

El trabajo extramural en el marco de la promoción de la salud**Amparo Vesga, Enf.¹, Raúl Murillo, M.D.¹, María Mercedes Burgos, Enf.¹,
Arladys Valencia, Enf.¹, María Fernanda Gutiérrez, T.S.² y Guillermo Llanos, M.D.³****RESUMEN**

En 1996 se inició en Cali, el desarrollo del Plan de Atención Básica y el Plan Municipal de Promoción de la Salud, y se consideró para su desarrollo como estrategia fundamental los equipos extramurales de atención primaria. La ejecución y el desarrollo de esta estrategia se contrataron con diferentes organismos no gubernamentales que operan en Cali, utilizando diferentes metodologías de abordaje a la comunidad, pero siguiendo los lineamientos generales de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Para su evaluación se tomaron muestras probabilísticas en cuatro comunas de la ciudad; de un total de 1,200 familias por comuna, se seleccionaron 320 familias por cada una y un grupo control del mismo tamaño. Para recolectar la información se aplicaron instrumentos en tres instancias: encuestas a la comunidad (familias intervenidas), encuestas a las organizaciones no gubernamentales (equipo multidisciplinario) y encuestas a las instituciones de salud de las comunas intervenidas. Además de las encuestas, se utilizó la metodología de grupos focales. En conclusión, se diseñó una intervención comunitaria en diferentes grupos de población, estableciendo comparaciones entre ellos, enmarcándola dentro de la definición epidemiológica de estudios ecológicos. El análisis de los datos mostró que la estrategia de equipos extramurales se constituyó en una herramienta útil para impulsar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en sus componentes fundamentales de información, educación, comunicación y orientación de los usuarios a los servicios de salud, educación y otros sectores del bienestar, siempre y cuando esta estrategia esté basada en la participación del talento humano con que cuentan las instituciones prestadoras de servicios de salud. La capacitación, capacidad de concertación y negociación con las comunidades, el conocimiento cercano de las familias y el trabajo intersectorial propios de este personal, constituyen pilares claves para la promoción de la salud.

Palabras claves: Equipos extramurales. Promoción de la salud. Atención primaria. Plan de atención básica.

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 relaciona-

1. Secretaría de Salud Pública Municipal, Cali.

2. Fundación Caminos, Cali.

3. Profesor Emérito, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

das 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.

En Cali se desarrolló entre 1996 y 1998 una estrategia de tipo extramural, basada en el concepto de atención primaria y promoción de la salud, en las diez comunas de mayor riesgo

psicosocial (2, 3, 4, 6, 7, 13, 14, 15, 16 y 18).

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».

El equipo está constituido por psicólogo, trabajador social, enfermera, nutricionista, higienista oral, promotor de saneamiento y agentes comunitarios residentes en cada comuna. El equipo extramural, en coordinación con las instituciones de salud de la comuna, inicia su trabajo con grupos vulnerables a partir de la identificación del perfil epidemiológico, determinando la zona a trabajar, las familias a cubrir y las acciones a realizar. En su constitución se propone como una forma de fortalecer y dar continuidad al trabajo realizado por los sistemas locales de salud (SILOS), partiendo del conocimiento de las intervenciones que ya se han realizado, de los logros obtenidos y de las dificultades encontradas, buscando optimizar y consolidar el trabajo de atención primaria en las zonas de mayor riesgo, basándose en los significativos beneficios sociales y sanitarios informados por la extensión del trabajo hacia y con la comunidad.

En Cali, la promoción a nivel extramural se ha venido abordando además con las ARS y existen algunas comunas en donde no se ha realizado ninguna intervención de este tipo. La estrategia, 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 de mayor vulnerabilidad como las mujeres,

los niños, los escolares, los adolescentes, los ancianos, orientando las acciones desde el contexto familiar y comunitario.

El trabajo se realizó mediante contratación con cuatro organizaciones no gubernamentales (ONG); a cada ONG se le asignó un número de comunas y era responsable ante la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSPM) de los indicadores de resultado acordados al inicio del trabajo, concertados y ajustados de acuerdo con el perfil epidemiológico de cada comuna. El trabajo extra mural parte del conocimiento de la comunidad, su cultura y sus redes sociales. El conocimiento del saber popular 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 como escuelas y hogares comunitarios, aprovechando los espacios de la comunidad como polideportivos, casetas comunales, iglesias, etc.

La convocatoria a las ONG se realizó a través de la Asociación de Organizaciones no Gubernamentales de Cali (PROCALI), entidad que reúne este tipo de organizaciones sociales y se seleccionaron las que tenían relación y experiencia en el trabajo comunitario como el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CIMDER) de la Universidad del Valle, CEDECUR, Fundación para una Vida Mejor (FPVM) y la Empresa Asociativa de Trabajo, Asesorías para el Desarrollo y la Educación (EAT/ADE). Los equipos tuvieron una cobertura de 120,000 familias de los estratos 1 y 2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo comparando las características de cuatro grupos poblacionales, sometido cada uno de ellos a una intervención diferente y un grupo control sin intervención. Para la evaluación del proceso (metodologías) se tomaron como variables el grado de contacto de los equipos extramurales con las comunidades intervenidas (coberturas) y la aceptación de la estrategia por parte de estas comunidades.

Como componente adicional de la evaluación de metodologías, se observó el comportamiento de algunos resultados que pudiesen ser efecto inmediato de la intervención. Estos incluyen las coberturas de los programas preventivos, la participación en grupos organizados de la comunidad y los conocimientos básicos en salud. La afiliación a programas preventivos se valoró determinándola en cada uno de los integrantes de la familia. Para la evaluación de conocimientos básicos en salud, se seleccionaron cuatro temas que habían sido previamente establecidos dentro de los lineamientos, como enfermedad diarreica aguda (EDA), infección respiratoria aguda (IRA), lactancia y saneamiento básico; los cuestionarios se diseñaron teniendo en cuenta la capacitación que recibieron los equipos extramurales por parte de la SSPM.

Para obtener la información se aplicaron encuestas a la población objeto de la estrategia, a las instituciones de salud de las zonas seleccionadas y a las ONG encargadas del proyecto. Con el fin de complementar estos datos, se realizó un grupo focal por cada una de las comunas en sus áreas intervenidas. Adicionalmente, se revisaron las fuentes secundarias como los informes de los programas preventivos en las instituciones de salud y los informes de gestión en las

ONG. La estrategia se llevó a cabo en diez comunas de la ciudad de Cali, caracterizadas por sus escasas condiciones socioeconómicas y sanitarias. Todos los equipos debían tener un diseño metodológico básico que incluía:

La realización de un diagnóstico comunitario para la ubicación de la población vulnerable, la identificación de factores de riesgo y de otros problemas prioritarios en salud, así como de los recursos potenciales en la comunidad.

- La coordinación intersectorial, con el fin de buscar la participación de todos los actores involucrados en la solución de los problemas sanitarios.
- El estímulo a la participación comunitaria.
- La coordinación intrasectorial con las instituciones de la SSPM con el fin de potencializar los recursos y realizar una mejor planeación de las acciones.
- La evaluación como componente fundamental del PODE la que se realizó mediante una interventoría técnica y financiera por parte de la SSPM y la presentación de informes periódicos y un informe final por parte de las ONG.

El muestreo para la aplicación de encuestas en la comunidad fue multietápico. Los grupos se definieron teniendo en cuenta las comunas intervenidas por cada una de las cuatro ONG. De esta manera se seleccionaron cuatro comunas, cada una de ellas representativa de una ONG, pero todas con similares características socioculturales, correspondientes a las que conforman el Distrito de Aguablanca (13, 14 y 15) y la Comuna 16 que originalmente formó parte de este distrito. Con el fin de tener un patrón de referencia, se incluyó un grupo poblacional que no fue intervenido por ninguna ONG, conformado

por partes iguales de cada una de las cuatro comunas seleccionadas y de barrios con similares características a los intervenidos, pero con la distancia suficiente de estas zonas para evitar el posible efecto de «contaminación».

Al interior de cada comuna así como del grupo control, se obtuvieron muestras representativas independientes (confianza 95%, error de 5%, $p < 0.5$, $n = 1,600$ en total). En este paso el muestreo fue por conglomerados, tomando como marco muestral los mapas de las zonas intervenidas, levantados por los equipos extramurales. Para ello se ubicaron bloques de viviendas, seleccionándolos en forma aleatoria sistemática e incluyendo sólo la mitad de cada bloque en la muestra, con el fin de obtener una mejor distribución geográfica de la misma.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis tuvo dos componentes esenciales: en primer lugar se realizaron análisis de datos cualitativos provenientes de las encuestas aplicadas a las instituciones de salud y a las ONG, al igual que de los grupos focales realizados con la comunidad. Este componente llevó a la identificación de particularidades en las estructuras y metodologías de los equipos extramurales y al conocimiento del concepto de instituciones y parcialmente de la comunidad sobre la estrategia. El segundo componente lo constituyó el análisis de la encuesta aplicada a la comunidad; para ello, la información recolectada se almacenó en una base de datos diseñada en ACCESS, esta información se depuró y se exportó para realizar el análisis en el programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 9.0.

La crítica de datos tuvo dos momentos:

1. Análisis de las variables relacionadas con las características demográficas de la población.
2. Análisis de las variables de resultado de la estrategia.

Las comparaciones entre las comunas en cuanto a las variables de resultado (inscripción a programas preventivos, participación comunitaria, contacto con la estrategia, conocimientos básicos en salud y satisfacción) se hicieron examinando previamente el comportamiento de algunas variables que pueden influir sobre el resultado final de estas comparaciones como edad, sexo, escolaridad, tipo de familia, presencia de otros agentes de salud en la zona y recepción de información por otros medios. Las comparaciones entre comunas y de estas con el grupo control, se hicieron utilizando el estadístico F y la prueba de Chi cuadrado (χ^2), según el tipo de variable. Las preguntas sobre conocimientos básicos en salud se manejaron como un cuestionario independiente, haciendo el análisis de cada una de ellas y luego sumando el total de respuestas acertadas en todas las preguntas para cada uno de los cuestionarios. Los resultados sobre conocimientos básicos en salud se sometieron a un modelo de regresión logística de respuesta dicotómica; para ello se calculó el cuartil 3 y se establecieron dos categorías, mayor o igual y menor que este cuartil. Las variables predictoras fueron el nivel educativo (asumido como el máximo nivel educativo encontrado en la familia), la inscripción a programas preventivos, la ONG interviniente (equivalente a comuna en el estudio), la presencia de otros agentes de salud, el tipo de familia, la pertenencia a grupos organizados de la comunidad, la afiliación al sistema de seguridad social (asegurado o no asegurado) y la utilización de otros medios de información.

RESULTADOS

La presentación de resultados se hace de acuerdo con el orden de las encuestas aplicadas a diferentes fuentes. En primer lugar se describen las particularidades de la estrategia en forma general y para cada una de las ONG; luego se presentan los resultados de la encuesta a la comunidad y esta información se complementa con la obtenida en los grupos focales y en las instituciones de salud.

Equipos extramurales en las ONG. Los datos de las ONG no se obtuvieron en la totalidad programada; la encuesta grupal sólo se aplicó a CIMDER y CEDECUR; los datos de las dos ONG se obtuvieron de los informes periódicos que ellas presentaban a la SSPM, los que difieren en calidad y contenido de los informes finales. El diseño de la estrategia hecho por la SSPM, determinó un marco de acción para todas las ONG involucradas. Para establecer los lineamientos se priorizaron algunos de los problemas sanitarios de la ciudad como:

- Mortalidad materna
- Mortalidad infantil
- Enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda
- Embarazo en adolescentes
- Violencia intrafamiliar
- Deterioro ambiental

A partir de este perfil se establecen como grupos poblacionales prioritarios los menores de edad (menores de cinco años, escolares y adolescentes), los ancianos, los discapacitados, la mujer en edad fértil y de forma paralela el ambiente se constituye en objeto de intervención. Todas las ONG diseñaron programas de educación continua para los equipos extramurales. Este aspecto no se pudo corroborar en los informes de finales de las ONG.

El diagnóstico comunitario, requi-

sito para todas las estrategias, sólo fue caracterizado por CIMDER e incluyó:

- Mapeo de zonas: se anota que esta actividad la desarrollaron todas las ONG, lo que se deduce de la entrega de mapas que ellas hicieron para la selección de la muestra.
- Caracterización de la morbilidad y la mortalidad de cada zona.
- Identificación y caracterización de grupos prioritarios.
- Identificación y caracterización de factores de riesgo.

Los grupos poblacionales intervenidos variaron con respecto al lineamiento dado por la SSPM. EAT ADE se centró en el trabajo con gestantes y menores de cinco años, por concertación directa con la comuna, por ser este su problema prioritario. CIMDER incluyó además los grupos básicos la población adulta, con el propósito específico de formar una escuela de líderes.

Equipos extramurales en la comunidad. Se aplicaron 1,300 encuestas, para un porcentaje de pérdidas de 18.7%. La Comuna 15, el grupo control y la Comuna 14 tuvieron un muy pequeño porcentaje de pérdidas significativamente menor ($p < 0.05$) que las comunas 13 y 16 (Cuadro 1); 52.3% de la población era de sexo femenino, sin que se presentaran diferencias estadísticamente significativas entre los cinco grupos para esta variable.

El promedio de edad para toda la población fue 22.5 años; la Comuna 15 tuvo el menor promedio (19.2), seguida por las comunas 13, 14 y el grupo control (22.8, 21.8, 23.8 respectivamente); el mayor promedio de edad fue en la Comuna 16 con 25.9 (F 26.7, $p < 0.001$).

El nivel de escolaridad más frecuente en todos los grupos fue la secundaria y hubo un porcentaje muy bajo de población con formación téc-

nica y estudios universitarios. Aún así, la Comuna 15 y el grupo control tuvieron mayor proporción de personas sin ninguna escolaridad (30.6% y 26.4% respectivamente) y la Comuna 14 tuvo el mayor porcentaje de población con estudios primarios (33.8%) ($p < 0.001$).

Cuadro 1
Distribución de las encuestas según comuna

Comuna	Encuestas realizadas	%	Pérdidas %
Grupo control	305	23.5	0
Comuna 13	211	16.2	27
Comuna 14	266	20.5	8
Comuna 15	293	22.5	0
Comuna 16	226	17.4	22
Total	1,300	100.0	18.7

El promedio de personas por vivienda fue 5.8, el de familias por vivienda 1.2 y el de personas por familia 4.9. Ninguno de estos parámetros presentó diferencias significativas entre comunas. En las cuatro comunas y en el grupo control, el tipo de familia más frecuente fue la nuclear, seguida de la familia extensa (Cuadro 2).

El grupo control y la Comuna 15, presentaron proporciones mayores de población sin ningún tipo de aseguramiento en salud (vinculados con el sistema) que las comunas restantes ($\chi^2 14.5$, $p < 0.05$).

Dentro de la población que afirmó haber participado en las actividades de los equipos extramurales, 62.1%

tenía algún seguro de salud (EPS o ARS) y 37.9% pertenecía al grupo de vinculados.

La evaluación del contacto de los equipos extramurales con la comunidad mostró que el porcentaje de personas que reconocía los equipos fue significativamente menor en las comunas 14 y 16 (30.5% y 8.8%) que en las comunas 13 y 15 (65.9% y 60.4%) ($\chi^2 206.8$, $p < 0.001$). De igual forma, los porcentajes de participación al interior del grupo de personas que reconocían los equipos extramurales fue significativamente menor en las comunas 14 y 16 (17.7% y 4.9%) que en las comunas 13 y 15 (53.6% y 46.8%) ($\chi^2 19.3$, $p < 0.01$).

El tipo de actividades en las que se participó con mayor frecuencia fueron las de carácter masivo como las jornadas de vacunación (43%), las brigadas y los festivales de la salud; a estas les sigue la visita domiciliaria (36%).

Esta variable se complementó con una pregunta acerca de las preferencias de la población encuestada por los distintos tipos de actividad. En este caso, 34.9% de la población se inclina por la visita domiciliaria, 29.5% dice no gustar de ningún tipo de actividad, 23.5% prefiere las charlas y los talleres, 10.9% las jornadas masivas y 1.2% otro tipo de actividad.

En forma concordante, la invitación personalizada y en la casa, es la forma de convocatoria que mayor respuesta tuvo (84% de los participantes en actividades de los equipos

extramurales).

El sondeo acerca de la opinión de los usuarios, se dirigió a la relevancia de los temas tratados, la comodidad de los horarios, el concepto sobre los miembros del equipo y el concepto general sobre la estrategia. La respuesta acerca de la relevancia de los temas, tuvo comportamiento similar a la participación en la estrategia: en las comunas 13 y 15 los temas se consideraron como buenos en un porcentaje significativamente mayor que en las comunas 14 y 16 (47.9%, 40.6%, 13.5% y 4% respectivamente) ($\chi^2 160.8$, $p < 0.001$). En este caso la encuesta se aplicó tanto a participantes como a no participantes, pues interesaba conocer la opinión de aquellos que no asistieron a las actividades de los equipos.

Los horarios de trabajo establecidos por los equipos se consideraron como apropiados en 91% de los casos, sin que se presentaran diferencias entre comunas. De igual forma, el concepto sobre los integrantes del equipo fue bueno entre 97.9% y 100% de casos y la estrategia tuvo opinión favorable en 99% de los casos, sin que hubiese diferencias entre las comunas.

Estos resultados concuerdan con la información obtenida de los grupos focales en la comunidad, donde la estrategia de equipos extramurales se consideró relevante para el mejoramiento de las condiciones de salud de los grupos marginales, además de brindar beneficios adicionales, como la vinculación de miembros de la comunidad que representa tanto una opción de empleo, como la posibilidad de tener agentes comunitarios de salud en forma permanente. Aún así, no se reconoció la labor de las psicólogas en ninguna de las comunas, como tampoco la del médico integrante del equipo en la Comuna 14. Las poblaciones que recibieron aten-

Cuadro 2
Tipo de familia según comuna

Comuna	Familia		Otra
	nuclear	extensa	
Grupo control	168 (55.3)	107 (35.2)	29 (9.5)
Comuna 13	141 (66.8)	58 (27.5)	12 (5.7)
Comuna 14	184 (69.2)	75 (28.2)	7 (2.6)
Comuna 15	204 (69.6)	61 (20.8)	28 (9.5)
Comuna 16	142 (62.8)	66 (29.2)	18 (7.9)
Total	839 (50.3)	367 (22.1)	461 (27.6)

ción por parte de profesionales de la nutrición valoraron enormemente este recurso. Las trabajadoras sociales fueron reconocidas principalmente por su labor de coordinación.

En la evaluación de resultados, se determinó la afiliación a los programas de salud pública institucionales de manera independiente para cada uno de ellos y se dicotomizó la variable, estableciendo las categorías familia con afiliados y familia sin afiliados, para la comparación entre las comunas y de éstas con el grupo control, sin encontrar diferencias significativas en los porcentajes de afiliación.

La pertenencia a grupos organizados de la comunidad como referencia de la participación comunitaria, mostró una mayor proporción en el grupo control que en los cuatro grupos de evaluación ($\chi^2 11.5$, $p < 0.02$), sin que existieran diferencias significativas entre estos últimos.

En el cuestionario de conocimientos básicos, se sumó el total de respuestas acertadas para los cuatro temas, obteniendo el promedio de respuestas acertadas en cada comuna con el fin de comparar los resultados entre ellas y con el grupo control. Con un total de 27 aciertos posibles, se obtuvo un promedio general de 7.7 (DE 3.15). La Comuna 14 tuvo un promedio de aciertos mayor que las restantes y que el grupo control (F 5.83, $p < 0.05$); no se presentaron otras diferencias entre grupos.

El análisis de regresión logística mostró OR cercanos a uno y sólo fue significativa la relación de la inscripción a programas preventivos y la utilización de otros medios de información (Cuadro 3).

DISCUSIÓN

El diseño del estudio tuvo en cuenta los rasgos generales de la población

Cuadro 3
Análisis multivariado de los conocimientos básicos en salud

Variable	OR	Intervalo de confianza 95%	
		LI	LS
Nivel educativo	1.18	0.92	1.53
Inscripción a programas preventivos	1.41	1.02	1.95
ONG interviniente	0.99	0.94	1.06
Presencia de otros agentes de salud	0.74	0.53	1.03
Tipo de familia	0.99	0.83	1.2
Pertenencia a grupos comunitarios	1.55	0.99	2.42
Afiliación al SGSSS	1.04	0.94	1.15
Utilización de otros medios de información	15	1.05	2.14

y características como la utilización de otros medios de información y la presencia de otros agentes de salud en la zona, con el fin de controlar la influencia de estas variables en los resultados.

Se presentaron diferencias significativas en la estructura de edad, el nivel educativo y el aseguramiento al SGSSS, a pesar de ser seleccionados cinco grupos poblacionales con características similares, pertenecientes todos a zonas deprimidas de la ciudad de Cali. Esta situación, además de tener decidida influencia en los resultados del estudio, hace pensar en la necesidad de llevar a cabo un diagnóstico comunitario más exhaustivo, que permita una mejor planificación de las estrategias de intervención.

Los resultados, en relación con el aseguramiento en salud, se deben resaltar, pues muestran que una estrategia que estuvo diseñada para grupos poblacionales marginales en riesgo por no tener servicios de salud está siendo finalmente recibida por personas con acceso a seguros de salud en más de 60% de los casos. Estos hallazgos parecen predecibles al analizar la forma en que se focalizó la población, pues si se incluyen los sectores de la ciudad con mayor depresión socioeconómica, es altamente probable que la intervención se cruce con la selección de personas realizada por el SISBEN, llevando finalmente a con-

centración de recursos en ellos y mayor desprotección de la franja de vinculados. Sin embargo, fue acertado el ejercicio de planeación donde se establecieron lineamientos generales para todas las ONG, y por los resultados parecería que hizo falta un mayor énfasis en el cumplimiento de tales directrices, teniendo en cuenta que las ONG que más se alejaron de ellas presentaron mayores deficiencias en el contacto con la comunidad.

Al revisar la estructura de los equipos llama la atención, la poca valoración del trabajo de psicología que se puede relacionar con una mala proyección del mismo o con la imposibilidad real de llevar a cabo una intervención de salud mental en el espacio extramural. De igual manera, la desfavorable percepción del médico dentro del equipo encontrada en el grupo focal de la Comuna 14 y en la entrevista a los miembros de este núcleo de atención primaria, podría tener origen en la visión asistencial predominante de la labor médica en Colombia, la que afectaría tanto al profesional en cuestión como la percepción que de él tuviera la comunidad. Por el contrario, la alta valoración del trabajo de los nutricionistas, estaría estrechamente relacionada con el déficit absoluto de este tipo de recurso en la ciudad (por lo menos en el sector público), espacio en donde se convive día a día con graves problemas nutricionales, especialmente en los grupos de mayor

vulnerabilidad.

Nutbean *et al.* proponen como parámetros de evaluación del proceso al interior de programas de promoción de la salud basados en la comunidad, el contacto establecido con la población objetivo, la aceptación de la intervención por las comunidades y la conformación de redes (multiplicación de la metodología) como expresión de aceptación de la estrategia. En el presente caso, el último parámetro no se evaluó y los otros dos presentaron resultados no relacionados. Las comunas en donde la comunidad expresó haber tenido mayor contacto con la estrategia de equipos extramurales, corresponden a las ONG que tienen mayor experiencia en el trabajo con comunidad. Es posible que las formas de penetración de estos equipos estuviesen obteniendo mejores resultados. En relación con esto, se debe mencionar que una de estas ONG utilizó un programa de entrenamiento básico adicional al que brindó la SMS, que podría haber influido en el resultado (aunque se esperaba que también lo hubiese hecho en otros en los que no se observó relación). Aún sin esta relación, resulta lógico pensar que tal programa de entrenamiento es indispensable para todos los equipos y que su contenido debería estandarizarse de manera paralela con el resto de la capacitación dada por la SSPM. Otra particularidad de tal ONG fue la incursión en la comunidad a través de líderes natos o en formación, situación que también podría influir en el resultado observado.

Sin embargo, se menciona que no se tuvo en cuenta el comportamiento migratorio en un espacio-población caracterizado por un alto flujo de habitantes; a pesar de ello, se considera que esta variable no influyó mayormente en los resultados, pues la encuesta se aplicó sobre el final de la intervención, es decir, en el momento

en que se inició el trabajo de campo aún había presencia de los equipos extramurales en la zona.

Lo que definitivamente introduce un sesgo en la interpretación de resultados, es la dificultad para obtener la misma información en todas las ONG; es probable que las características que se anotan para quienes aportaron información estuviesen también presentes en las ONG que no lo hicieron.

La elevada calificación de los integrantes del equipo se basa en la particularidad de tener miembros de la comunidad como parte de él. Esto equivaldría a la continuidad del concepto de promotores de salud (con menor capacitación) y facilita definitivamente el acceso a zonas de riesgo, produciendo además una mayor aceptación de la estrategia.

Un elemento importante lo constituyen los resultados obtenidos acerca de las actividades desarrolladas; en todos los casos las ONG se inclinaron por el desarrollo de acciones diferentes a las educativas tradicionales. La visita domiciliaria fue la preferida por todos los equipos y la encuesta revela que lo es también por parte de la comunidad; este hecho debería hacer reflexionar sobre la necesidad de protocolizar tal actividad, en la medida en que facilita la interacción del agente de salud y las familias y podría además aprovecharse en la búsqueda y corrección de factores de riesgo domiciliarios.

Situación diferente se observó en los resultados sobre los temas tratados. En este caso hubo concordancia con el grado de contacto obtenido en las diferentes comunas, observando mejor calificación de los temas en los sitios que intervinieron las ONG que lograron mayor contacto. Tal relación podría explicar parcialmente el mayor contacto; sin embargo, el sesgo de información mencionado no permite ir más allá en el análisis.

De cualquier manera es un hecho que la priorización de problemas sanitarios lleva invariablemente a eternizar las áreas temáticas a tratar. Se siguen teniendo los mismos problemas de salud de hace varios años y probablemente se siguen abordando de la misma manera que no ha producido resultados. Esta situación debería traer consigo la reflexión sobre la necesidad de cambiar el enfoque que se viene dando a las actividades preventivas y también los contenidos que se brindan. Probablemente resultaría de mayor conveniencia el trabajo para potencializar los recursos comunitarios y el enfoque de afectar factores de riesgo más que la enfermedad instaurada.

La evaluación de resultados inmediatos de la estrategia no mostró relación alguna con la estrategia de equipos extramurales en general, ni con ninguna de las ONG en particular, hallazgo que probablemente se origina en las limitaciones del diseño del estudio, al no controlar otras variables relacionadas. Sin embargo, el modelo de regresión logística evidenció que la relación con los programas de salud pública y el continuo «bombardeo» de diferentes medios de comunicación, tienen influencia sobre la adquisición de conocimientos básicos en salud. Se comunica que las relaciones encontradas son débiles y no permiten obtener conclusiones definitivas. De otra parte, esta ausencia de relaciones cuestiona de nuevo las metodologías que se vienen usando para la información-educación-comunicación en Colombia y plantea la necesidad de utilizar este tipo de espacios (equipos extramurales) para la búsqueda de nuevas opciones.

En conclusión, el trabajo permite visualizar la necesidad de evaluar en forma sistemática la actividad extramural que de forma desordenada se viene desarrollando desde hace varios

años en el sector salud del país (excepción hecha de las promotoras de salud), lo que serviría a su vez para definir directrices y protocolizarla, siempre en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

La estrategia desde el análisis del proceso arrojó buenos resultados, que parece se relacionan con el grado de experiencia en trabajo comunitario y el grado de gestión administrativa que tienen los organismos intervinientes. La evaluación de resultados amerita otros diseños de investigación, que deberían pensarse desde el momento de planear la estrategia.

SUMMARY

The Program on Primary Care and the Municipal Health Promotion started in Cali in 1996. The basic strategy were the community outside teams work. The Municipal Secretary of Health (MSH) appointed four NGCTs

to work in ten communities belonging to low income strata. Following planning of activities according to MSH. This study evaluates their work using probabilistic samples for each NGO. With sampling size of 320 plus a control group. Data were collected surveying families, NGO and health institutions in each community. Focus groups complementary information. The community outside teams work was an useful tool for promoting health and to prevent disease specially in information, education, communication and orienting users of services.

Key words: Community team work. Health promotion. Primary care. Disease. Prevention.

BIBLIOGRAFÍA

Dever AGE. *Epidemiología y administración de los servicios de salud*. Washington: OPS/ OMS; 1991.
Jauregui C, Suárez P. *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Enfoque*

de salud familiar. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 1998.

Kroeger A, Luna R. *Atención primaria de salud. Principios y métodos*. México: Editorial PAX, 1992.

Labonte R. Community health promotion strategies. *Health Promotion* 1987; 32:5-10.

Nutbean D, Smith C, Murphy S, Catford J. Maintaining evaluation designs in long term community based health promotion programmes: Heartbeat Wales case study. *J Epidemiol Commun Health* 1993; 47: 127-133.

OPS/OMS. *Lincamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales en promoción de la salud*. Washington: Serie Informes Técnicos Nº 3 PÍAS, 1995.

OPS/OMS. *Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe: Planeación local participativa*. Washington: Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud, 1999.

OPS/OMS. *Promoción de la salud. Una antología*. Washington: OPS/OMS, 1997.

Pancer SM, Nelson G. Community-based approaches to health promotion: guidelines for community mobilization. *Internet Quart Commun Health Educ* 1990; 10: 91-111.

SSPM de Cali. *Plan de atención básica para el Municipio de Santiago de Cali*. 1997.