

Sección: Artículos originales**Un programa de atención primaria en salud basado en voluntarias en Cali:
Metas vs. realidades****Robert L. Robertson¹, Bernardo Barona Z.², Víctor Hugo Becerra^{†3}, Donald S. Shepard⁴,
Jaime Becerra⁵, Annette Bongiovanni⁶, Van Essayan⁷****RESUMEN**

Para determinar el grado en el que se lograron satisfacer las metas propuestas con respecto a su estructura y sus actividades, después de varios años de operación, se examinó un programa urbano de atención primaria en salud (APS) en un distrito de muy bajos ingresos en Cali, Colombia, cuyos servicios los prestan trabajadores de salud comunitarios, especialmente a través de visitas domiciliarias. Los elementos estructurales del programa tales como la colaboración entre las organizaciones públicas, privadas, las características de las voluntarias y los incentivos usados para retenerlas en el programa, se calificaron satisfactoriamente porque las metas propuestas se ajustaron a la realidad. Las actividades del programa se evaluaron satisfactoriamente en algunos aspectos y no lo fueron tanto en otros. P.e., los servicios preventivos y educativos que prestaban las voluntarias se ajustaron al diseño y el programa ayudó a promover la equidad social; no obstante, fue muy difícil llegar a los grupos socioeconómicos más bajos. Por otro lado, el sistema de información resultó ser demasiado ambicioso, la supervisión de las voluntarias fue deficiente por el alto número de ellas que se asignó a cada supervisor y la cobertura del programa también fue deficiente. Se hacen algunas recomendaciones para que los programas de atención primaria en Cali y también en otras partes alcancen con más eficacia las metas propuestas.

Palabras claves: Atención primaria en salud (APS). Trabajadores de salud comunitarios (TSC). Evaluación. Metas.

Los expertos en salud pública han reconocido ampliamente el potencial de las acciones que desarrollan los trabajadores de salud comunitarios (TSC), en el suministro de los servicios de atención primaria en salud (APS) para países en vía de desarrollo. Sin embargo, no se han hecho muchos análisis de experiencias concretas en este campo¹.

Este trabajo intenta comparar las metas del programa, según las concibieron sus diseñadores de acuerdo

con las recomendaciones de la literatura, y con la realidad de las operaciones, tal como se llevaban a cabo en el mundo real al comenzar la década de 1990. Para ello se escogieron en conjunto nueve elementos estructurales y las actividades que se mencionaban con frecuencia en la literatura pertinente²⁻⁵ y se examinó qué tanto se obtuvo en cada punto a fin de alcanzar el objetivo propuesto. En otros dos artículos^{6,7} y en un informe no publicado de este estudio⁸, los autores han

discutido los costos del programa y su impacto en los conocimientos, las conductas y el gasto en salud.

METAS DEL PROGRAMA

Desde la década de 1950, se han hecho en Cali y en el Valle, grandes innovaciones en el campo de la salud comunitaria⁹. Un experimento de la década de 1970, "PRIMOPS," promovió en el sistema público de salud de Cali la participación de personal remunerado con el nombre de promotoras de salud. Para 1980 las limitaciones financieras llevaron a restricciones considerables en la ampliación del programa de promotoras^{10,11}. De ahí surgió la necesidad de desarrollar un programa más viable de aten-

1. Profesor, Departamento de Economía, Mount Holyoke College, USA.
2. Profesor Titular, Facultad de Ciencias de la Administración, Universidad del Valle, Cali. e-mail bbarona@fayol.univalle.edu.co
3. Profesor Asistente, Facultad de Ciencias de la Administración, Universidad del Valle, Cali.
4. Research Professor, Institute for Health Policy, Heller Graduate School, Brandeis University, USA.
5. Médico, Fundación CIMDER, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
6. Maluku, Indonesia.
7. Estudiante doctoral, Brandeis University, USA.

ción primaria.

Desde 1987, el gobierno de Cali ha colaborado con organizaciones privadas como la Fundación Carvajal y la Fundación para la Educación Superior (FES), la Universidad del Valle y otras organizaciones de la comunidad en la creación de un programa de salud pública con base en voluntarios, con el fin de servir en el Distrito de Aguablanca, área urbana marginal de ingresos económicos muy bajos.

Se quería que la experiencia obtenida en el programa sirviera de lección para planificadores y administradores de proyectos de APS en otros lugares del mundo, quienes a través de esta experiencia tendrían herramientas para evaluar si las metas fijadas en lo relacionado con estructuras y actividades se cumplían o no.

METAS

Metas estructurales

Colaboración entre entidades públicas y privadas. La primera meta del programa consistía en obtener la colaboración requerida entre las organizaciones públicas y privadas, en el diseño y en la operación del programa de APS de Aguablanca. Quienes lo planificaron intentaron siempre integrarlo con el sistema regular de salud pública de Cali¹¹. Este tipo de colaboración entre partes se ve como un elemento estructural positivo en Colombia y en otras partes del mundo^{2,12,13}.

Perfil de las voluntarias. La voluntaria del programa de Cali debería ser: «mujer de más de 18 años de edad y preferiblemente ama de casa; (tener) un mínimo de cuatro años de educación primaria, interés en actividades comunitarias, y disponibilidad de tiempo para trabajar... por un período extendido.»¹¹ «A las mujeres escogidas se les darían 100 horas de

adiestramiento a lo largo de 6 semanas.»¹¹

Incentivos para las voluntarias. Las voluntarias deberían recibir alguna clase de incentivos por su trabajo. El programa no pagaría salarios, pero ofrecería varios beneficios para motivar su participación y mejor desempeño, dentro de los cuales se incluirían bonificaciones al final del año a manera de honorarios, descuentos en atención médica familiar, uniformes, y ciertos premios en efectivo. Como en cualquier lugar en el mundo en vías de desarrollo, las voluntarias podrían promover sus respectivos futuros económicos preparándose para subsecuentes empleos remunerados mientras sirven a sus comunidades^{2,14,15}.

Preocupación con los empleos remunerados. Estos empleos de las voluntarias hicieron surgir la preocupación de que tales trabajos les restarían su capacidad de poner el esfuerzo requerido para atender adecuadamente al programa. Algo que se debería evitar.

Metas de procesos o actividades

Naturaleza de los servicios prestados por la voluntaria. En este punto la meta debería ser consistente con la razón de ser común a los TSC, es decir, proveer educación y prevención en salud y remitir a niveles más altos de atención si fuese necesario. En general, se espera que su trabajo se concentre en hogares con mujeres embarazadas o niños menores de cinco años².

Algunos observadores anotaron con preocupación que «muchos programas han mostrado una fuerte tendencia a enfatizar, en la práctica, la atención curativa.»³ Otros evaluadores también ven un dilema en el hecho que la credibilidad de las TSCs con las familias podría ser más alta si tuvieran habilidades curativas^{5,14}. Este pun-

to lo analizaron Tendler y Freedhaim¹⁵.

El programa APS de Cali asignó las siguientes tareas a las voluntarias: «educación en salud; monitoreo de crecimiento infantil y asesoría y vigilancia de nutrición; descubrir problemas ambientales y de salud; remisiones a centros o puestos de salud; liderazgo comunitario; y recolección de datos demográficos básicos.» La atención curativa se debía omitir, excepto en el caso de «primeros auxilios elementales para quemaduras y cortaduras menores.»¹¹

Promoción de la equidad social.

Una meta básica de los programas APS urbanos en general, consiste en que las familias más necesitadas (en términos del estatus socioeconómico) deberían estar cubiertas por servicios efectivos con el fin de promover la equidad social.

Es evidente que un programa como el de Cali, enfocado hacia una población de bajos ingresos en un distrito deprimido^{10,16}, tiene como objetivo promover la equidad social, lo que es consistente con otros esfuerzos de los funcionarios de salud pública de Cali y de las ONGs, como la Fundación Carvajal y FES, cuyos pronunciamientos de políticas incluyen el objetivo de contribuir al progreso de las clases sociales menos favorecidas, a través del mejoramiento de su salud^{17,18}.

Crear y mantener sistemas de información completos. Idealmente, estos sistemas deberían ser diseñados para alcanzar tres funciones identificadas por Frankel:

1. Proveer un registro de atención de pacientes.
2. Suministrar datos de patrones de enfermedad y desempeño de programas.
3. Guiar las prácticas de los trabajadores de salud¹.

Los planificadores y sus asocia-

dos del programa en Cali, claramente diseñaron un sistema de información para voluntarias que debería haber ayudado a realizar la primera de las funciones mencionadas^{11,19}. Las expectativas originales de los diseñadores del sistema de información del programa de Cali^{10,11} fueron ambiciosas en muchos aspectos; aun incluían algo poco común como obtener de los registros de las voluntarias razones de morbilidad y mortalidad (la segunda función).

Supervisión adecuada. La supervisión es una actividad importante en cualquier sistema de salud, vital para la calidad de la atención^{1-3,5,14,15}. El programa APS de Cali designó personal de salud para servir como "monitores;" a cada uno de ellos se le asignaron varias voluntarias de una unidad de salud (puesto o centro) a quienes debería supervisar¹¹. Por la labor de monitoreo no se incluiría ningún pago adicional. Las obligaciones de los monitores establecidas cuando se diseñó el programa incluían la educación permanente de las voluntarias¹¹. También se esperaba que los monitores resumieran los informes que regularmente les entregaban las voluntarias.

Volumen de servicios provistos por las voluntarias. Una actividad final que se estudió en este examen del programa APS, fue el volumen de servicios provistos por las voluntarias -expresado en términos del número de hogares servidos, visitas domiciliarias hechas y número de horas trabajadas por semana. Las metas que fijaron los diseñadores del programa no se establecieron uniformemente, pero se aproximan a cuatro o seis visitas por año con una asignación de 100 familias por voluntaria. Una fuente también menciona una meta de 10 ó más horas de trabajo semanal por voluntaria; de ellas, cua-

tro se deberían gastar en las unidades de salud¹¹.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para este estudio se escogieron siete unidades de salud, cada una de ellas empleaba voluntarias para atender un barrio de Aguablanca. De estas unidades tres eran operadas por el sistema de salud pública de Cali. Las otras cuatro, aunque bajo la jurisdicción general del gobierno municipal, las administraban y recibían ayuda financiera de tres fundaciones (ONGs). Todas las siete unidades de salud de la muestra se estratificaron de acuerdo con el estatus socioeconómico (ESE) de la población del barrio atendido por cada una: ESE 1, nivel más bajo; ESE 2, siguiente más bajo. Los autores no son conscientes de cambios ocurridos en el programa desde principios de la década de 1990.

A finales de 1991, de las 112 voluntarias que trabajaban en los barrios seleccionados, se escogieron 55 para ser entrevistadas por estudiantes de Sociología de la Universidad del Valle; en promedio llevaban tres años en el programa. El cuestionario que se utilizó contenía principalmente preguntas cerradas.

El número de voluntarias seleccionadas por cada unidad de salud fue proporcional al número total de voluntarias de esos barrios. Las entrevistas suministraron información acerca de las características, incentivos y empleos por fuera del programa (elementos estructurales), como también sobre la naturaleza de los servicios, el sistema de información, supervisión y volumen del servicio. De un total de 23 monitores (supervisores) que prestaban sus servicios en las unidades de las voluntarias de la muestra, se seleccionaron aleatoriamente 11: seis auxiliares de enferme-

ría, dos promotores, dos educadores de salud y una enfermera. Las entrevistas de los monitores fueron hechas (también a finales de 1991) por médicos quienes en ese momento cursaban un programa de postgrado de salud pública. Estas entrevistas, que también contenían muy pocas preguntas abiertas, brindaron mayor información acerca del sistema de información y supervisión.

A comienzos de 1992, para generar datos adicionales más específicos sobre los sistemas de información y la equidad de la cobertura, se revisaron 800 tarjetas familiares seleccionadas aleatoriamente de los archivos de 55 voluntarias entrevistadas.

La revisión de las tarjetas familiares permitió identificar diferencias entre los dos grupos socioeconómicos más bajos, de varias medidas "trazadoras" de actividades, cuya realización tenía implicaciones en la equidad del programa. Tal revisión permitió también que se pudieran hacer comparaciones de los efectos que tenía el trabajo de las voluntarias sobre sus respectivas unidades de salud.

Las otras fuentes de información empleadas fueron una serie de reuniones de grupos focales de administradores, proveedores de servicios y la comunidad, y, dos conferencias. Éstas ofrecieron información adicional y opiniones acerca de varios elementos del programa, incluyendo el sistema de información, supervisión para las voluntarias y volumen de los servicios.

Las voluntarias de las unidades de salud escogidas como muestra para este estudio cubrían entre 40,000 y 45,000 personas de las aproximadamente 115,000 que vivían en los barrios donde estaban localizadas estas unidades. Todo el Distrito de Aguablanca tenía en el momento del

estudio una población entre 250,000 y 300,000 habitantes^{10,11,16}.

RESULTADOS

Meta 1. Colaboración entre organizaciones públicas y privadas. Desde la etapa de planeación del programa de APS ha existido una cooperación estrecha, que incluía colaboración formal entre importantes organizaciones privadas y públicas de Cali. A lo largo del tiempo han facilitado esta colaboración intercambios de personal entre agencias de la ciudad, organizaciones no gubernamentales (ONGs), y la Universidad del Valle. Esta cooperación, que es poco usual, se ha puesto en práctica a través del “Comité Intersectorial para Atención Primaria en Salud en Cali,” integrado por cerca de 15 entidades públicas y ONGs privadas. Se planea continuar la vigilancia del programa APS a través de reuniones periódicas¹⁰. La colaboración entre las instituciones del comité intersectorial se amplía en la práctica por los patrones de empleo y financiamiento del programa. Algunas voluntarias en Aguablanca trabajaban con el servicio municipal, mientras que otras lo hacían con las fundaciones en ciertas unidades de salud. Tanto las entidades pública como las fundaciones (todas con recursos colombianos) apoyaron financieramente el programa y los servicios relacionados con los puestos y centros de salud. Independientemente de sus fuentes principales de apoyo, las voluntarias a través de sus trabajos de tiempo parcial en puestos y centros, se integraban con los empleados regulares del gobierno para conformar los equipos de salud pública¹¹.

La naturaleza y el impacto de los servicios no pareció variar significativamente entre las unidades con soporte administrativo y financiero de

las ONGs y las controladas por el gobierno.

Meta 2. Características de las voluntarias. Las características de las voluntarias, edad y educación, y también su residencia en Aguablanca, parecen concordar con lo que especificaron los diseñadores del programa.

Meta 3. Incentivos para las voluntarias. A las 55 voluntarias entrevistadas se les preguntó si habían o no recibido las recompensas o incentivos que mencionaron los planificadores, y qué tan importante consideraban ellas que eran cada uno de esos incentivos. La importancia de cada incentivo la sugirió también el recuerdo espontáneo de las voluntarias, sin necesidad de que hubiera sido mencionado por el entrevistador. Los resultados de estas respuestas se pueden ver en el Cuadro 1. Adicionalmente se notó mejoría en la autoestima de las voluntarias en algunas de sus respuestas no incluidas en el Cuadro. P.e., 84% de las voluntarias informaron que su trabajo era una parte muy importante del uso de su tiempo; 16%

dijeron que era una parte importante, y casi todas le habían recomendado el trabajo a otras; sólo una quinta parte admitió haber pensado en abandonarlo (debido a problemas económicos o falta de tiempo). Otro incentivo intangible se muestra en el Cuadro 1: más de 40% de ellas consideraron que era muy importante mejorar la posibilidad de obtener trabajo remunerado en el futuro.

Meta 4. Empleos simultáneos pagados por fuera del Programa. Se hizo una pregunta relacionada con el riesgo de distraer a las voluntarias de sus tareas del programa de APS debido a su aceptación de empleos pagados por fuera de él. Tal trabajo fue apreciable: 30 de las 55 entrevistadas tenían empleos remunerados por fuera del programa a los que dedicaban entre 3 y 65 horas por semana, con una mediana alta de 35 (más de 70% de una semana completa normal de trabajo). Una quinta parte de las voluntarias eran autoempleadas, pero típicamente por un tiempo más limitado (8 horas por semana). La mediana

Cuadro 1
Incentivos para Voluntarias en el Programa de APS en Cali:
Naturaleza y Respuestas a Incentivos

Incentivo	No. de Respuestas (n=55)		
	Recibieron incentivo	Recordaron espontáneamente	% que lo consideró muy importante
Adiestramiento general	50	16	73
Utilidad para la comunidad	53	9	69
Descuentos por atención médica	46	12	67
Zapatos y uniformes	54	11	66
Descuentos en exámenes de laboratorio	22	5	56
Descuentos por atención dental	5	2	56
Reuniones formales	52	23	47
Bonificaciones al final del año	52	39	47
Posibilidad de trabajo remunerado	12	1	42
Participación en venta de medicinas	7	1	36
Bonificaciones durante el año	15	11	36
Uso de máquinas de coser y descuentos en materiales	9	1	27
Rifas	28	1	16

Fuente: Respuestas en entrevistas hechas a una muestra de 55 voluntarias

mensual de compensación de voluntarias por empleos fuera del programa se aproximó a la mitad del salario mínimo, una cantidad no despreciable. La relación entre el tiempo gastado en empleos fuera del programa y el tiempo invertido en el programa y su cobertura en términos de familias se sometió a prueba con los resultados de las entrevistas de las voluntarias; estos resultados (que no se presentan aquí) muestran una correlación muy baja entre las cantidades de tiempo trabajado por voluntarias específicas, fuera y dentro del programa.

Meta 5. Naturaleza de los servicios de las voluntarias. Los diseñadores del programa fueron claros en sus metas con respecto a los tipos de servicios que las voluntarias deberían o no proveer. En consistencia con este diseño, las voluntarias enfatizaron la prevención. Las entrevistas a 55 voluntarias, la revisión de los registros de 800 familias atendidas por ellas, y las opiniones en grupos focales, presentaron pruebas semejantes con respecto a sus servicios, incluyendo control de estatus nutricional, promoción de lactancia materna y registro de prácticas de planificación familiar. No se demostró alta provisión de servicios curati-

vos.

Meta 6. Equidad de la cobertura.

Un estudio donde se revisan algunos programas de TSCs alaba los programas de pequeña escala por «los aumentos dramáticos en el uso, la cobertura, y la equidad de servicios preventivos y curativos» y ve alguna confirmación de estas ganancias en programas más grandes³. Los hallazgos de otros investigadores en relación con la equidad también han sido en general alentadores². El programa APS con voluntarias construye a partir del sistema regular de salud pública y de los programas especiales que han proporcionado servicios al distrito a través de los años^{10,11,20,21}, caminos adicionales de mejoría en la atención de salud a personas en Aguablanca, un distrito que en su totalidad está habitado por personas que son mucho más pobres que el habitante promedio de Cali; de esta forma, el programa promueve la equidad. Los resultados del análisis de las tarjetas familiares en el Cuadro 2, muestran que el nivel socioeconómico más bajo tenía una cobertura de inmunización (para DPT y niños completamente inmunizados) significativamente más pobre, y menos proporción de mujeres que practicaban la planificación familiar; el

indicador de resultado de niños con un estatus nutricional bueno también mostró una desventaja significativa para el grupo más bajo. Los dos grupos de ESE no difirieron apreciablemente en términos de la proporción de niños menores de un año que habían tenido lactancia materna; sin embargo, el tamaño total de la muestra de 62 niños menores de un año fue muy pequeño para que estos resultados se puedan tomar como concluyentes.

Meta 7. Sistema de información.

Sólo 4% de las voluntarias entrevistadas dijeron que habían encontrado dificultad para llenar la tarjeta familiar, y todas afirmaron que era fácil completar los formatos de referencia; 80% de ellas no tuvieron sugerencias para cambiar los formatos usados. Sin embargo, algunas de sus propias respuestas durante las entrevistas indicaron vacíos en la aplicación del sistema para cumplir la primera función. Estos problemas incluyeron la incorrecta interpretación, por cerca de 40% de voluntarias, en el código del color que señala el grado de un problema de salud en la tarjeta familiar, y el que más de las tres cuartas partes de ellas no hubieran podido completar los resúmenes periódicos de las tarjetas que se examinaron. Además, la revisión de sus registros reveló algunas limitaciones serias en el llenado completo de las tarjetas, sobre todo un aparente subregistro de embarazos y una virtual ausencia de entradas para las graves complicaciones potenciales de la enfermedad diarreica y las infecciones respiratorias agudas. A pesar de la deficiencia de los registros de diarrea, casi todas (85%) las voluntarias entrevistadas fueron capaces de explicar el procedimiento sobre la preparación de los líquidos orales de rehidratación esta evidencia es consistente con la obte-

Cuadro 2
Prácticas en Salud y Efectos Resultantes de un Programa APS Basado en Voluntarias en Cali, Por Nivel Socioeconómico y por Niveles Combinados

Efecto	ESE 1 (nivel bajo)	ESE 2 (siguiente más bajo)	Dos niveles combinados
Cobertura DPT, < 5 años (3 dosis)	32%	65%	53%
	(p<.001)		(n=535)
Cobertura FIC < 5 años	26%	59%	47%
	(p<.001)		(n=535)
Lactancia materna, < 1 año	65%	67%	66%
	(n.s.)		(n=62)
Mujeres 15-49 Practican PF	37%	50%	45%
	(p<.001)		(n=1,238)
Estatus nutricional bueno, < 5 años	46%	68%	60%
	(p<.001)	(n=535)	

Fuente: Muestra de 800 tarjetas familiares mantenidas por las voluntarias.

nida en la encuesta de hogares en la que entre dos terceras y tres cuartas partes de las familias atendidas por voluntarias tenían conocimientos de este tema⁷. Los comentarios en grupos focales y en una conferencia reforzaron las interpretaciones obtenidas en las entrevistas con monitores, que los resúmenes de las experiencias de las voluntarias, no fueron a menudo diligenciados de manera completa.

Meta 8. Supervisión. Las respuestas a las entrevistas y los comentarios obtenidos en grupos focales y en una conferencia en Cali sugieren que existieron problemas en el trabajo de los monitores. La proporción de voluntarias por monitores varió considerablemente entre las unidades de salud. Menos de la mitad de los supervisores declararon haber sido instruidos sobre las características del programa APS en Aguablanca, su sistema de información, o sus funciones como monitores. Trabajaron en sus tareas de una a ocho horas cada semana, con una mediana por debajo de tres horas. Esas horas fueron incluidas en el pago del trabajo semanal de los monitores de 40 horas. A ninguno se le liberó de otras obligaciones ni recibió pago adicional por el trabajo de monitoreo.

Meta 9. Volumen del servicio. Las entrevistas a voluntarias revelaron los siguientes volúmenes de servicios provistos por ellas. El promedio (mediana) de horas trabajadas por semana fue 7.3; aproximadamente cuatro de estas horas se gastaron en los hogares, y dos en los puestos o centros asignados. El rango de familias atendidas por voluntaria fue amplio (de 30 a 200) y la mediana fue 76. Una encuesta de hogares reveló que el promedio aritmético de hogares visitados por voluntaria fue cerca de 2.5 por año, mientras que aproximadamente 1.5 fue el promedio aritmético

en el área de servicios que recibía algún tipo de visita⁷.

DISCUSIÓN

Como se muestra en el Cuadro 3, se alcanzaron satisfactoriamente las metas propuestas para los cuatro elementos estructurales del programa. En una escala de alcance de la meta que va de "satisfactoria" a "marginal" y "deficiente," todas pueden recibir la nota más alta. De otra parte, sólo una de las actividades, la naturaleza de los servicios provistos por las voluntarias, parece merecer una nota o escalafón de "satisfactorio." Dos actividades -equidad en la cobertura de la población, y el sistema de información- sólo alcanzaron un logro de las metas "marginal;" las otras dos actividades (supervisión y el volumen de servicios prestados por las voluntarias) mostraron un puntaje "deficiente."

La cooperación tradicional en Cali entre las organizaciones que tienen que ver con la prestación de los servicios de salud ha sido continua y aún se ha expandido en el programa para residentes en Aguablanca. La colaboración formal entre la agencia de salud pública municipal, la universidad departamental, y varias fundaciones sugiere que es posible crear y financiar la organización de un sistema de salud que le dé satisfacción a las necesidades de salud en otras partes del mundo en desarrollo.

De acuerdo con lo descrito en la literatura sobre APS, las metas de quienes diseñaron el programa, sobre las características de las voluntarias se alcanzaron bien en la práctica.

Como se muestra en el Cuadro 1, varios incentivos tangibles e intangibles parecen ser importantes para las voluntarias, incluyendo oportunidades de adiestramiento y senti-

mientos de ser útiles a la comunidad. En la práctica se podrían continuar una combinación satisfactoria de éstas y otras recompensas altamente apreciadas -sobre todo uniformes, descuentos en atención médica y bonificaciones al final del año- sin hacer aún énfasis en compensaciones monetarias para las voluntarias. De la misma forma se podría promover en Cali, como también en cualquier otro sitio, el reconocimiento por parte de la comunidad, del trabajo de las voluntarias²².

No es sorprendente que muchas voluntarias trabajaron remuneradamente fuera del programa, pero esto hace surgir dudas del impacto del trabajo externo en el desempeño del programa. En una discusión de grupos focales, se presentaron dos hipótesis opuestas:

1. Que el trabajo externo, adiciona a la motivación y experiencia de las voluntarias, y mejora la calidad (y tal vez la cantidad) del trabajo de APS.
2. Que tal trabajo desvía la atención de las voluntarias y reduce el tiempo y calidad del trabajo de APS (especialmente para las visitas a los hogares). Después de todo, los resultados de esta evaluación no revelaron problemas serios para el programa, en términos de horas trabajadas en él. El logro de la meta de evitar desviar los esfuerzos de las voluntarias del programa APS fue satisfactorio, pero los administradores y supervisores deberían permanecer en guardia para evitar problemas futuros.

Es claro que la colaboración entre organizaciones de los sectores público y privado de Cali y la estructura y fortaleza de su sistema de salud pública han tenido efectos positivos sobre la naturaleza del trabajo de las voluntarias para que éste se oriente a la

Cuadro 3
Metas vs. Realidad" Elementos Estructurales y Actividades
de un Programa de APS en Cali

Elemento estructural o actividad	Meta	Realidad	Logro de la meta en la realidad
Estructura: Colaboración en el programa de organizaciones públicas y privadas.	Es deseable la estrecha colaboración (aún la formal) entre organizaciones públicas y privadas.	Hubo una colaboración formal estrecha entre las agencias de salud pública de Cali, la universidad del departamento y las fundaciones.	Satisfactoria
Características de las voluntarias	Las voluntarias deberían ser mujeres >18 años de edad, tener al menos 4 años de educación y estar disponibles para trabajo comunitario.	La realidad en el programa de Cali estuvo de acuerdo con su diseño (metas).	Satisfactoria
Incentivos para las voluntarias	Las voluntarias deberían recibir incentivos por trabajar en el programa de salud, pero la compensación monetaria no debería ser el principal incentivo.	El entrenamiento general recibido, el sentido de ser útiles a la comunidad, los descuentos en atención en salud, y uniformes recibidos fueron los incentivos más importantes para las voluntarias; también fueron importantes la experiencia en las reuniones y la posibilidad de futuros trabajos remunerados (Cuadro 1).	Satisfactoria
Trabajo simultáneo de las voluntarias en empleos por fuera del programa	Se debe poner atención para que los empleos remunerados de las voluntarias por fuera del programa no desvíen sus esfuerzos de los requeridos en el programa.	Aunque las voluntarias trabajaron por fuera un tiempo apreciable, esto no parece haberlas desviado de su trabajo en el programa (hubo una correlación muy baja entre la cantidad de tiempo gastado por una voluntaria en el trabajo fuera y la cantidad de tiempo dedicado al programa).	Satisfactoria
Actividades: Naturaleza de los servicios	El énfasis debería ponerse en las voluntarias para proveer servicios preventivos de educación a pacientes, pero no para proveer servicios terapéuticos o inmunizaciones.	La realidad en Cali, ampliamente cumplió con las metas de los diseñadores; como fue anticipado por ellos, se evitó proveer terapia e inmunizaciones.	Satisfactoria
Equidad de la cobertura	Las familias más necesitadas en términos de status socioeconómicos deberían ser cubiertas por servicios efectivos encaminadas a promover equidad social.	El programa de Cali opera en un distrito en el cual la mayoría de su población es necesitada (comprendiendo los dos grupos socioeconómicos más bajos); sin embargo, prácticas y efectos seleccionados indicaron resultados significativamente mejores para el grupo de status socioeconómicos más altos.	Marginal
Sistema de información	Criterios en la literatura para sistemas de información y el diseño de Cali requieren que los registros ambiciosos sean mantenidos y resumidos regularmente por las voluntarias como también revisados por los monitores.	Las voluntarias mantuvieron los registros de todas las familias que se les asignaron, pero estos fueron incompletos en relación con ciertos servicios básicos o tipos de información, y los resúmenes a menudo no los completaron las voluntarias o no los revisaron los monitores que las supervisaban.	Marginal
Supervisión	Se espera de los monitores una supervisión regular estrecha para las voluntarias: A cada uno de ellos se les asignan varias voluntarias para supervisarlas sin que esto represente un pago adicional.	Existió supervisión para todas las voluntarias; sin embargo, a algunos monitores se les asignó un gran número de ellas. Sólo la mitad evaluó sus voluntarias formalmente, y unos pocos menos de la mitad, fueron entrenados.	Deficiente
Volumen de servicios	La meta de los diseñadores era de 200 familias atendidas; sin embargo, 100 ó un poco menos era considerado aceptable. Se estableció de 4 a 6 el número de visitas anuales que debía realizar la voluntaria a cada familia.	El volumen de servicio fue menor que el esperado, con una media de familias atendidas por voluntaria de 76, con un promedio de visitas a las familias asignadas de 1.5; semanalmente se trabajaron unas pocas horas menos que las esperadas (los autores estiman que una meta más real que podría establecerse, sin cambios en las tareas o en el número de horas trabajadas por las voluntarias, sería la visita de 100 familias 3 veces al año ó 75 familias 4 veces al año).	Deficiente

prevención^{11,13,23}. Las voluntarias pueden ser adiestradas y dirigidas a proveer las clases de servicios preventivos y de educación para los que se diseñó su programa, y resistir la tentación de enfatizar en atención curativa, dejando esto para otros proveedores en un sistema de salud pública eficiente.

La equidad social aumenta con claridad cuando los planificadores y administradores dirigen los recursos de APS hacia distritos urbanos pobres. Una lección de Cali para otros es que en esta área, los residentes más pobres son los más difíciles de alcanzar, aun por trabajadores voluntarios extraídos de la misma comunidad. Por esa razón, el logro de la meta de equidad del programa fue mixta (marginal). Es necesario reconocer que hay barreras culturales y otras para servir a los muy pobres para que se pueden atacar de tal manera que los beneficios de atención primaria lleven a una mejor salud para todos los ciudadanos.

El programa de APS de Cali tiene un sistema de información completo, pero sus aplicaciones en la práctica mostraron limitaciones. Algunos vacíos encontrados en los registros de las voluntarias indican que hay limitaciones en el registro de atención de pacientes, la primera función especificada por Frankel¹, aunque las voluntarias no estaban insatisfechas con los formatos que debían llenar. Los informes sobre la identificación de patrones de enfermedad (la segunda función, acogida por los funcionarios del programa de Cali) fueron muy restringidos; se cree que es poco probable que este propósito se logre en cualquier parte. Resúmenes de desempeño como guías para las prácticas del trabajador de salud (la tercera) fueron escasos²⁴. Los administradores de los programas urbanos de

APS deberían verificar cuáles son las demandas sobre voluntarias y otros TSCs, para registrar y resumir la información, de manera que los datos se mantengan en forma simple, y eviten cargas superiores a las fuerzas de los TSCs y sus supervisores.

Este estudio reveló que el programa APS en Aguablanca compartió con muchos otros el problema de no poder alcanzar una adecuada y continua supervisión de los TSCs. El programa tenía una oportunidad potencial para supervisión que a menudo es omitida: la interacción de monitores con voluntarias mientras que estas últimas trabajan en puestos y centros¹. El empleo como monitores de personal no-médico fue otra ventaja, pues redujo la "distancia social" entre supervisores y voluntarias. Sin embargo, únicamente la mitad de los monitores mantuvo alguna clase de evaluación formal de las voluntarias, y algunas de las evaluaciones se realizaron una vez por año. Esta situación se explica parcialmente debido a que ciertos monitores tenían demasiadas voluntarias para supervisar y a que su adiestramiento tenía limitaciones.

Los trabajadores de salud no-médicos son capaces de supervisar a las voluntarias, pero necesitan a su vez ser supervisados más estrechamente, y se les debería recompensar por los desempeños que ayuden a alcanzar las metas del programa. Hay que admitir que la reducción de sus cargos de trabajo en otras áreas, o el aumento de su compensación como mecanismo de motivación, podría encontrar barreras financieras, especialmente en algunas ciudades donde los recursos son muy limitados.

El estudio reveló limitaciones en el volumen de servicios provisto por las voluntarias, sobre todo en el número de visitas domiciliarias y familias cu-

biertas -lo que produjo una calificación o escalafón de "deficiente" en el logro de las metas. El número de horas trabajadas a la semana por las voluntarias en los puestos y centros de salud también cayó por debajo de la meta, pero podría aún haber sido adecuado para las actividades en esas unidades. El número limitado de horas que se asignaron para visitas en los hogares y el número reducido de éstas, claramente refleja que hubo un desempeño inadecuado. Los autores estiman que, sin cambios en las tareas, una voluntaria promedio podría visitar 100 familias tres veces al año ó 75 familias cuatro veces al año; estas cifras representan metas realistas que los administradores podrían establecer.

Aunque las voluntarias escalafonaron los incentivos existentes como "satisfactorios," es posible que se pudieran introducir algunos incentivos adicionales con base en el desempeño (p.e., el número de visitas domiciliarias por año). Otra sugerencia sería redefinir las tareas del personal del programa APS. P.e., las restricciones de fondos podrían conducir a experimentar modos alternativos de prestación de servicios, como visitas por voluntaria a un grupo de familias reunidas, o educación de salud mediante medios masivos de comunicación.

En resumen, el análisis del programa de APS en el Distrito de Aguablanca en Cali encontró que existe un sistema bien planeado que alcanzó sus metas estructurales y proporcionó servicios apropiados. Al mismo tiempo, algunas actividades encontraron limitaciones en la práctica; por tanto no siempre se alcanzaron tales metas ambiciosas. Los autores presentan ideas para mejorar este programa a fin de ayudar a personas pobres, y esperan que sus recomendaciones sean de

utilidad también a los planificadores y administradores a través del mundo.

RECONOCIMIENTOS

Los autores desean agradecer a cada una de las personas que ayudaron a ejecutar la evaluación del proyecto en el que se basa este artículo. A muchas se les nombra en el informe final de evaluación (Referencia 8). La lista de quienes fueron cruciales para los procedimientos y resultados de la evaluación incluye a los doctores Luis Fernando Cruz de la Fundación Carvajal, Rodrigo Guerrero, entonces alcalde de Cali, así como a Oscar Rojas y Gabriel Carrasquilla de la Fundación FES. Valiosos comentarios a los borradores del informe en el que se basa este artículo se recibieron en un seminario en Ottawa, Canadá, en conferencias en Cali, Colombia y en la ciudad de Nueva York. Contribuciones especiales se recibieron de William Sánchez, Ligia Malagón de Salazar, Esmeralda Burbano y Marleny Muñoz del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo (CIMDER). Un borrador del artículo fue revisado por el doctor Germán Creamer y el doctor Jairo Osorno colaboró de manera importante en su edición final. Helen Canney y Dawn Larder dieron el apoyo administrativo requerido. Para la evaluación se recibió ayuda financiera de la Fundación Rockefeller a través de donaciones a la Fundación Carvajal (e indirectamente a instituciones en los Estados Unidos). Por supuesto, la Fundación y las otras entidades aquí reconocidas no tienen responsabilidad por este artículo, que se debe en su totalidad a los autores.

OBITUARIO

Durante el desarrollo del proyecto

de evaluación sobre el que se basa esta comunicación, murió el economista Víctor Hugo Becerra Valencia. Fue un colega responsable y diestro, que participó activamente en el trabajo. Sus coautores siempre recordarán con gratitud sus contribuciones, calor humano y amistad.

SUMMARY

An urban primary health care (PHC) program that relies on volunteer community health workers (CHWs) for delivery of services, especially through home visits, in a very low income district of Cali, Colombia, was examined after several years of operation to test the degree of achievement of important goals for its structure and activities (process). Methods of study included interviews with samples of volunteers and their supervisors, review of those volunteers' records, discussions in focus groups and conferences, and reading of reports on the program. Some of the goals of the program's designers, often based on aims for use of CHWs found in the literature of primary health care, were well achieved in reality while the application of others was only partly successful or even deficient. Important structural elements of the program collaboration between public and private organizations, characteristics of volunteers, incentives for volunteers, and avoidance of diversion of volunteers' efforts by their paid employment outside of the program, showed a satisfactory match between the goals for them and reality. For example, there was a close formal collaboration among the Cali public health agency, the departmental university and several private foundations. Over half of the volunteers had outside employment, but there was no

evidence to show that it interfered with their efforts in the health program. Activities had a mixed record. The services provided by volunteers matched well the designers' emphases on preventive and educational services. Targeting the population of a low income district helped to promote social equity, but the lowest socioeconomic group there proved significantly more difficult than the next-to-lowest to serve effectively. Examination of the information system revealed some useful records, but its deficiencies indicated an overly-ambitious scheme. Supervision had deficiencies, probably due to the large number of volunteers assigned to some supervisors, who did not receive any additional compensation for that work. Volume of service -families covered, home visits achieved, and hours worked by volunteers- also had deficiencies. In discussing the results of the study the authors offer some recommendations for improving the achievement of the goals established for the Cali program, which could be relevant also to health programs elsewhere in the world.

REFERENCIAS

1. Frankel S. Overview. In Frankel S (ed.). *The community health work: effective programs for developing countries*. Oxford; Oxford University Press, 1992. Pp.1-61.
2. Walt G. Chws: Are national programmes in crisis? *Health Policy Plann* 1988; 3: 1-21.
3. Berman PA, Gwatkin DR, Burger SE. Community-based health workers: Head start or false start towards health for all? *Soc Sci Med* 1987; 25: 443-59.
4. Schrettenbrunner A, Harpham T. A different approach to evaluating phc projects in developing countries: How acceptable is it to aid agencies? *Health Policy Plann* 1993; 8: 128-35.
5. Gilson LG, Heggenhausen WK. National community health worker programs: How can they be strengthened? *J Public Health Policy* 1989; 528-32.
6. Barona B, Becerra VH, Robertson RL,

- Shepard DS. Costos de un programa de atención primaria de salud basado en voluntarias. *Colombia Med* 1997; 28: 85-91.
7. Shepard DS, Becerra J, Sánchez W, et al. Volunteer community health workers in Cali, Colombia: Impact on knowledge, behavior, and health expenditures. 1997.
 8. Cali Health Volunteer Evaluation Team. *Evaluation of a volunteer-based primary health care program to serve the urban poor in Cali, Colombia: Final report*. Waltham; Brandeis University, Heller School, Institute of Health Policy, October 1994.
 9. Aguirre A. Community Medicine at the University of Valle. In Latham W, Newbery A (eds.) *Community medicine: Teaching research and health care*. New York; Appleton-Century-Crofts, 1970. Pp. 51-61.
 10. Guerrero R, Cruz LF, Carrasquilla G. Primary health care as part of socioeconomic development. In Arias J (ed.). *Primary health care in large cities*, 1990. Pp. 127-42.
 11. Guerrero R, Cruz LF, Carrasquilla G, Saravia J. Patchwork in Urban Health Care: Cali. In *Patchwork in urban health care*. Lansing E. Michigan; Michigan State University, Papers from the Kellogg International Fellowship Program in Health, May 1990.
 12. Caicedo IE, Carrasquilla MC. *Estrategia de atención primaria en salud zonas urbanas marginadas de Colombia*. Cali; Fundación FES. (n.d.).
 13. World Health Organization. *The role of health centres in the development of urban health systems*. Report of a WHO Study Group On Primary Health Care In Urban Areas. Geneva; WHO, Technical Report Series N° 827, 1992.
 14. Fundación Carvajal. *Informe anual 1989*. Cali: Fundación Carvajal, 1989).
 15. Harpham TP, Vaughan N, Rifkin S. *Health and the urban poor in developing countries*. London; London School of Hygiene and Tropical Medicine, Evaluation and Planning Centre for Health Care. EPC Publication N° 5, 1985.
 16. Pan American Health Organization. *Local health systems in the Americas: An ongoing social strategy*. Washington; PAHO, Communicating for Health Series N° 4, 1993.
 17. Walt G, Perera M, Heggenhausen K. Are large-scale volunteer programmes feasible? The case of Sri Lanka. *Social Sci Med* 1989; 29: 599-608.
 18. Tandler J, Freedheim S. Trust in a rent-seeking world: health and government transformed in northeast Brazil. *World Development*: 1994; 22: 1771-91.
 19. CIMDER. *Manual para el diligenciamiento de la tarjeta familiar*. Cali; CIMDER, 1989.
 20. Barona B, Robertson RL, Pabón R, Gómez G, Paz EA. ¿Son programas de salud de 'bajo costo' bajos en costo? *Pliegos Administrativos 1*. Cali; Universidad del Valle, 1986.
 21. Robertson RL, Barona B, Pabón R. Are 'low-cost' Health programs low in cost? An urban case study. 1986;
 22. Salazar LM de, Gutiérrez MI, Sánchez W. *Factores condicionantes de la permanencia de las voluntarias de salud en el Núcleo de Atención Primaria de El Diamante. Informe final*. Cali; CIMDER, (n.d.).
 23. Cruz LF. *Desarrollo de sistemas locales de salud: Una empresa social*. Cali; Municipio de Cali (n.d.).
 24. Atención primaria de salud en las grandes ciudades: *Núcleo de Atención Primaria de El Diamante, Cali* (n.d.).