar los medicamentos, estos sean curados para que tengan un efecto más rápido y el tratamiento sea efectivo en el paciente.

Los calmantes, antigripales, sueros y antibióticos se pueden inicialmente integrar más fácil medicina tradicional como ayudas para mejorar a las personas, en el marco de la medicina tradicional.

4.5 PLAN DE INVERSIONES

Para el desarrollo de los programas del Grupo Extramural debe contarse con talento humano, con las condiciones expuestas antes, lo que exige de una erogación por salarios, prestaciones sociales, viáticos, sobresueldo por trabajar en zonas de difícil acceso, seguros, entre otros, que ya la E.S.E. Centro de salud de

Ricaurte en colaboración con los entes aportantes, las autoridades indígenas y los gobiernos municipal, nacional e internacionales proveerán en su oportunidad.

Además se incurrirá en gastos de dotación de trabajo (botas, guantes, cascos, toldillos, chaquetas, carpas individuales, lámparas, equipo de camping, blusas, gafas, tapabocas, guantes desechables) que se requieren para el desplazamiento a zonas alejadas y para el cumplimiento del trabajo, transporte y alimentación que son gastos de funcionamiento y que son dependientes de las zonas e a las cuales se programe el desplazamiento y del tipo de asistencia en salud que se va a prestar (medicina, enfermería, odontología, capacitación).

Seguidamente se presenta el plan de inversiones estimadas para que el Grupo Extramural pueda operar en condiciones mínimas, para un equipo, porque el grupo puede estar conformado por varios equipos con el personal adecuado de acuerdo a los programas que se vayan a desarrollar.

Cuadro 10. Dotación requerida para medicina general

Dotación	PROV.	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Camilla	Mediclínicos	1	400.000	400.000
Biombo	Mediclínicos	1	240.000	240.000
Balanza	Mediclínicos	1	80.000	80.000
Tallímetro	Mediclínicos	1	34.900	34.900
Fonendoscopio	Mediclínicos	1	150.000	150.000
Tensiómetro	Mediclínicos	1	400.000	400.000
TOTAL		6		1.304.900

Fuente: esta investigación

Cuadro 11. Dotación requerida para asistencia ginecológica y odontológica

Dotación	PROV.	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Mesa ginecológica tubular	Mediclínicos	1	600.000	600.000
Biombo tres cuerpos	Mediclínicos	1	300.000	300.000
Equipo de Inserción	Mediclínicos	1	79.300	79.300
Dilatadores Uterinos	Mediclínicos	1	44.100	44.100
Lámpara cuello de cisne	Mediclínicos	1	150.000	150.000
Balanza	Mediclínicos	1	465.620	465.620
Tallimetro Adulto	Mediclínicos	1	34.900	34.900

Termómetro Digital	Mediclínicos	1	150.000	150.000
Termómetro de bolsillo	Mediclínicos	1	28.000	28.000
Tensiometro	Mediclínicos	1	150.000	150.000
fonendoscopio	Mediclínicos	1	400.000	400.000
Equipo móvil de odontología con planta eléctrica	Dentimed	1	7'056.000	14.112.000
TOTAL		13		16.513.920

Fuente: esta investigación

Cuadro 12. Dotación requerida para partos

Dotación	PROV.	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Máquina de Anestesia	Mediclínicos	1	23.000.000	23.000.000
Mesa Ginecológica Quirúrgica	Mediclínicos	1	2.000.000	2.000.000
Succionador Quirúrgico	Mediclínicos	1	1.031.000	1.031.000
Termocuna	Mediclínicos	1	12.000.000	12.000.000
Carro de Paro	Mediclínicos	1	1.000.000	1.000.000
Amniotomo	Mediclínicos	1	18.000	18.000
Curetas	Mediclínicos	4	12.000	48.000
Dilatadores	Mediclínicos	8	45.000	360.000
Disección con Garra Grande	Mediclínicos	13	18.000	234.000
Disección con Garra Mediana	Mediclínicos	13	18.000	234.000
Disección con Garra Pequeña	Mediclínicos	13	18.000	234.000
Disección sin Garra Grande	Mediclínicos	1	15.000	15.000
Disección sin Garra Mediana	Mediclínicos	1	15.000	15.000
Disección sin Garra Pequeña	Mediclínicos	1	15.000	15.000
Equipo de Disección sin Porta Agujas	Mediclínicos	1	125.000	125.000
Especulos Grandes	Mediclínicos	9	30.000	270.000
Especulos Medianos	Mediclínicos	9	30.000	270.000
Especulos Pequeños	Mediclínicos	9	30.000	270.000
Mangos de Bisturí No. 4	Mediclínicos	10	8.000	80.000
Mangos de Bisturí No. 3	Mediclínicos	23	8.000	184.000
Pinzas Bozenman	Mediclínicos	2	35.000	70.000
Pinza Corazón	Mediclínicos	4	17.000	68.000
Pinza de Coger	Mediclínicos	13	18.000	234.000
Pinza de Novac	Mediclínicos	3	20.000	60.000
Pinza irug Curva	Mediclínicos	5	17.000	85.000
Pinza irug Recta	Mediclínicos	5	17.000	85.000
Pinza Mosquito Curva	Mediclínicos	13	19.000	247.000
Pinza Mosquito Recta	Mediclínicos	13	21.000	273.000
Pinza Oean Rochester	Mediclínicos	13	70.000	910.000

Pinza Pennington	Mediclínicos	2	80.000	160.000
Pinza de Campo	Mediclínicos	5	17.000	85.000
Pinzas Diferentes Varias	Mediclínicos	5	20.000	100.000
Porta Agujas Grande	Mediclínicos	10	25.000	250.000
Porta Agujas Mediano	Mediclínicos	10	25.000	250.000
Porta Agujas Pequeño	Mediclínicos	10	25.000	250.000
Separadores	Mediclínicos	13	52.000	676.000
Separadores de Gancho	Mediclínicos	13	50.000	650.000
Sondas Acanaladas	Mediclínicos	8	10.000	80.000
Tijera De Puntos	Mediclínicos	1	25.000	25.000

Dotación	PROV.	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Tijeras Curvas	Mediclínicos	11	30.000	330.000
Tijeras de Material	Mediclínicos	11	30.000	330.000
Equipo esterilización	Mediclínicos	1	1.500.000	1.500.000
Tijeras de Tejidos	Mediclínicos	11	30.000	330.000
TOTAL		303		48.451.000

Fuente: esta investigación

Cuadro 13. Dotación requerida para atención de enfermería

Dotación	PROV.	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Balanza	Mediclínicos	1	80.000	80.000
Tensiómetro	Mediclínicos	1	400.000	400.000
Fonendoscopio	Mediclínicos	1	150.000	150.000
Tallmetro	Mediclínicos	1	34.900	34.900
TOTAL		5		664.900

Fuente: Esta Investigación

Cuadro 14. Dotación requerida en suministros

SUMINISTROS	PROV.	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Alcohol antiséptico Botellas	Mediclínicos	100	5.500	550.000
Algodón absorbente	Mediclínicos	20	1100	22.000
Aplacadores en madera	Mediclínicos	30	14.800	444.000
Cepillo Espátula	Mediclínicos	100	35.600	3.560.000
Dispositivo planificación	Mediclínicos	30	8.400	252.000
Esparadrapo	Mediclínicos	100	38000	3.800.000
Especulo Vaginal	Mediclínicos	30	1.000	30.000
Gasa Hospitalaria	Mediclínicos	50	25.000	1.250.000
Guantes desechables	Mediclínicos	750	250	187.500
Jeringas	Mediclínicos	500	200	100.000

Laminas portaobjetos	Mediclínicos	100	3500	350.000
Material para curación	Mediclínicos	10	30.000	300.000
Pinzas cuello uterino	Mediclínicos	10	25000	250.000
Placas Portaobjetos	Mediclínicos	100	400	40.000
Guardianes	Mediclínicos	20	4000	80.000
irugía grandes (toma muestra)	Mediclínicos	1	8000	8.000
Medicamentos Varios (para 3 meses)	Mediclínicos		2000000	3.820.000
Papelería	Computados		100.000	100.000
Carpas y lámparas	JBPM	4 J.	100.000	400.000
TOTAL				15.043.500

Fuente: esta investigación

Cuadro 15. Otras Dotaciones requeridas

EQUIPO DE COMPUTACIÓN Y COMUNICACIÓN	PROV.	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Equipo computación Portátil	Alkosto	2	1.400.000	2.800.000
Impresoras	Alkosto	2	200.000	400.000
Equipo de Comunicación	HGP	8	400.000	3.200.000
TOTAL		4		6.400.000

Fuente: esta investigación

Cuadro 16. Inversión Inicial

Concepto	Valor
Dotación para medicina general	1.304.900
Dotación para ginecología y odontología	16.513.920
Dotación para partos	48.451.000
Dotación para atención de enfermería	664.900
Suministros	15.043.500
Equipo de comunicación y computación	6.400.000
TOTAL	88'378.220

5. CONCLUSIONES

Más del 65 % de la población del Municipio de Ricaurte pertenece a la comunidad indígena Awa, con familias que habitan en asentamientos muy alejados de los centros urbanos e incluso de los denominados rurales del municipio, en zonas selváticas, hasta donde no llega la influencia occidental de salud y educación.

Cuando las prácticas médicas tradicionales no tienen éxito para curar malestares de salud, la población indígena recurre a alguno de los 7 puestos de salud del municipio o cuando la enfermedad lo amerita, llegan hasta la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte, luego de cumplir con extenuantes jornadas de camino, que sin duda agravan el estado de salud del paciente, al cual en ocasiones sorprende la muerte sin tener asistencia de salud.

Esta situación ha sido manifestada por voceros de las comunidades indígenas e incluida como una problemática a resolver mediante la ejecución del Plan de Desarrollo Municipal.

En tal sentido, la administración del municipio en concertación con la comunidad, (en 17 talleres) logró consolidar la propuesta del Plan de Desarrollo que contempla en el eje de salud, como una acción que debe realizarse en el corto plazo, crear un Grupo Extramural, la cual fue recogida por esta investigación.

Con el talento humano del Grupo Extramural se brindará atención primaria en salud a las comunidades indígenas en el marco del PAB y con las políticas de promoción de la salud, orientadas hacia la salud colectiva, generando desarrollos que contribuyan a fomentar en la población indígena culturas de la salud que promuevan políticas públicas favorables, desarrollo de habilidades personales, entornos y ambientes propicios a la salud, y el compromiso de los pobladores para generar procesos que reorienten los servicios de salud hacia estos componentes.

Sin embargo a pesar que el Grupo Extramural ha sido concebido con base en el paradigma de atención en salud occidental, el diseño e implementación de los programas de salud a las comunidades indígenas debe estar en consonancia con la medicina tradicional y con el respeto profundo a la cosmovisión de la comunidad Awa, a fin de garantizar la sostenibilidad del grupo.

Existe la certeza que a través de la acción de los Promotores para el Desarrollo Indígena, que son representantes de la comunidad designados por las autoridades indígenas, se logrará un mejor acercamiento con la población, se escucharán sus opiniones y se respetarán y acatarán sus decisiones.

Con la acción del Grupo Extramural se implementarán programas de salud familiar complementando (sin querer desplazar) la acción que durante centurias ha desarrollado la medicina tradicional, pero que con la presencia de enfermedades transmitidas por el blanco, puede en ocasiones resultar inocua.

6. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte implementar la propuesta de creación del Grupo Extramural que aquí se presenta, dándole el empuje que requiere para que entre el funcionamiento lo mas pronto posible.

2. Es menester que los Promotores de Desarrollo Indígena sean miembros visibles de la comunidad Awa, designados por las autoridades indígenas, aunque el pago de sus salarios recaiga en la E.S.E..

El restante talento humano del Grupo debe ser escogido de acuerdo a los criterios que esta investigación aporta, pero por sobre todo, teniendo en cuenta que posean el deseo de servir a la comunidad y deseablemente con vinculación a la comunidad indígena.

3. Aunque el estudio no lo aborda, es necesario recomendar que en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud a nivel extramural se debe contar con las entidades de salud que prestan el servicio en el régimen subsidiado como EMSSANAR y MALLAMAS (para citar las más conocidas en la región), teniendo en cuenta que la acción del grupo pretende también fortalecer las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que usualmente tienen recurso institucional insuficiente para abordarlas. Su trabajo focaliza población indígena de mayor vulnerabilidad como las mujeres, los niños, los escolares, los adolescentes, los ancianos, orientando las acciones desde el contexto familiar y comunitario.

4. El trabajo extramural debe partir del conocimiento de la comunidad indígena, su cultura y sus redes sociales. No será posible que el Grupo Extramural sea una experiencia exitosa de mostrarse al mundo, sin no se logra la simbiosis entre la medicina tradicional y la medicina occidental, con una participación inclusive mayor de la medicina tradicional, hoy en día, con aceptación universal en países de Europa y Asia. Esta recomendación corresponde al personal encargado por parte de la E.S.E. de planear y crear el Grupo Extramural.

5. Esta investigación es reiterativa en afirmar que el conocimiento del saber popular, de la cosmovisión de la comunidad Awa promueve la autogestión y el autocuidado, mediante la concertación y negociación con sus habitantes y con las instituciones del área de influencia, realizando al mismo tiempo estrategias de tipo comunitario como jornadas de salud, festivales comunitarios, brigadas de saneamiento ambiental y visitas domiciliarias para la educación casa - casa y en establecimientos educativos.

También se pueden aprovechar escuelas y hogares comunitarios, y los espacios de la comunidad como polideportivos, casetas comunales, iglesias entre otros.

6. A las autoridades indígenas de la comunidad Awa, se les recomienda apoyar el proyecto del Grupo Extramural que ha sido concebido sanamente, con sentido altruista, sin influencia politiquera o de cualquier otra clase, simplemente se trata del resultado de una actividad académica que busca prestar un servicio a la comunidad indígena del Municipio de Ricaurte, a la cual le debemos una deuda impagable, por haberlos desplazado de su territorio original, y quererlos someter a la cultura tradicional, muchas veces irrespetando su cosmovisión.

Las recomendaciones planteadas deben ser inicialmente motivadas por la E.S.E. local y por las autoridades indígenas, a fin que el proyecto de crear y poner en funcionamiento el Grupo Extramural de Salud sea una realidad.

Ya en su ejecución, las EPS de régimen subsidiado EMSSANAR, MALLAMAS y el IDSN, deberán ser las entidades responsables de su implementación.

La comunidad indígena estará a cargo de la veeduría del Grupo Extramural y deberá participar en el talento humano del grupo a nivel de promotores y en lo posible como integrante del personal de salud.

BIBLIOGRAFÍA

ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE RICAURTE. Plan de Desarrollo Municipal. 2006-2007.

ARIAS C., Liliana y DALLOS A., Marta I. Guía de Salud Familiar para atención de Desplazados. Publicación conjunta ASCOFAME, Municipio de Caicedonia y OIM. Bogotá, 2.002.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1.991. Legis. Bogotá :2004.

CONTRERAS, LOPEZ y RESTREPO. Lineamiento metodológico para la ejecución de un análisis sectorial en Promoción de la Salud. OPS, Washington, 1.995

DEVER, A. Epidemiología y administración de los servicios de salud. Washington: OPS/OMS; 1991.

GARCIA J. POSADA J. Marco Conceptual para una cultura de la Salud. Ministerio de Salud, División de Comportamiento Humano. Bogotá, 1.993

GUERRA de M. Carlyle. Artículo "Salud y Equidad" Organización Panamericana de la Salud. Septiembre de 1992.

GUZMAN G. Ney. Hacia una nueva Política de Salud en Colombia – Salud Familiar y Comunitaria. Universidad del Valle. Cali, 1.992

JAUREGUI, C. y SUAREZ, P. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Enfoque de salud familiar. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 1998.

KROEGER, A. y LUNA, R. Atención primaria de salud. Principios y métodos. México: Editorial PAX, 1992.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. La Salud un derecho y un deber de todos (Cartilla). Bogotá, 1.993.

_____. Ley 100 de 1.993 Bogotá, 1.995.

_____. Ley 10 de 1.990 Bogotá, 1.993.

_____. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Santafé de Bogotá, Noviembre de 1992.

OMS. Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma Ata, URSS, septiembre de 1.978.

OPS. Hacia una vivienda Saludable. Manuales para el facilitador y el agente comunitario. Material en proceso de validación. Bogotá, 2.003.

QUEVEDO, EMILIO. El proceso de salud enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. En: Sociedad y Salud. 1ª Edición, ed. Zeus Asesores, Bogotá, 1992.

RESTREPO H. Las políticas de promoción de la Salud en la OPS. Ministerio de Salud, OPS, Bogotá, 1.992.

RODRIGUEZ M. Carlos Iván. Lineamientos para políticas públicas saludables. Ministerio de Salud, Bogotá, 1.995

RUIZ P, CARMEN ELISA. Impacto de la familia en el proceso salud – enfermedad. En Memorias del congreso Latinoamericano de familia siglo XXI. Medellín 1994.