RESUMEN DE EVALUACION DE PROYECTO ESPECIFICO AL SISTEMA DE SERVICIOS BASICOS DE SALUD RURAL (SBS) EN LA REPUBLICA DOMINICANA

PRESTAMOS I Y II DEL SECTOR SALUD
(517-U-028 Y 517-U-030)

EVALUACION Y RECOMENDACIONES

MAYO, 1983

Preparado por:

Robert LeBow: M.D.
David McCarthy
Peter Cross

Management Sciences for Health
165 Allandale Road
Boston, Massachusetts 02130
Mayo, 1983

INDICE

		Página
I.	Antecedentes y Resúmen	1
II.	Métodos	3
III.	Propósito del SBS	4
IV.	Dotación	5
V.	Resultados	7
	(1) Cobertura	7
	(2) Tasa de Mortalidad Infantil	8
	(3) Tasa de Mortalidad para Niños con Edades de 1 a 4	9
	(4) Tasa de Fertilidad y Nacimiento	12
	(5) Planificación Familiar	13
	(6) Infraestructura	16
	(7) Personal del SBS	18
	(a) Los Comités de Salud	19
	(b) El Promotor	20
	(c) El Supervisor de los Promotores	22
	(d) El Supervisor de Area	24
	(8) Interacción entre la Comunicad y el Promotor	25
	(9) Programas Específicos	26
	(a) Vacunaciones	26
	(b) Nutrición	28
	(c) Enfermedades Transmisibles	29
	(d) Agua y Saneamiento	29
	(e) Estadísticas Vitales	29
	(f) Cuidado Prenatal	30
	(g) "Primeros Auxilios" y Referimientos a las Clínicas Rurales	30

INDICE

(Continuación)

		Página
	(10) Adiestramiento	32
	(a) Adiestramiento Inicial	32
	(b) Educación Contínua	33
	(11) Logísticas y Transportación	34
	(a) Logísticas	34
	(b) Transportación	35
	(12) Sistemas de Información, Formularios	37
	(13) SBS Urbano y Peri-Urbano	38
	(14) Política y el SBS	39
	(15) Compensación: Ventajas y Desventajas	39
	(16) Regionalización y Administración	41
	(17) Discusión	43
VI.	Recomendaciones y Alternativas para el Mejoramiento del SBS	46

RESUMEN DE EVALUACION DE PROYECTO

PRESTAMOS I Y II DEL SECTOR SALUD (517-U-028 y 517-U-030) - SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD RURAL EN LA REPUBLICA DOMINICANA

EVALUACION Y RECOMENDACIONES, MAYO, 1983

I. Resúmen de Antecedentes

El Préstamo I del Sector Salud fue firmado en 1975, financiado junto con otras actividades relacionadas a salud, la creación de una organización llamada Servicios Básicos de Salud (SBS). Esta organización fue formada para mejorar la salud de niños e infantes, y por consiguiente disminuir las altas tasas de mortalidad infantil y de niños entre 1-4 años de edad en la República Dominicana. Otro objetivo básico fue el de disminuir las tasas de nacimientos y fertilidad.

La piedra angular del SBS es el promotor de salud, una persona local que es escogida por la comunidad para llevar a cabo mayormente intervenciones preventivas en trabajo a tiempo parcial. El SBS se programó para tener un promotor por cada 70 a 80 casas, de manera que pudiera visitar cada hogar dos veces al mes y llevar a cabo (primordialmente) vacunaciones, instrucción en nutrición e higiene, planificación familiar, tratamiento de algunas dolencias simples, y la recolección de estadísticas vitales. Las funciones y la explicación de las razones proyectadas para los promotores y el SBS son concebidas de manera extensa en los documentos del proyecto para los Préstamos I y II del Sector Salud.

Los primeros promotores fueron adiestrados en 1976, y el SBS fue comenzado en ese mismo año en una región en el suroeste del país.

El Préstamo II del Sector Salud fué firmado en 1978, e incluía fondos para la expansión del SBS junto con un programa limitado para agua y saneamiento. Los fondos combinados de los dos prestamos permitieron la expansión del SBS y para ágosto de 1981, habían 5,400 promotores trabajando a través de la República Dominicana con servicios disponibles a alrededor de 2.1 millones de habitantes rurales. Las cifras más recientes (Abril de 1983) muestran que hay 5,197 promotores.

El SBS, que comprende a sus promotores y a sistemas de apoyo en supervisión, forma en estos momentos una parte integral del sistema de salud en la Republica Dominicana. Es una infraestructura de servicios de salud que está en funciones y es aceptado y la cual ha desempeñado servicios de mucho valor a la población rural. Sin embargo, el SBS, hoy en día, también posee muchas debilidades que requieren su atención y corrección.

En el pasado se han hecho varias evaluaciones del SBS, pero la mayor parte de ellas sólo han tratado con aspectos limitados del programa en vez de tratar con una evaluación general. En 1979, Robertson y Anderson hicieron un estudio de la cobertura y costos del SBS. Una evaluación en 1980 estudió los registros familiares de los promotores y examinaron una muestra (10%) de la población del promotor para estudiar cambios en el status de salud. La evaluación más reciente publicada en diciembre de 1982 hacía una revisión del estudio de 1980.

Esta evaluación del SBS tratará de examinar todos los aspectos del sistema y hará recomendaciones para consolidar, expandir y mejorar el SBS.

II. Métodos

Durante el mes de mayo de 1983, tres asesores de "Management Sciences for Health" trabajaron en la República Dominicana para evaluar el SBS. La evaluación no fue planificada para que fuese un estudio detallado ni exclusivo (el cual no es), sino mas bien para que fuese un bosquejo de los distintos aspectos del programa. Se encontró que los datos concretos fueron casi imposibles de obterer y se pensó que, para esta etapa, cualquier análisis estadístico de una muestra amplia de los datos existentes pudieran haber estado con errores. Se cree que las impresiones obtenidas eran adecuadas para planificar formas de fortalecer el SBS.

Los métodos utilizados para hacer esta evaluación incluyeron:

(1) La revisión de la documentación disponible con relación al SBS, incluyendo evaluaciones anteriores.

(2) Consultas con el personal de la A.I.D. en la Republica Dominicana, las cuales han estado involucradas con el SBS.

(3) Consultas con un sin número de oficiales dentro de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), que incluyeron personas en las Sub-Secretarías de Administración y Planificación y en las Divisiones de Salud Rural y Nutrición.

(4) Revisión de datos estadísticos de todos los niveles relacionados con el SBS, incluyendo los niveles de promotor, area,

regionales y nacionales.

(5) Visitas de campo a tres de las regiones principalmente al área de Azua, Padre Las Casas, el área de Hato Mayor, el área de Mao, durante las cuales se realizaron entrevistas con 8 promotores, 2 supervisores de promotores, un supervisor de área (en Azua) un supervisor regional y un director regional (en Mao), mucho personal (incluyendo médicos) en 3 clínicas rurales, 2 subcentros y un hospital de Area (en Azua), al igual que otras personas en las oficinas regionales en Mao y Bani. En el área de Hato Mayor se entrevistó a un presidente de un comité de salud. Las entrevistas con los promotores fueron de un promedio de una hora cada una e incluyeron revisiones de las tarjetas de sus registros familiares.

III. Propósito del SBS

El objetivo del Préstamo I de la USAID para el Sector Salud (y del SBS) era el de "mejorar la Salud y el bienestar del sector más pobre de la sociedad dominicana a fin de crear un clima que favoreciera bajas sostenidas en fertilidad en un futuro, y por tanto, redujera la tasa de crecimiento poblacional."*

El programa del SBS fue específicamente diseñado para reducir la mortalidad en infantes y niños de edad pre-escolar (grupo de edades de 1 a 4 años) y para reducir la fertilidad. Ambos de estos objetivos eran para comunidades de 400 a 2,000 habitantes en los

---

* Préstamo I del Sector Salud, p. iii.

cuales otros servicios de salud no estaban disponibles. (Un pequeño componente urbano del sistema fué descontinuado en una etapa temprana.)

Los objetivos generales específicos para el programa del SBS fueron los de:

(1) Llegar a las 1.8 millones de personas que en ese entonces. (1975) no estaban cubiertas por un sistema de salud pública;

(2) Reducir la tasa de crecimiento poblacional (indicador dado:de 3% en 1975 a 2.7% para 1983);

(3) Reducir la tasa de mortalidad infantil (indicador dado: de 104/1000 en 1973-74 a 88/1000 en 1978); y

(4) Reducir la tasa de mortalidad de niños con edades de 1 a 4 años (indicador dado: de 17/1000 en 1973-74 a 15.3/1000 en 1978).

El propósito del Préstamo II del Sector Salud con respecto al SBS era el de extender los servicios ofrecidos a 20,000 personas rurales adicionales al igual que para financiar los sistemas de agua y saneamiento para alrededor de 160,000 personas.

IV. Dotación

Las dotaciones tanto de la USAID como del Gobierno de la República Dominicana (GRD) son cubiertas en detalle en los documentos del proyecto para los Préstamos I y II del Sector Salud.

Sólo se muestra un resúmen del presupuesto del Préstamo I del Sector Salud para el SBS.

PRESUPUESTO DEL SECTOR I DE SALUD DEL SBS ($000)

		1976	1977	1978	TOTAL
AID	Dólares	140	472	513	1,125
	Pesos	122	223	176	521
GRD	Pesos	568	1,732	2,443	4,743
	TOTAL	830	2,427	3,132	6,389

La mayor parte del dinero del GRD fue para salarios. De hecho, la cantidad actual gastada en los SBS fue ligeramente más alta, ya que los fondos no utilizados de los componentes del prestamo para la reforma de nutrición y administración fueron re-asignados al SBS.

A continuación se muestra un resúmen del presupuesto para el Préstamo II del Sector Salud para el SBS y los componentes de Educación en Salud, el cual está directamente unido al SBS.

PRESUPUESTO DEL SECTOR II DE SALUD DEL SBS Y EDUCACION EN SALUD ($000)

		SBS	EDUCACION EN SALUD	TOTAL
AID	Dólares	887	214	1,101
	Pesos	65	404	469
GRD	Pesos	731	444	1,175
	TOTAL	1,684	1,062	2,745

El componente del Préstamo II del Sector Salud de la A.I.D., fué en gran parte para suministros médicos y equipo para clínicas

rurales y los salarios de los"educadores en salud," o supervisores de los promotores, mientras que el componente del Gobierno de la República Dominicana pagó en su mayoría los salarios de los promotores y la transportación para los supervisores.

V. Resultados

(1) Cobertura

Comenzando con 867 promotores en 1976 el SBS estaba considerado como "completamente operacional para agosto de 1981 tenía 5,400 promotores con una cobertura de población rural estimada en 2,160,000. Aunque ha habido muy poca atrición de promotores (5,197 registrados trabajando en abril de 1983), el programa ha alcanzado (y mantenido) completamente el objetivo de cobertura poblacional trazado en 1975.

En 1983, el programa sólo cubre la población rural, ya que el componente urbano planificado en el Préstamo I del Sector Salud fue descontinuado poco después de su comienzo. El Proyecto urbano tuvo una tasa alta de atrición por parte de los promotores y fue descontinuado debido a la percepción de duplicación de servicios.

El alto número de población rural "cubierto" por el SBS significa que el sistema de salud rural está suministrando todos los servicios planeados a la población en una forma organizada y consistente.

(2) Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)

Datos inconsistentes hicieron difícil decir con certeza que la tasa de mortalidad infantil realmente había disminuído como resultado del SBS, pero los datos parecían indicar que este es el caso. En 1973-74, se informó que la TMI nacional rural fue de 127.9. En la Tabla I se muestra un ejemplo de las encuestas hechas en las áreas en las cuales el SBS estaba operando durante 1976-80.

Por supuesto, los datos no son de un mismo recurso, y hay una inconsistencia en la cifra de 1979, donde el índice bajó a 41 de 79.5 en 1980. Estos datos fueron analizados por el Dr. Alvan Zarate, quien no pudo ofrecer una buena explicación para la inconsistencia.

Tratando de hacer una aproximación limitada de la TMI en las áreas del SBS hicimos algunos cálculos generales usando los datos de estadísticas vitales informadas por los promotores y recolectados por los supervisores de área en el área de Azua y la región de Mao.

	TOTAL NACIMIENTOS VIVOS REGISTRADOS 3 MESES(1983) ENERO-MARZO	MUERTES GRUPO DE EDADES DE 0-1	TMI* CALCULADO	MUERTES GRUPO DE EDADES DE 1-4	TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS CALCULADA
Proviencia de Azua	751	33	43.9	21	7.0
Region de Mao	850	33	38.8	11	3.2

* Asumiendo un número constante de nacimientos por año en los ultimos 5 años, y ninguna fluctuación de nacimientos por temporada.

Se estimaron que las bases de la población en estas cifras fueron de 140,000 (Azua) y 150,000 (Mao), pero probablemente no vale la pena usar estos estimados como denominadores. Sin embargo, de usarse los mismos, las tasas de nacimiento por los primeros 3 meses de 1983 serían de 21.5 (Azua) y 22.7 (Mao). No se contaron los nacidos muertos (36 en Azua y 22 en Mao) y de alguno de estos haber sido muertes neonatales, las tasas de mortalidad infantil serían más altas.

Probablemente hay un subregistro en la información de muertes. Uno de los formularios en los que los promotores informaban estadísticas vitales, evidentemente se agotó hace algun tiempo (no definido) y no ha sido re-suministrado. Nuestra muy limitada muestra de promotores informó que conservaban las cifras de estadísticas vitales en su mente, y las informaban a sus supervisores frecuentemente en las reuniones mensuales. A pesar de que cada promotor tiene una comunidad limitada y probablemente sería informado de cualquier nacimiento o muerte, la memoria está probablemente llena de errores, especialmente en la falta de información. Por tanto, puede uno concluir que a pesar de que TMI parece haber declinado de 1973 a 1980, y aun nuestros estimados en Azua y Mao de la TMI son alrededor de 40, los métodos de recolección de datos son cuestionables y, por tanto, las cifras no nos inspiran confianza.

(3) Tasa de Mortalidad en Niños de 1 - 4 años

Los mismos posibles errores en la recolección de datos aplicados al TMI, se aplican tambien a la tasa de mortalidad pre-escolar (en edades de 1-4 años).

TABLA I

MORTALIDAD INFANTIL

MUESTRA DE LA ENCUESTA EN LAS
AREAS RURALES SERVIDAS POR EL SBS
1976 - 1980

	1976	1977	1978	1979	1980
Nacimientos Vivos	202	1282	1787	2291	3834
Mortalidad Infantil	20	115	142	94	316
**Tasa de Mortalidad Infantil	99.0	89.7	79.5	41.0	82.4

* Muestra de las regiones en donde el SBS estaba funcionando a capacidad durante los años señalados.

** Mortalidad Infantil/1000 Nacimientos Vivos

Fuente: Resumen de Evaluación de Proyecto (REP) (Fecha de la Revisión de la Evaluacion: 24 de febrero de 1982, Página 62.

TABLA II

TASA DE MORTALIDAD ESPECIFICA
(1 - 4 AÑOS)

Muestra de la Encuesta en las
Areas Rurales Servidas por el SBS
1976 - 1980

	1976	1977	1978	1979	1980
Poblacion Total					
1 - 4 Años	1086	4989	8007	11212	20027
Muertes					
1-4 Años	11	50	87	70	208
** Tasa de Muerte en Edades Específicas	10.1	10.0	10.9	6.2	10.4

*- Muestra de las regiones en donde el SBS es completamente operacional durante los años señalados.

** Mortalidad/1000 de la población en grupos de 1 - 4 años.

Fuente: Resumen de Evaluacion de Proyecto (REP) (Fecha de la Revisión de la Evaluación: 24 de febrero de 1982, Pagina 62.

En 1974, la tasa de mortalidad específica, 1-4 años) era de 16.8 en la República Dominicana (19.6 en las áreas rurales). Como puede notarse en la Tabla II, las tasas en las areas del SBS para 1976-1980 estaban entre 10.0 y 10.9, con la excepción de 1979, cuando ocurrió la baja inexplicable a 6.2. Nuestro análisis de los datos en Azua y Mao para los primeros 3 meses de 1983, mostró tasas brutas de 7.0 (Azua) y 3.2 (Mao)*. Debido a la tendencia mencionada de la sub-información en la recoleccion de datos, nuestra conclusión es tentativa, como mucho, pero si parece que ocurrió algun mejoramiento en las areas servidas por SBS desde 1974.

(4) Tasas de Fertilidad y Nacimientos

En 1975, la tasa de crecimiento poblacional en la República Dominicana era de 3.0%, y la tasa bruta de nacimientos como de 45/1000**, una de las más altas en America Latina. Las estadísticas recogidas a través del SBS mostraron que en 1980, hubo un crecimiento poblacional de sólo 1.9%, en el área del SBS. A pesar de que la sub-información probablemente ha influenciado esta cifra, otros datos confirman un descenso en la tasa de nacimientos en las áreas del SBS.

En las áreas de muestreo del SBS, los siguientes datos señalan las tasas brutas de nacimientos para los años 1976-80*** (por poblacion de 1000):

1976	1977	1978	1979	1980
28.6	40.3	33	28.4	25.7

---

* Ver datos en las secciones (2) señaladas mas arriba sobre Tasa de Mortalidad Infantil.

** Encuesta "Diagnos". 1975

*** Fuente: Resumen de Evaluación de Proyecto (REP) (Fecha de Revisión de Evaluacion 24 febrero de 1982) página 60.

La tendencia es hacia abajo. La distribución por edad de la población rural (ver Tabla III) como lo indica la encuesta en las áreas rurales servidas por el SBS, se observa una tendencia declinante en los porcentajes de infantes y niños hasta la edad de 5 años. El grupo de los "menores de 1 año" bajó de 4.8% de la población en 1976 a 3.0% en la muestra de 1980.

Las tasas de fertilidad en la misma población muestra bajó de 201 nacimientos vivos por 1000 mujeres en edades de 15-49 in 1977 a 125 en 1980.

(5) Planificación Familiar

El uso de la planificación familiar está intimamente ligado a la declinación en la fertilidad y a las tasas de nacimientos. Los datos recogidos por el SBS muestran que, en 1977, 5.8% de las mujeres en edad reproductiva en el área del SBS usaban alguna forma de contracepción, mientras que en 1980, la cifra era de 18% (ver Tabla IV).

Los promotores (la mayoría) recibió adiestramiento en planificación familiar, y su presencia en las áreas rurales ha incrementado el acceso de información en planificación familiar en la población rural. Sin embargo, observamos muchas amenazas potenciales a la eficacia de este programa.

En nuestra pequeña muestra de promotores, el porcentaje de familias asignadas a ellos, que utilizaban algún tipo de contracepción, varió de un 0% a alrededor de un 25%. En general parece haber un descenso en el uso de contraceptivos, aparentemente por otras razones ajenas al deseo del paciente de utilizar métodos de

TABLA III

DISTRIBUCION POR EDAD DE LA POBLACION RURAL

Muestra de la Encuesta en las Areas Rurales
Servidas por el SBS

1976 - 1980

	1976	%	1977	%	1978	%	1979	%	1980*	%
Total de la Población Muestra	7063		31801		54125		80754		148896	
Menos de 1 año	343	(4.8)	1559	(4.9)	1938	(3.6)	2750	(3.4)	4594	(3.0)
1 - 4 años	1086	(15.4)	4989	(15.7)	8007	(14.8)	11212	(13.9)	20027	(13.4)
5 - 9 años	1144	(16.2)	5469	(17.2)	9221	(17.0)	13381	(16.6)	23694	(15.9)
10-14 años	1052	(14.9)	4490	(14.1)	7857	(14.5)	11685	(14.5)	21704	(14.6)
15-49 años (mujeres)	1454	(20.6)	6369	(20.0	11040	(20.4)	16623	(20.6)	30649	(20.6)
15-49 años (hombres)	1396	(19.8)	6268	(19.7)	11019	(20.3)	17133	(21.2)	32097	(21.5)
50 ó mas	588	(8.3)	2657	(8.3)	5043	(9.3)	7970	(9.9)	16131	(10.8)

* Ajustado.

*

TABLA IV

PORCENTAJE DE MUJERES (15 - 49 AÑOS) QUE PRACTICAN METODOS ANTICONCEPTIVOS

Muestra de la Encuesta en las Areas Rurales Servidas por el SBS

Diciembre de 1980

REGION	15-49 TOTAL	MUJERES AÑOS ACTIVOS	EDAD %	METODO CONTRACEPTIVO UTILIZADO Condones	%	Esterilización	%	Pildora	%	DIU	%	Otros	%
I	7,584	1,160	15.3	205	(2.7)	390	(5.1)	413	(5.4)	66	(0.9)	86	(1.1)
II	7,563	2,308	30.5	540	(7.1)	832	(11)	777	(10.3)	99	(1.2)	69	(0.9)
III	10,414	1,283	12.3	192	(1.8)	557	(5.3)	414	(3.9)	53	(0.5)	67	(0.6)
IV	2,603	461	17.7	65	(2.5)	112	(4.3)	258	(10)	6	(0.2)	20	(0.8)
V	2,544	345	13.6	76	(3)	24	(0.9)	204	(8)	15	(0.6)	26	(1)
TOTAL	30,708	5,557	18	1,078	(3.5)	1,915	(6.2)	2,066	(6.7)	230	(0.7)	268	(0.9)

control de la natalidad. Una promotora dijo que ella había dejado de suministrar pildoras a sus pacientes porque ellos rehusaban ir a la clínica rural para verse con un doctor. Sucede que, auń estos pacientes hubieran ido a la clínica rural, no hubieran podido obtener un examen de Papanicolau, ya que el laboratorio que trabaja en citología no puede hacerlo por falta de materiales.

Parece haber un número considerable de mujeres esterilizadas (6.2% en el estudio de diciembre de 1980), y los promotores parecen saber con certeza cuantas de sus familias utilizan métodos de control de la natalidad y de que clase. En general, los promotores parecen obtener su suministro de pildoras anticonceptivas según las necesitan, pero hay excepciones. Perecen conocer algunas de las contraindicaciones de la pildora. Parece haber una gran variacion en como cada promotor enfatizaba el control de la natalidad, quizas por falta de adiestramiento o re-adiestramiento.

La Westinghouse está actualmente haciendo una encuestra sobre el uso de contraceptivos, pero no se conocen aun los resultados.

(6) Infraestructura

Existe una infraestructura en el SBS consistente en 5,197 promotores, 529 supervisores de promotores, 31 supervisores de area, 7 supervisores regionales y una oficina central.*

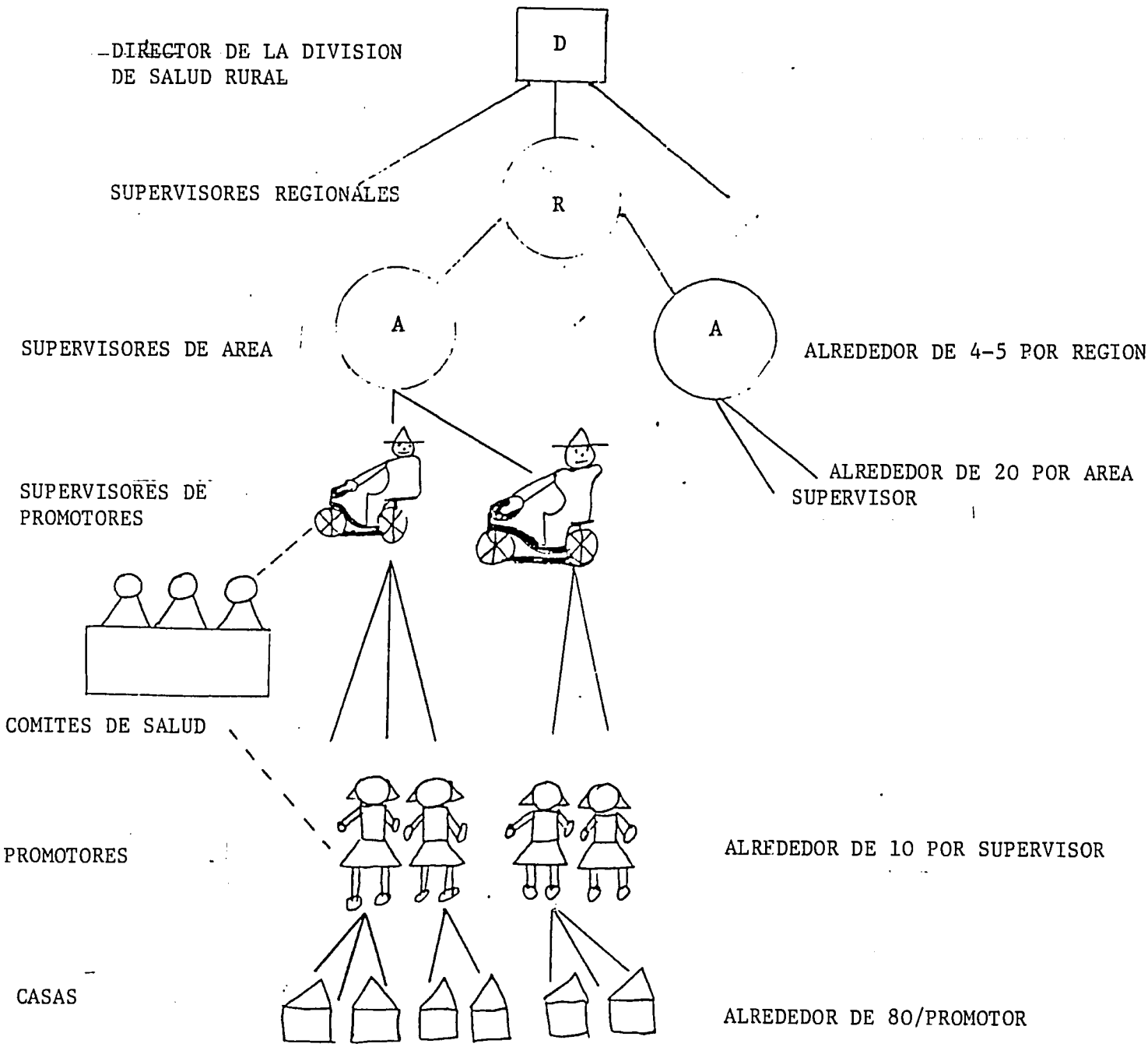
Debe darse el crédito a SESPAS por haber respaldado la creación del SBS y a que exista la infraestructura y esta sea respaldada economicamente. El hecho de que el respaldo económico

---

* Datos de la Division de Salud Rural, a Abril de 1983. Ver Figura 1

FIGURA I

INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS BASICOS DE SALUD (SBS) - 1983



notablemente en la forma de salarios o "incentivos", se inicio y ha continuado reflejando el compromiso verdadero de SESPAS con el sector rural. Desgraciadamente, otras clases de respaldo no han continuado tan bien por parte de SESPAS.

Por nuestro breve trabajo de evaluacion no dudamos que existe esta infraestructura y que mucha gente está actualmente trabajando en el campo. El SBS funciona en cierto grado; los supervisores parecen visitar sus promotores. Las inmunizaciones se estan efectuando las promotoras. Más allá de estas dos funciones, sin embargo, las tareas llevadas a cabo varían y su calidad es cuestionable.

(7) Personal del SBS

En la Figura 1 puede observarse que el corazón del SBS es el promotor. Cerca de 5,200 cubren alrededor de 80 casas cada uno, a pesar de que la última cifra puede variar de hasta 60 a 300. Hay 529 supervisores, de manera que a cada uno se le asignan 10 promotores. A su vez, los supervisores de area (de hecho, uno por provincia) supervisan alrededor de 20 supervisores de promotores. Hay entonces un supervisor regional del SBS para cada una de las 7 regiones a quien se reportan 4 o 5 supervisores de area. Finalmente, el Director de Salud Rural, en la ciudad capital, es tambien director del SBS.

Hay tambien comites de salud. En abril de 1983* habían 264 Comites de Salud con 1,867 personas funcionando en los lugares

---

* De acuerdo a estadísticas suministradas por la Division de Salud Rural.

donde hay clinicas rurales. Hay tambien 2,017 copromesas (tambien comites de salud) con 10,095 miembros en areas en donde hay promotores, pero no clínicas rurales. Estos comites generalmente tienen mas de un promotor cada uno, y de hecho, seleccionan los promotores t los supervisores de promotores. Los comités estan compuestos por personas de la comunidad.

Hay 527 Clínicas Rurales (en mayo de 1983)*, que están fuera del SBS, pero que son parte de Salud Rural. Cada una de estas clínicas tiene por lo menos un doctor (a veces dos) que está haciendo su año de "Pasantía", o servicio rural y una enfermera auxiliar. Hay clínicas en las cuales los promotores refieren sus pacientes y en las cuales los supervisores de promotores "trabajan" en la mañana.

A continuación se tratará del personal hasta llegar a los supervisores de area.

(a) Los Comités de Salud.

Evidentemente los comités de salud estan funcionando hasta cierto grado, probablemente variable, y quizas más activamente antes de las elecciones. Parece que han funcionado bien en el pasado en la selección de promotores, ya que la declinación total del programa ha sido sólo de un 10%.** Los comités de salud se utilizaron para seleccionar los supervisores de promotores cuando en 1978, se decidió reemplazar a las enfermeras auxiliares como supervisoras, con personas de la comunidad que tuvieran un diploma de bachillerato.

---

* Comunicación personal del Dr. José Herrera.

** El director regional en Mao, sin embargo, informó que la declinación de los promotores en su región había sido de un 30%, desde el comienzo del programa en Mayo de 1977.

(b) El Promotor

Cerca del 95% de los promotores son mujeres, y la mayoría son mujeres de 40 a 50 años, quienes ya han tenido sus hijos y son líderes respetadas en su comunidad. Las promotoras que entrevistamos eran versadas y orgullosas de por lo menos ciertos aspectos de su trabajo. "Me encanta vacunar" era la respuesta usual cuando le preguntabamos que era lo que mas les gustaba.

Frecuentemente tienen que cubrir más del número sugerido (70 a 80) casas: hasta 300 a veces, y usualmente se quejaban cuando creian que tenían más casas de la cuenta que cubrir. Obviamente la calidad de cobertura ofrecida por un promotor con 300 casas versus 80 sería menos adecuada. Por supuesto hay todavía muchas regiones rurales en las cuales no hay cobertura de promotores debido a que la población está muy dispersa o a que , irónicamente, estan ubicadas cerca de una clínica rural.

La mayoría de los promotores parecen estar sirviendo a su comunidad desde que el programa comenzó en su area. Evidentemente, muchas trabajaron en el programa de malaria (SNEM) aún antes de ser promotores, y algunas eran comadronas. La baja declinación (alrededor de un 10%) es probablemente debido a varias razones. La mas importante parece ser los 50 pesos al mes de "salario", pero tambien está el que son miembros antiguos de su comunidad, diferentes a los demás, y a que probablemente gozan del prestigio de ser una promotora de la comunidad.

Los promotores son generalmente bien aceptados en su comunidad y la mayoría se precia de su trabajo. No hay duda de que le están dando a sus comunidades (hasta cierto punto por lo menos) conceptos de educacion en salud los cuales no hubiera conocido la comunidad de no haber sido por ellos. Y estas ideas se relacionan en la comunidad con alguien a quienes ellos conocen y respetan.

Después de revisar sus registros de trabajo, dudamos considerablemente de la cantidad de trabajo que verdaderamente realizan, a pesar del hecho de que se espera que esten realizando visitas a las casas todas las tardes, a fin de ver cada una de sus casas asignadas dos veces al mes. Algunas promotoras parecen estar todavía altamente motivadas, pero parece que la mayoría no está tan altamente motivada. Cuando dicen que visitan 10 casas cada tarde y sus registros indican que no han visitado desde el mes pasado, o desde hace dos meses o hasta dos años, es realmente cuestionable lo que estan haciendo verdaderamente. A continuación se hacen comentarios de su trabajo en las secciones que siguien, relativas a sus programas específicos.

Antonio Ugalde* en su estudio en El Rio (Constanza) expresa que cree que las promotoras no hacen mucho trabajo, y que de hecho "nuestra impresión al día de hoy (marzo de 1983) es que el único trabajo hecho por las promotoras es el de las inmunizaciones."

Más aún, entrevistamos una promotora que en sus registros mostraba evidencia de falsificación, haciendo parecer que ella verdaderamente había hecho su trabajo, cuando creemos que no es así.

---

* Antonio Ugalde, "Segundo Informe para el Estudio de Pre-factibilidad de un Sistema para Cuidados Basicos de Salud en la Republica Dominicana" Marzo 1983.

Tambien el sistema adolece de estipulaciones para promotores que esten enfermos o impedidos de hacer su trabajo por alguna razón. El cheque de 50 pesos llega todos los meses, de todos modos, y el trabajo puede haber sido hecho por otra persona o puede no haberse realizado en lo absoluto. En general, los promotores parecen conocer bastante bien lo que tienen que hacer, (1) pero hay poca evidencia de que en realidad estén realizando este trabajo (aparte de las inmunizaciones y un poco de planificación familiar) y (2) no hay evidencia de que sus supervisores revisaron el trabajo que se hizo, aparte de suministro ocasional de vacunas.

(c) El Supervisor de los Promotores

El supervisor de los promotores es la persona de que oimos hablar mas, pero el que menos vimos. Todos estaban de acuerdo de que esta persona es el eslaboń más débil del sistema, y de que hay muchas razones para su generalmente pobre rendimiento, entre las cuales no es la menos importante el hecho de que muchos o la mayoría de ellos no hay sido nunca adiestrados en supervisión.

Comenzando con los supervisores originales en 1976, han habido problemas. Las primeras supervisoras eran enfermeras auxiliares, y así continuó hasta 1978, cuando se decidió (ver el Prestamo II del Sector Salud de la USAID) utilizar "educadores en salud". Se creyó que las enfermeras auxiliares estaban demasiado involucradas con la medicina curativa, versus medicina preventiva, y muy comprometidas con el trabajo clínico, para ser supervisoras eficientes de promotores relativamente remotos. Tambien, se iban a ocupar puestos en hospitales.

Asi es que en 1978, se decidió escoger personas de las áreas rurales para ser supervisores. Estas personas tenían que ser bachilleres. (Usualmente) se les daba un curso de adiestramiento de seis semanas (con un curso en nutrición en tres días extras) y se convertían en supervisores. Desgraciadamente, despues de su curso inicial, no recibían adiestramiento alguno, y peor aun, a los supervisores que se emplearon despues, no eran bachilleres.

Se supone que los supervisores hagan el trabajo estadístico y de gráficas en las clínicas rurales en la mañana (4 horas), y se supone que visiten aproximadamente 10 promotores asignados a ellos en las tardes (3 horas). La utilización de la Clínica Rural de El Rio descrita por Ugalde, citado anteriormente, es muy similar a la de las Clinicas Rurales que visitamos, y estaríamos de acuerdo con Ugalde de que el trabajo del supervisor en la clínica por las mañanas es mínimo, requiriendo quizas 45 minutos, y que pudiera ser fácilmente realizado por cualquiera otra persona.

En relación al trabajo por la tarde, la creencia general fue que actualmente los supervisores no estaban motivados para supervisar los promotores ni eran capaces de hacerlo, ya que su motivación y conocimiento frecuentemente parece ser inferior al de los promotores. Fuimos informados, sin embargo, que habían unos cuantos muy buenos y dedicados supervisores.

Una revisión de las gráficas de los promotores indica que los supervisores raramente hacen un comentario, o de hecho, revisan nada de lo que el promotor ha hecho. Hay alguna indicación

de que el supervisor ocasionalmente le suministra al promotor alguna "orientación" de caracter preventivo, pero los cuadernos que llevan algunas promotoras (para documentar su contacto con el supervisor) usualmente tenían notas escritas por el supervisor indicando que el propósito de su visita era el de llevarle el cheque mensual. Evidentemente, la mayoría de los supervisores si suministran materiales para vacunaciones y ocasionalmente ayudan con las vacunaciones.

Nuestra impresión es de que los supervisores visitan a las promotoras mucho menos de lo que debían, y que, de hecho realizan muy poca supervision (de haber alguna) aún cuando les hacen una visita. Pero los supervisores conforman una parte de la infraestructura existente, los cuales ocupan un puesto y que (teóricamente) podrían utilizarse más ventajosamente.

(d) El Supervisor de Area

La mayoría de los supervisores de area están evidentemente mejor adiestrados, y el que nos acompañó a visitar las clínicas y promotores parecía entendido y motivado. Cada supervisor de area tiene cerca de 20 supervisores de promotores para supervisar, y esto puede ser demasiado, especialmente si los supervisores de promotores no estan adiestrados o no estan motivados.

El único comentario desfavorable que oimos de los supervisores de area fué que recientemente (Diciembre de 1982) 11 de ellos fueron cancelados y reemplazados, por razones políticas aparentemente, con otros supervisores que no eran tan buenos. El impacto de la política en el sistema de personal del SBS se discutirá más adelante.

(8) Interacción entre la Comunidad y el Promotor

Como se menciona anteriormente, los promotores son casi siempre líderes de su comunidad, usualmente personas que sobresalen y que tienen,tanto sentido de responsabilidad hacia su comunidad,como orgullo en su trabajo. Sin embargo, lo que le gustaría a la comunidad que hicieran los promotores es a menudo bastante diferente de lo que intenta el SBS.

Los promotores no parecen dar más que simples consejos como programas preventivos, aparte de las vacunaciones, pero todas parecen inclinadas a ejercer funciones curativas: primeros auxilios, dar aspirinas, ayudar en alumbramientos de emergencia, etc. Probablemente este deseo es el resultado de la presión de la comunidad y a su propio deseo de realizar un trabajo mas concreto. Aparentemente, los miembros de la comunidad recurren a menudo a la promotora cuando tienen dolencias, y se desilusionan cuando el promotor no tiene "algo" que darles. Otro aspecto es que parece ser que las personas aceptarían de mejor modo las medidas preventivas (tales como pesar sus niños) si recibieran "algo" a cambio.

Probablemente se ayudaría al prestigio del promotor, y por tanto al de la medicina preventiva, si el promotor tuviera capacidad para llenar algunas de las necesidades curativas de su comunidad. Por el contrario, el respaldo de la comunidad por su promotor, que en este momento parece adecuado, puede cambiar, si las demandas de la comunidad son ignoradas por el sistema.

Nuestra evaluación, de hecho, no analizó el grado de respaldo de la comunidad hacia el SBS, ni pasado ni presente, pero

no consideramos que este sea el problema en este moment. Las personas de la comunidad con las que hablamos sabían donde estaban ubicados sus promotores y parecían darles todo su respaldo.

(9) Programas Específicos

(a) Vacunaciones

Las areas rurales son las que más se han beneficiado del SBS en cuanto a vacunaciones se refiere. Los problemas más serios respecto a la baja cobertura de vacunaciones se encuentran en las áreas rurales no servidas por el SBS, y en las áreas urbanas marginadas. Las áreas adyacentes a las clinicas rurales, donde el doctor y la enfermera auxiliar son teoricamente responsables de las actividades de vacunacion, son probablemente mucho menos cubiertas que las áreas remotas servidas por promotores.

A los promotores "les encanta vacunar", y el suministro de material de vacunacion, por lo menos en los últimos dos años, ha sido muy adecuada. La refrigeracíon de las vacunas parece ser adecuada, pero se necesitaría realizar un estudio para poder expresar alguna declaración definitiva acerca de la eficacia de la refrigeración, que en su mayor parte está fuera de la organización del SBS.

En el pasado han habido algunos problemas logísticos de tiempo en tiempo con la BCG y la vacuna del sarampión, pero la cobertura del polio, DPT, y el toxoide tetánico en las mujeres embarazadas, parece ser adecuado. A grandes rasgos, podría decirse que probablemente el 70-90% de las vacunaciones de la población de cada promotor, se está logrando.

Un estimado bruto de la cobertura de las vacunaciones (o por lo menos una tasa para polio y DPT) en el área del SBS puede establecerse comparando los nacimientos con la administración de la tercera dosis de DPT y polio.* Las cifras para los primeros tres meses de 1983 en areas del SBS de Azua y Mao, se muestran a continuación:

	NACIMIENTOS VIVOS	INFANTES EN EDAD 0 - 1 3ra DOSIS DE POLIO	DE DPT	TASA COMBINADA DE COBERTURA
Azua	751	737	645	92%
Mao	850	614	604	72%

Es posible hacer un estimado de las vacunaciones que hace cada promotor. Basados en los datos recogidos por nosotros en Azua para los primeros tres meses de 1983, se deriva que 173 promotores administraron un total de alrecedor de 12,400 vacunaciones. Esto da un promedio de 24 vacunaciones al mes por promotor (de las cuales 10 son de polio), no es una carga abrumadora. Ugalde** en su estudio de 1983 demostró que los promotores de El Rio, (Constanza) administraban alrededor de 16 vacunaciones por mes (incluyendo 6 de polio).

En conclusión, los registros de los promotores no siempre indican que el refuerzo y siguientes vacunaciones se administraron en la fecha registrada; los promotores parecen estar altamente motivados

---

* Asumiendo una tasa de nacimientos constante y que cada niño de menos de un año recibió la tercera dosis de polio y DPT en su primer año.

**Ugalde, op.sit. p. 41.

a hacer todas las vacunaciones necesarias, y aparentemente muchos han alcanzado la etapa de "mantenimiento" en sus comunidades. Como medio para la administración de vacunas en la población rural, el SBS ha tenido éxito aparentemente. Pero es esencial que el sistema de vacunacion se mantenga a fin de que estas enfermedades transmisibles no se conviertan en problema, como sucedió con la malaria.

(b) Nutrición

Los centros de recuperación nutricional fueron aparentemente utilizados para adiestrar a los promotores durante 3 a 5 días, pero de lo contrario estos centros han tenido poco impacto en los problemas rurales de malnutrición. Todos los centros estan ubicados en áreas "urbanas", no en las áreas del SBS, y fueron diseñadas como centros diurnos de nutrición.

La malnutrición se consideró como un problema mayor para ser tratado por los promotores, pero de hecho hay muy poca evidencia de que se haya hecho un intento sistemático para reforzar o instar a los promotores a identificar o a tratar con la malnutrición.

Algunos promotores de los que conocimos parecían interesados en nutrición, o por lo menos sus apuntes reflejaban que habían dado algunos consejos sobre nutrición a las personas que visitaban. Muchos promotores no tenían balanzas para pesar niños o no utilizaban las balanzas que tenían. No vimos ni una gráfica de crecimiento en las casas de los promotores con mas de dos puntos marcados en ella. Un promotor que visitamos tenía un huerto con una variedad de frutos creciendo en el. En general, la impresión que tuvimos fué de que los promotores estaban haciendo muy poca promoción en nutrición o

o detección de malnutrición, y que recibían muy poco seguimiento en cuanto a nutrición se refiere.

(c) Enfermedades Transmisibles

Excepto por los promotores que habían sido adiestrados por SNEM en malaria, los promotores no están haciendo nada en enfermedades transmisibles, aparte de las vacunaciones. Los promotores que habían trabajado en malaria dijeron que trabajaban con muestras de sangre, pero probablemente esto no sea muy frecuente.

Los promotores sabían que consejo dar en caso de diarrea; no hay ningun programa todavía, sin embargo, para sales de rehidratación oral a nivel de los promotores, pero se está realizando una actividad en ese sentido.

(d) Agua y Saneamiento

De nuevo, parece no haber ningún programa organizado ni supervision para los promotores en agua y saneamiento. Aparentemente los promotores enseñan algo en sus comunidades, pero el nivel de actividad parece depender casi exclusivamente en la iniciativa propia del promotor. No determinamos si los promotores están desplegando una actividad más amplia en sitios en donde el Prestamo II de Salud desarrolló programas de agua y saneamiento. Evidentemente promocionan el que se hierva el agua antes de beberla, pero la aceptación de la comunidad varía.

(e) Estadísticas Vitales

El problema de la recolección de estadísticas vitales al nivel de promotores se trató en las secciones (2), (3), y (4). Se supone que el promotor informe los nacimientos, muertes por grupos de edades, y los embarazos todos los meses, así como tambien un

resumén de planificación familiar, pero como no hay formularios, aparte del resumen mensual, para la información de estos datos, (se acabaron hace algun tiempo), el promotor evidentemente guarda la información en su cabeza hasta pasarla a su supervisor a fin de cada mes. Se supone que el supervisor a su vez lleve esa información al supervisor de área, pero de acuerdo al Director de Salud de la Region VII, no siempre sucede así. Evidentemente, los supervisores de los promotores deben registrar e informar ciertas enfermedades transmisibles, pero parece improbable que esto se haga de manera sistemática.

(f) Cuidado Prenatal

A pesar de que se intentó que las promotoras realizaran algunas tareas en cuidado prenatal, hay muy poca evidencia de que esten haciendo algo más que un mínimo consejo en nutrición y el informar a sus pacientes a ir a la clínica rural. Los promotores eran suplidos con hierro, pero esta actividad cesó hace por lo menos un año.

(g) "Primeros Auxilios" y Referimiento a las Clínicas Rurales

Originalmente se suministraba a los promotores unas cuantas drogas básicas tales como aspirinas para el tratamiento de dolencias menores. Los únicos medicamentos que se suplen hoy en día a los promotores, son, sin embargo, pildoras anticonceptivas y material de vacunación. Aparentemente no se suplen las medicinas a los promotores desde hace alrededor de dos años, porque los médicos pensaron que los promotores no debían recetar y por miedo a que el

disminuyera el suministro de medicinas a las clínicas rurales. Muchos de los promotores están, de hecho, poniendo inyecciones a pacientes (aparentemente por órdenes del médico), a pesar de que está prohibido poner otra clase de inyecciones que no sean vacunas.

Podría ser que las demandas de la comunicad y las necesidades prácticas hagan que los promotores ejerzan una medicina curativa menor, tal como la administración de inyecciones o la repartición de aspirinas.

Estas necesidades deben considerarse en una base individual, ya que son ciertamente legítimas, particularmente en las áreas remotas.

Tanto los miembros de la comunidad como los promotores han expresado la necesidad y el deseo de que los promotores realicen servicios curativos simples. Los promotores lo consideran tanto una entrada para la promoción de la medicina preventiva como una necesidad en casos de emergencia cuando se requiere su ayuda en la comunidad.

Es dificil determinar cuantos pacientes refiere el promotor a las clínicas rurales. A pesar de que las clínicas rurales tienen un doctor y una enfermera auxiliar, no tienen camas y sólo un número limitado de drogas. El SBS está ligado a las clínicas rurales en dos maneras. Primero, los supervisores están asignados a éstas en las mañanas, a pesar de que esto parece ser un desperdicio de sus recursos. Segundo, el promotor debe ir a la clínica rural una vez al mes para las reuniones. Evidentemente los promotores van mas de la mitad de las veces. Las reuniones deben ser fuente

de educación contínua, y a veces se discuten temas relacionados a la medicina preventiva, evidentemente en base individual y sin agenda programada. Fuimos informados por varios promotores que las reuniones duraban de 1/2 hora a 3 horas, podían restringirse a llenar los informes mensuales, o podían incluir alguna charla del doctor.

La frecuencia con la que el doctor y la enfermera auxiliar se juntan con las promotoras en sus comunidades parece ser extremadamente baja, a pesar de que el doctor y la enfermera auxiliar deben llevar a cabo estas actividades en las tardes.

(10) Adiestramiento

(a) Hay muy pocas quejas en cuanto al adiestramiento que se da; parece que la mayor falta está en el adiestramiento que no se dió. El curso inicial de 3 semanas de los promotores es considerado adecuado por la mayoría de las personas, así como tambien el curso de 3 a 5 días en nutrición. Pero muchos de los nuevos promotores evidentemente no han sido adiestrados en lo absoluto. El Director de la Region VII estima que del 30 al 40% de los promotores de esa región no han recibido el curso inicial de adiestramiento.

Por otra parte, el adiestramiento inicial de los supervisores, fue probablemente inadecuado. Se supone que estas personas sean más entendidas que los promotores. Su adiestramiento inicial fue evidentemente de 6 a 8 semanas, además de un tiempo adicional para nutrición; pero muchos de los supervisores no estan adiestrados en lo absoluto, especialmente los más recientes, muchos de los cuales

fueron nombrados aparentemente por motivos políticos. Parece ser que el adiestramiento específico a las actividades de supervision es particularmente debil.

(b) Educación Contínua

El SBS ha programado cursos para educación contínua de 1/2 a 1 día de duración, pero han sido muy pocos y muy separados en tiempo. Actualmente no existe un programa organizado de educación continua en el SBS. La mayoría de los promotores pueden recordar cuando recibieron el último curso de educación contínua; cuando se presionaban, podían recordar que tuvieron uno hace un año o dos.

Honradamente, se pueden usar las reuniones mensuales para educación contínua, y parece que a veces se han utilizado con estos fines.

Pero el contenido de estas reuniones depende de lo que el doctor desee presentar ese día. De hecho, sin embargo, parece que las reuniones mensuales se utilizan usualmente para detalles administrativos. Generalmente, no está mal, ya que este tipo de apoyo es tambien necesario, pero la educación continua es importante si se piensan continuar los programas preventivos.

El personal de las clínicas rurales, especialmente el doctor, necesita adiestramiento en medicina preventiva y comunitaria para poder servir efectivamente a su comunidad. Desafortunadamente este adiestramiento no ha tenido lugar o ha sido deficiente. Las escuelas de medicina evidentemente no han hecho mucho en cuanto al adiestramiento de sus graduandos en estos campos,

a pesar del hecho de que muchos de sus graduados tienen que pasar un año en áreas rurales. Se ha llevado a cabo, sin embargo, algun adiestramiento limitado para el personal de las clinicas rurales, bajo el Prestamo II del Sector Salud, y por algunos directores regionales progresistas. Se necesita introducir o reforzar la medicina preventiva y comunitaria en los curriculums de las escuelas de medicina, y deben mantenerse consistentemente. El programa se tornará más efectivo cuando los médicos, como parte del SBS, actuen de acuerdo a los principios de la medicina preventiva y comunitaria. Tambien mejoraría la calidad de la educación continua para los promotores y supervisores si los doctores se dieran cuenta de su importancia.

(11) Logísticas y Transportación

(a) Logisticas

Algo positivo en cuanto a la logistica es que, al menos en algunas areas, los supervisores visitaban sus promotores para entregarles su salario mensual. Evidentemente se distribuyen bastante bien las pildoras anticonceptivas y las vacunas. Aparte de estos puntos, hay fallas en el sistema de logística, lo que contribuye a que el sistema del SBS sea frustrante y (a veces)ineficaz.

Cuando se decidió descontinuar supliendo drogas básicas a los promotores, parte de este problema se alivió. Sin embargo, el alcohol y el algodon no llegan regularmente a los promotores. El suministro de balanzas y termos para las vacunas, así como tambien el re-suministro de artículos como termómetros, es esporádico e inadecuado. Parece no conocerse la palabra re-suministro con respecto a los formularios.

Aparentemente ciertos formularios, incluyendo los registros de familia, sólo se hacen esporádicamente y no están siendo efectivamente re-suministrados cuando se agotan. Debido a la falta de estos formularios, la calidad de la información que se obtiene a través del SBS se han deteriorado.

El suministro de drogas a las clínicas rurales ha sido errático e inadecuado. La cantidad de drogas que se suplen mensualmente es inadecuada y se agota antes del proximo embarque, de modo que la calidad de los servicios varía.

Afortunadamente, en la mayoría de los casos, las distancias son cortas y las carreteras buenas, así es que los problemas logísticos no son empeorados por estos factores. La mayoría de los promotores están a distancia de a pie de sus casas asignadas, y la mayoría de los supervisores no tienen que ir lejos para supervisar a sus promotores (generalmente no mas de 10 kms.).

(b) Transportación

Tanto los promotores como los supervisores tienen problemas de transportación, a pesar de que los problemas de los promotores son menores, ya que generalmente están a distancia de a pie de sus casas asignadas. Sin embargo, en algunas áreas, las casas estan más dispersas, y hay un problema para que el promotor llegue a ellas, especialmente cuando el promotor está levemente enfermo. Si el SBS se extiende para servir a un segment mas disperso de la población rural, entonces la transportación del promotor se convertirá en un problema más serio.

Para el supervisor la transportación es vital, sin la cual habrá muy poca supervisión o ninguna en absoluto. A pesar de que los supervisores se suplieron originalmente con motocicletas, muchos de esos motores no están en funcionamiento. Mas aún, parece que por lo menos algunas de las motocicletas no se están usando - o por lo menos no se usan para el sistema del SBS.* De cualquier forma, parece que se han tomado muy pocas medidas dentro del sistema del SBS para reemplazar o dar mantenimiento a estas motocicletas.

Recientemente los salarios de los supervisores se aumentaron de 150 pesos mensuales a 200 pesos mensuales, pero al menos la porción de los 50 pesos se hizo para que los supervisores pudieran comprar su propia gasolina. Demás está decir, que la motivación de los supervisores de usar sus motocicletas (con la gasolina a 2.3 el galón) decayó.

La ineficiencia de la transportación se convierte en un problema aún mayor en las áreas en que los supervisores de area y los regionales, los directores regionales, y otras personas en varias de las oficinas regionales, tales como cuidado materno-infantil, nutrición y saneamiento tienen que viajar más lejos. Si la supervisión del programa de los promotores es inadecuado, probablemente un factor contribuyente a esto son los problemas de transportación a nivel regional.

---

* Ugalde, op.cit. p. 36.

(12) Sistemas de Información, Formularios

Los problemas relativos al sistema de información y a los diferentes formularios han sido cubiertos hasta cierto punto en las secciones (V (2), (7b), y (7c)). Estos problemas son bastante serios e indudablemente están afectando la calidad y la cantidad de la información generada. A su vez, se hace mucho más difícil el hacer una evaluación objetiva del sistema del SBS y el efecto que ha tenido en su población objetivo.

A nivel de promotor, hay una falta de uniformidad en los formularios, haciendo más dificil la tabulación de los datos. Hay una escasez severa de formularios de repuesto. Notamos que la mayoría de los promotores simplemente dejan de registrar la información de sus visitas cuando han llenado la parte de la tarjeta para el registro de la familia siempre (usualmente) que no hay tarjetas de repuesto. Sospechamos también que existe muy poca supervision en la revisión de las tarjetas de las familias de los promotores.

La falta de información reciente advertida en la mayoría de las tarjetas de los promotores, puede reflejar o apatía en llenar la información (ya que nadie lo chequea),o que no están haciendo sus visitas en lo absoluto.

Evidentemente muchos formularios para información y supervision se hicieron y estaban disponibles al inicio del SBS, pero muy pocos están ahora en uso, aparentemente porque no se re-imprimieron o re-suministraron en base regular. De todos modos

no vimos nunca ninguna lista en uso para supervision, y aparentemente, no se usa ninguna. Hay un espacio en la tarjeta familiar de los promotores para que el supervisor haga comentarios, pero éste raramente estaba lleno, y no vimos ningún comentario reciente en las aproximadamente 500 tarjetas que revisamos. Como no se pone una atención adecuada al re-suministro de formularios y existe una supervisión inadecuada, no hay duda de que la calidad de la información se ha deteriorado.

(13) SBS Urbano y Peri-Urbano

El Prestamo I del Sector Salud de la USAID incluía financiamiento para un SBS urbano, y fué, de hecho, ejecutado en 1976, para dejarse luego debido a la falta de interés por parte de los promotores y a la creencia de que el sistema estaba "duplicando los servicios" en el área urbana.

Los problemas de crear un SBS urbano o peri-urbano son obviamente grandes, dada la inestabilidad de la población objetivo y a la dificultad de reclutar y mantener promotores y supervisores. Sin embargo, la necesidad de un programa similar al SBS rural existe ciertamente en éstas áreas. En el presente, la peor situación de vacunación en la República Dominicana existe probablemente en las áreas marginales urbanas. Un SBS basado en promotores podría mejorar la salud y el status de vacunación en estas áreas y SESPAS ha instado a la participación voluntaria en un sistema urbano utilizando promotores, pero es muy temprano aún para juzgar si este esfuerzo tendrá éxito.

(14) Política y el SBS

Como se ha mencionado ya en varias ocasiones, las consideraciones políticas han influenciado el financiamiento y el desarrollo del SBS. Como un factor positivo, la política fué importante al dar importancia a lo rural, en vez de programas de salud urbanos o basados en hospitales. Por otra parte, la política puede haber influenciado negativamente al SBS, al nombrar personas que no estaban calificadas, adiestradas o motivadas para realizar su trabajo.

Los comités de salud ciertamente han sido politicamente motivados, y son responsables del éxito en la selección de los promotores. Estos comités están tambien involucrados en la selección de supervisores de promotores, aunque los motivos políticos estaban presentes a todo lo largo de la cadena de mando, especialmente en el nombramiento de supervisores de area. El sistema de supervisión, ya extremadamente debil y desorganizado, no parece haberse beneficiado de la mayoría de estos nuevos nombrados.

(15) Compensación: Ventajas y Desventajas

Intimamente ligado a la cuestión política está la compensación para promotores y supervisores. Aparentemente muchos promotores y supervisores reciben un cheque mensual del Gobierno por hacer muy poco o ningún trabajo. Aunque si oimos hablar de promotores y supervisores que habían sido reemplazados porque no hacían su trabajo, la tolerancia por poco o ningun trabajo parece ser bastante alta.

La mayoría de los supervisores de promotores, a 200 pesos al mes, están probablemente pagados en exceso para la cantidad de trabajo que realizan (ver V (7c)). Es desmoralizante y destructivo para cualquier organización el tener personas, dentro o fuera, enteradas de tales injusticias. Esto se aplica a los promotores haraganes tambien, ya que la comunidad se entera del hecho de que el promotor está recibiendo 50 pesos mensuales para hacer casi nada. Los dos aumentos de salarios recibidos por los promotores desde el inicio del programa en 1976 (de 30 pesos a 40 pesos a 50 pesos al mes) parece haber tenido motivos políticos.

Muchos promotores realizan el trabajo que les corresponde; algunos son muy dedicados a su comunidad y hacen aún mas, pero muchos parecen hacer relativamente poco. Sea o no que la SESPAS considere 50 pesos al mes un "salario". es de hecho considerado un salario, aunque es menos de la mitad del sueldo mínimo legal que es de 125 pesos mensuales por un trabajo a tiempo completo, y el dinero si parece ser importante económicamente para estas personas. Si los 50 pesos se descontinuaran y el SBS se convirtiera en un servicio voluntario, creemos que la actual infraestructura existente de promotores se deterioraría rapidamente, a menos que se desarrollen otros mecanismos de financiamiento.

Si los supervisores continuan recibiendo un pago por poco o ningun trabajo, y a los promotores se les quitara el "salario", se desarrollarían rapidamente sentimientos de resentimiento.

En el presente la infraestructura que se mantiene se debe ampliamente a los salarios y en escala menor, al espíritu comunitario de los promotores. Si el sistema recuperara la motivación y el espíritu de cumplimiento, entonces el "salario" sería menos importante. La prioridad debería ser el mejorar el SBS incrementando tanto la calidad como la cantidad del trabajo a remunerarse con el salario pagado.

Es digno de mencionarse que algunos promotores nos dijeron que recibían muy poca compensación por el trabajo que realizaban. Muchos en el SBS, y quizás fuera del SBS estan siendo pagados demasiado para el trabajo que producen.

En conclusión, la compensación en el SBS ha ayudado a construirlo, y mas importante aun, a mantener su infraestructura. Desde el punto de vista negativo, la compensación probablemente alienta el favoritismo, y al nombramiento de personas ni calificadas ni adiestradas en posiciones dentro del SBS, especialmente en puestos de supervision.

(16) Administración y Regionalización

Desde sus comienzos el SBS ha sufrido de una desmembración organizacional. Aunque se concibió en el Prestamo I del Sector Salud para ser incorporado dentro de la estructura administrativa del programa de malaria, SNEM, ésto no ha tenido lugar nunca, y el SBS creció paralelamente, directamente bajo la responsabilidad del Secretario, aunque es administrado por el Coordinador del Prestamo I del Sector Salud.

En el Prestamo II del Sector Salud se reconocieron los problemas institucionales de la posición del SBS, y se anticipó su reestructuración bajo la División de Educación en Salud, un cambio que no se produjo nunca.

El creciente respaldo de la nueva administración (1978) y la rápida expansión del programa durante 1979 y 1980, consolidó al SBS bajo la Dirección de Salud Rural y más adelante logró su incorporación dentro de la Dirección General de Salud Rural bajo la Sub-Secretaría de Salud (1980). Actualmente está estructurado así, aunque ha tenido un reciente cambio de nombre a División de Atención Médica Rural, la cual se divide en Departamento de Atención Comunitaria y Departamento de Atención Rural Dispersa.

Todo esto refleja la contínua influencia de la AID para alentar la incorporación de este programa, el cual comenzó aislado, dentro de las actividades de la SESPAS. El resultado de este intento ha sido mixto. Como con otros muchos programas verticales, los cuales operan según su propia dinámica, el proceso de incorporación a menudo resulta confuso con respecto a la autoridad, supervisión y apoyo logístico. Sus líneas previas han sido cortadas o interrumpidas, y en vez de tener atención exclusiva, el programa debe ahora competir con otros elementos dentro de una estructura mayor. El éxito de este cambio se determinará en parte por el grado en el cual el programa llene las necesidades de esta institución mayor. Otro factor significativo, sin embargo, es si esta institución mayor,por si misma,tiene o no sistemas de administración y respaldo

funcionales, capaces de absorber este programa adicional. Esta es la posición en la cual encontramos el programa del SBS.

Aunque hay algunos indicadores de iniciativas regionales dentro del SBS, la oficina central parece manejar y tomar las decisiones.

Con tantos promotores en el campo y tantas situaciones geográficas, demográficas y epidemiológicas, el SBS debería ser más flexible y permitir cambios en las funciones de promotores y supervisores de región en región o más aun de una comunidad a otra. El SBS debería regionalizarse para permitir que responda mejor a las necesidades de cada comunidad específica. La necesidad de esta clase de flexibilidad va a aumentar, porque ya que el SBS ha alcanzado algunas de sus metas (por ejemplo: vacunaciones), entonces asumirán mayor importancia otros problemas menores. Estos problemas (malaria, por ejemplo) varían grandemente de una ubicación a otra.

(17) Discusión

Los Prestamos I y II del Sector Salud de la USAID ayudaron a comenzar y a expandir los sistemas básicos de salud en la República Dominicana, basados en sus 5,200 promotores. Se extendió el acceso a cuidados primarios de salud a alrededor de 2,100,000 personas del area rural, quienes antes no tenían acceso a estos servicios.

Las características sólidas y positivas del SBS son:

a) El aumento de la cobertura en la población rural, como ya se mencionó.

b) Un muy posible decenso de lo siguiente en las areas servidas por el SBS:

i) tasa de mortalidad infantil.

ii) Tasa de mortalidad infantil en niños de 1 a 4 años, y

iii) tasa de fertilidad y nacimientos.

c) La existencia de una infraestructura de salud en areas rurales, dirigida mayormente a la medicina preventiva;

d) Un involucramiento sólido de la comunidad con el SBS.

e) Una alta cobertura de vacunacion en las areas rurales; y

f) El respaldo de salario por parte del Gobierno para mantener al SBS, demostrando así el compromiso del Gobierno con la salud y la medicina preventiva rurales, en vez de medicina urbana de hospital.

Las Características Negativas del SBS son:

a) La baja productividad de promotores y supervisores, reflejando muy pocos resultados tangibles, con excepción de las areas de vacunaciones y posiblemente planificación familiar.

b) Un sistema de supervisión debil y casi no funcional.

c) Esfuerzos mínimos para el re-adiestramiento y la educación contínua.

d) Un sistema poco confiable de recolección de datos y un sistema debil de información, los cuales obstaculizan una evaluación constructiva del SBS.

e) Problemas logísticos, y

f) Falta de flexibilidad debido a la poca decentralización de la autoridad en favor del nivel regional.

El SBS ha desarrollado una infraestructura en la República Dominicana para la entrega de programas de salud preventiva, que en la actualidad tiene capacidad de alcanzar aproximadamente el 80% de la población rural. Por la cantidad de dinero que se gasta periodicamente, sin embargo, el programa debería lograr mucho mas. No obstante, en gran parte debido sistemas de supervisión débiles el SBS no ha logrado su potencial. Si pudiera mejorarse la supervisión, y re-inspirarse a los promotores para que ayuden a resolver los problemas de salud de sus comunidades, el SBS le ahorraría a la República Dominicana grandes costos en los servicios de salud ofrecidos a niveles más altos.

Aunque no son enteramente confiables, las tasas de mortalidad y nacimientos demuestran ya un mejoramiento en las areas objetivo. Las tasas de vacunación son excelentes para un programa "horizontal". El SBS, sin embargo, muestra falta de "mantenimiento" excepto en los salarios y las vacunas. Hay muy poca reiteración de filosofía, educación contínua, o supervisión efectiva. La productividad del SBS parece haber declinado en los últimos 2 años y necesita resucitar. Con alguna regionalización efectiva, re-adiestramiento de promotores y supervisores, y con una mayor atención a los sistemas de información y logística, el SBS podría continuar mejorando el status de salud de los dominicanos.

VI. Recomendaciones y Alternativas para el Mejoramiento del SBS

Se recomienda enfáticamente que la USAID y el GRD continúen dando respaldo económico al SBS aunque el programa está actualmente "sirviendo" alrededor del 80% de la población rural. Existe una infraestructura en salud rural, pero está sub-utilizada debido a sistemas inadecuados de respaldo administrativo (supervision, información y logistica).

Para hacer el SBS mas efectivo, debe consolidarse y llevarse de nuevo a sus objetivos originales y sacarlo de su estado actual, casi sin rumbo. Excepto por las vacunaciones, los objetivos preventivos del SBS han sido ampliamente olvidados. El mejoramiento del respaldo administrativo en la infraestructura existente, hará posible que se revivan los otros programas preventivos y a que e expandan las funciones y la cobertura del sistema.

A continuación, se enumeran nuestras recomendaciones para la consolidación, mejoramiento y/o expansión del SBS:

1) El sistema de supervisión debe convertirse en un verdadero sistema de supervisión.
2) Deben desarrollarse y ejecutarse los formularios para supervision, incluyendo las listas.
3) Debe desarrollarse y ejecutarse un programa de educación contínua para todo el personal del SBS, sobre una base regular y obligatoria.
4) Los promotores y supervisores deben ser personas calificadas y deben escogerse por su dedicación a los objetivos del SBS.

El personal que no quepa dentro de este criterio debe sustituirse. Los programas de educación contínua y mejoramiento de la supervisión deben utilizarse para identificar el personal incompetente.

5) El respaldo salarial para los promotores y supervisores debe recibir alta prioridad y debe continuarse en el presente de ser posible. Un análisis financiero extenso del presupuesto de operacion de la SESPAS pudiera identificar otras areas donde pudieran hacerse ahorros presupuestarios en servicios de salud.

   Si es necesario descuntinuar el salario más adelante, deben explorarse otras alternativas de financiamiento a través de la comunidad, y sería más preferible aún.

6) Los sistemas de información y recolección de datos necesitan simplificación, racionalización y una mejor supervisión para hacer posible la evaluación.

7) Los problemas de logística, tales como el suministro de algodon, formulario, termos, y los gastos de transportación de los promotores deben recibir atención.

8) Debe delegarse más poder de decisión a las regiones; debería hacerse un esfuerzo para ampliar el respaldo a las oficinas regionales para permitir la regionalización.

9) Debe prestarse atención a la creación de un sistema que responda a las diferentes necesidades dependiendo del área. Los promotores de una región deben adiestrarse en funciones diferentes a otros promotores de otros sitios, dependiendo de las necesidades de su comunidad.

10) El sistema debe extenderse a otras areas rurales para así cubrir la mayor area rural posible. Esta cobertura incluiría áreas rurales tanto en la vecindad de las clínicas rurales como en las áreas remotas (comunidades con población por debajo de 400) que no están incluídas en el sistema en el presente. Se estima que esta cobertura adicional requiriría 1,200 promotores adicionales y 120 supervisores adicionales.

11) No deberá extenserse el SBS a áreas urbanas y peri-urbanas hasta que el sistema rural esté bien dentro de su fase de "consolidación". Sin embargo, algunos estudios preliminares y/o experimentos en las areas peri-urbanas deben realizarse, ya que estas áreas están grandemente necesitadas.

12) Deben explorarse alternativas de financiamiento en caso de que el respaldo financiero se descontinue. Algunas alternativas posibles serían el financiamiento directo de la comunidad a traves de cuotas o el establecimiento de una farmacia de la comunidad regida por el promotor y el comité de salud.

13) Debe mejorarse el sistema de transportación, de ser posible incluyendo bicicletas, así como también el uso eficiente de las motocicletas y vehículos, a fin de permitir una mejor supervision y respaldo de los varios programas preventivos, tales como nutrición y salud materno-infantil.

14) Debe darse respaldo continuo a los sistemas de agua y saneamiento, utilizando la educación en salud que viene con el Prestamo III, pero con financiamiento de otras fuentes.

15) Se requieren programas de orientación y re-orientación a intervalos regulares para el personal asignado a las clínicas rurales (incluyendo especialmente a los médicos en su primer año de servicio rural).

    Debe tratarse de incorporar este adiestramiento en medicina comunitaria y preventiva al curriculum de las escuelas de medicina.

16) Como las clínicas rurales constituyen el respaldo de los promotores y del SBS, el suministro de drogas debe mejorarse a fin de mejorar la calidad de los cuidados.

    Deben considerarse servicios mínimos de laboratorio para las clínicas rurales.

17) Es razonable considerar la ampliación del papel del promotor. Esta última recomendación se trata más adelante.

    Debe darse seria consideración al establecimiento de áreas de prioridad para la expansión del papel de los promotores una vez que el sistema de respaldo administrativo se haya mejorado para aumentar el rendimiento de su papel actual.

    Dado el caso de que:

    a) los promotores sienten generalmente que su trabajo es importante y que parece que reciben reconocimiento de su comunidad por el trabajo que realizan;

b) los promotores están ya comunicando ideas de educación en salud a sus comunidades, las cuales no eran efectivamente comunicadas antes;

c) que parece haber un entusiasmo de parte de los promotores para la ampliación de sus responsabilidades;

d) muchos promotores habían sido adiestrados en detección y tratamiento de la malaria;

e) muchas comunidades desean recibir servicios de salud más amplios de sus promotores; y

f) los programas de inmunización en las areas del SBS están casi en la etapa de mantenimiento, y requerirán menos tiempo de los promotores.

Entre las alternativas para ampliar el papel de los promotores se incluyen: la involucración en un programa específico para promover la rehidratación oral en la comunidad, programas específicos de control de enfermedades, ampliación de los cuidados de primeros auxilios y emergencia, y una mayor involucración en los programas de agua y saneamiento.

Al ampliar las funciones de los promotores del SBS, es importante tener cuidado ya que:

(1) sus funciones mas importantes son las intervenciones preventivas y no debe perderse ese enfoque al introducir actividades curativas; (2) tienen una capacidad limitada de aprendizaje y sus habilidades deben usarse a fin de que queden en primer lugar las tareas de mayor importancia; (3) si tienen muchas funciones que desempeñar, puede que las realicen pobremente, en vez de hacer las tareas claves bien; (4) tienen un tiempo limitado.

Teniendo presentes estos factores, puede considerarse las necesidades específicas de la comunidad (las cuales pueden variar) y las habilidades específicas del promotor.

El promotor deberá continuar con sus programas básicos que ya conoce (por lo menos en teoría), i.e.:

a) vacunaciones;

b) planificación familiar y cuidados básicos del embarazo;

c) nutrición y cuidado infantil;

d) higiene, agua potable y desecho de basura; y

e) registro de estadísticas vitales.

A continuación posibles funciones adicionales para el promotor, las cuales merecen consideración prioritaria:

a) promoción y uso de sales para rehidratación oral;

b) control de la malaria: detección de casos y tratamiento;

c) deteccion de casos de tuberculosis y seguimiento de los casos positivos;

d) colaboración con el control de brucelosis en ciertas areas, según sea apropiado;

e) cuidados de primeros auxilios y emergencia;

f) poner inyecciones, bajo prescripción de un médico, y

g) conocimientos básidos en el cuidado de partos normales y de emergencia.

Obviamente, el promotor requeriría adiestramiento adicional para realizar cualquiera de éstas tareas, así como tambien educación continua relativas a las mismas. Muchos de los promotores

ya estan realizando trabajos de control de malaria y están poniendo inyecciones. La ampliación de las tareas del promotor deberán incluir estas dos tareas en los sitios pertinentes. Estas y otras simples tareas curativas se hacen mas importantes mientras mayor sea la distancia entre la comunidas y la clínica rural.

Si el promotor realiza bien sus programas preventivos básicos, la proxima tarea que debe aprender a realizar deberá ser probablemente la detección y seguimiento de casos de tuberculosis.

Las medidas curativas deben ser limitadas, ya que tienden a cobrar más importancia que las intervenciones preventivas, pero hay una verdadera necesidad de que se manejen emergencias de todo tipo. La cumunidad generalmente lo desea, y el promotor se siente impotente sin el adiestramiento adecuado o un mínimo de medicinas. Se necesitaría un adiestramiento especial para que el promotor pueda identificar emergencias, y debe diseñarse tal adiestramiento de manera que satisfaga las necesidades específicas.

A continuación algunas tareas específicas de emergencia apropiadas para el promotor (aproximadamente en orden de importancia):

a) tratamiento de la diarrea y desidratación con sales para hidratación oral;

b) reconocer enfermedades serias e infecciosas y referimiento adecuado;

c) tratamiento de enfermedades menores;

d) partos normales de emergencia; y

e) tratamiento o estabilización de pacientes traumatizados.

Las medicinas básicas que se darían a los promotores serían, según casos específicos, sales para rehidratación oral, aspirina y elixir para la tos.

Dependiendo de las tareas que vayan a realizar, se requeriría un abasto mínimo conteniendo algodon, alcohol, jeringuillas, esparadrapo, soluciones antisepticas, y algunos materiales básicos para relizar partos de emergencia.

El supervisor del promotor tambien tendría que adiestrarse para ejercer una supervision efectiva de las nuevas tareas, a menos que la supervision de éstas tareas se provea de otras fuentes. En algunos casos ésta última alternativa sería probablemente preferible pero quizas difícil logisticamente.

De nuevo, las diferencias de personal y las necesidades de cada región deben considerarse individualmente, y el SBS debe ser flexible para adaptarse a estas alternativas. Se ha propuesto un programa de vigilancia de enfermedades de los ojos como parte del Prestamo III de Salud, y esta sería una actividad más para la ampliación de las responsabilidades de los promotores, quizas restringida a las areas que sufren de una alta incidencia de estas enfermedades.

Muchos promotores están ya quejándose de la poca paga que reciben por sus servicios y del tiempo que están dedicando a ellos. Ampliar sus responsabilidades sólo agravaría esta queja. Si se hacen muchas demandas adicionales a los promotores, debe considerarse la forma de un incentivo adicional.

Esta evaluación del SBS ha encontrado tanto puntos débiles como sólidos en el sistema. Aunque varios de los programas preventivos no parecen estar funcionando en óptimas condiciones, poniendo un nuevo entusiasmo en los promotores por medio de la ampliación selectiva de sus funciones, al mismo tiempo que dándoles adiestramiento y respaldo,quizas se logre revivir la chispa del interés en los programas preventivos originales.