

**Resúmenes de
las investigaciones operativas
financiadas por PRICOR**

Marzo 1987

El trabajo en el que esta publicación está basado fue publicado en su totalidad o en partes por el Center for Human Services bajo Acuerdo Cooperativo Número AID/DSPE-5920-00-A-1048-00 con la Agencia para el Desarrollo Internacional.

RESUMENES DE LOS ESTUDIOS DE PRICOR I

<u>PAIS</u>	<u>TEMA*</u>
Benín	FC
Bolivia	FC/TCS
Brasil	FC/TCS
Dominica	FC
Ecuador	TCS
Egipto	TRC
Filipinas	FC/TCS
Granada	CO/TRO
Haití	FC/TCS/TRO
Honduras	FC
India	DCB
Jamaica	FC/TCS
Liberia	FC/TCS/TRO
Mali	FC
México	TCS/TRO
Nigeria	TCS
Papua Nueva Guinea	CO/TCS
Perú	TCS
República Dominicana	FC/TRO
Senegal	FC
Somalia	CCD
Swazilandia	FC/TCS
Tailandia	TCS
Tanzania	FC
Uruguay	CO
Zaire	FC

DCB	Distribución Comunitaria de Bienes
FC	Financiación Comunitaria
OC	Organización Comunitaria
TCS	Trabajadores Comunitarios de Salud
TRO	Terapia de Rehidratación Oral

Resumen del Estudio

FINANCIACION COMUNITARIA DE SERVICIOS DE APS EN EL PROYECTO DE FOMENTO DE LA SALUD DE PAHOU, BENIN

Entre 1983 y 1985 se realizó en la República Popular de Benín un estudio de investigación operativa para establecer una estrategia de financiación comunitaria destinada a apoyar el sistema de atención primaria de salud (APS) del Proyecto de Fomento de la Salud de Pahou. Después de considerar varias posibilidades viables, los administradores del proyecto propusieron dos estrategias de financiación a las familias que habitaban en las 15 aldeas que constituyen las comunas de Pahou y Avleketé: un honorario por episodio de enfermedad en caso de tratamientos curativos, con aumento de precios para cubrir otros costos, y un plan de seguro pagado por anticipado que les diera libre acceso a los servicios de APS. Aunque se había esperado que las familias eligieran ambas opciones, decidieron pagar el honorario por episodio. Las familias explicaron que, pese a reconocer que se beneficiarían con el plan de pago anticipado, no estaban en condiciones de hacer el pago anual (ni siquiera semestral) correspondiente. Solo los 11 miembros del personal de salud eligieron el plan de pago anticipado para sus familias.

Con el visto bueno de los dirigentes de la comunidad, los ingresos generados por el pago de atención curativa se emplearon para sufragar el costo de los suministros de medicamentos y la remuneración de los trabajadores de salud de la aldea (TSA). Los costos de inversión fueron sufragados por donantes extranjeros con la condición de que el Gobierno de Benín y las comunidades cubrieran los costos operativos (sueldos del personal de los centros de salud y costos de infraestructura).

Los reglamentos vigentes guían a los TSA y al personal del centro en el diagnóstico y tratamiento y en la determinación del honorario que se ha de cobrar al paciente. Los honorarios que cobran los centros de salud y los TSA son uniformes en todo el proyecto. La suma básica cobrada por el tratamiento representa el costo de los medicamentos necesarios para aquél más un porcentaje para ayudar a cubrir los costos operativos. Este aumento de precios se calculó estimando el número de casos de la enfermedad y la proporción del tiempo del personal dedicado al tratamiento. Ese cálculo se empleó luego para determinar el porcentaje de los costos de operación que debe agregarse a los costos del medicamento. Además, una parte de los costos totales de la atención preventiva (por ejemplo, atención prenatal y posnatal, vacunaciones y distribución de Oralyte a los hogares) se incluye en el precio de la atención curativa. La reducción del costo de los medicamentos como resultado del empleo de productos genéricos permite aumentar los precios

del tratamiento para cubrir otros costos (además de los costos de los medicamentos y de la remuneración de los TSA), pero al mismo tiempo mantener precios aceptables que estén al alcance de la población.

Las personas que buscan atención curativa pagan todo el tratamiento en su primera visita, independientemente del número de visitas de seguimiento. La atención curativa y las intervenciones preventivas se administran gratuitamente a los escolares y a los indigentes. Se han cuadruplicado los precios del tratamiento administrado a las personas que residen fuera de la zona del proyecto pero que desean emplear los servicios de éste. Además de incrementar los ingresos del proyecto, esto ayuda a limitar la entrada de "extraños" y evita que éstos obtengan los medicamentos del proyecto para revenderlos en otra parte y sacar provecho. En el centro de salud se cobran los mismos precios del tratamiento dispensado a "extraños" a las personas que viven en la zona del proyecto pero que no han sido enviadas al centro de salud por el TSA; con este sistema se apoya a los TSA y se amplía su credibilidad asegurándose de que las personas sigan los procedimientos establecidos.

Se desplegó un gran esfuerzo para administrar y mantener el sistema de financiación comunitaria. Tanto el personal del centro de salud como los TSA recibieron capacitación en administración de recursos y logística. La enfermera jefe del centro de salud recibió también capacitación en servicio en teneduría de libros por parte de un contabilista que examina regularmente las cuentas de caja del centro de salud y de los TSA. El control de las transacciones de caja (recopilación de recibos y gastos efectuados) es una responsabilidad de un subcomité de administración financiera del Comité de Salud de la Comuna formado por tres dirigentes comunitarios y la enfermera jefe del centro de salud. Además el personal del centro de salud realiza evaluaciones semestrales del grado de cobertura. Esos resultados, que se discuten con el Comité de Salud de la Comuna, han llevado a reajustes en los precios de ciertos tratamientos. Los supervisores utilizan también los recibos para comparar el volumen de medicamentos empleado y los ingresos recogidos con las existencias de medicamentos y los ingresos previstos. Cuando los ingresos de las enfermeras y los TSA son inferiores a lo que deben ser, se deduce la cantidad correspondiente de la remuneración de la persona responsable.

Los ingresos de este sistema financiero han asegurado un acceso de 90-100% a los servicios para toda la población (definida como la que vive a 2 km de los lugares donde se prestan servicios) y un índice de desertión de TSA inferior a 7% en tres años. Entre julio de 1983 y junio de 1985, los ingresos recibidos de integrantes de la comunidad registrados en el proyecto permitieron cubrir 40-50% de los siguientes

costos recurrentes: reabastecimiento de medicamentos, remuneración de los TSA, gasolina para trabajo de supervisión y dispensarios móviles de salud materno-infantil, mantenimiento del centro de salud y el sistema de información a nivel de la aldea (formularios para el tratamiento dispensado por los TSA, para las visitas domiciliarias y para la atención prenatal y posnatal). Cuando se incluyen recibos de "extraños", la cobertura de esos costos es de 60 a 80%. En la segunda mitad de 1985 el ingreso total proveniente de tratamientos curativos permitió sufragar todos esos gastos.

El análisis de costos se basó en una serie de estudios de utilización del tiempo del personal (registros del trabajo) y de los recursos (registros de logística). Los resultados preliminares (julio de 1983-junio de 1985) mostraron un costo medio anual de EUA\$4,75 per cápita, incluidos todos los costos recurrentes, los costos anuales del capital amortizado y una parte anual de los costos de las actividades de iniciación amortizados en un período de 10 años. Estos costos representan costos reales del proyecto, inclusive de consultores, capacitación suplementaria para el personal del proyecto y tiempo para que el personal del centro de salud realice actividades de investigación y capacitación de parteras estudiantes. Los costos recurrentes de servicio se estiman en EUA\$2 anuales per cápita.

En conclusión, para alcanzar autosuficiencia, cualquier sistema de financiación comunitaria necesita al menos dos años de buena administración (vigilancia ordinaria de la cobertura y un estricto sistema de contabilidad). Además, no se puede esperar que en un sistema de financiación comunitaria que funciona solo en la aldea sea posible cubrir los costos de los medicamentos, la remuneración de los TSA y los servicios de apoyo como supervisión. El estudio demostró que solo 25% de los ingresos del proyecto provino de tratamientos administrados en la aldea (incluidos los ingresos de "extraños"). Sin embargo, un estudio más profundo podría revelar otras formas de generar ingresos y de organizar la prestación de servicios para que se pueda lograr autosuficiencia en la aldea.

* * *

Este estudio fue realizado por el Comité de Servicio Universal Unitario (UUSC) entre abril de 1983 y diciembre de 1985. Para mayor información diríjase a los investigadores principales, Dr. Eusebe Alihonou, B.P. 1822, Cotonou, Benín, o a la Lic. Elizabeth Coit, UUSC, 78 Beacon Street, Boston, Massachusetts 02108 o a la Lic. Marty Pipp, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

FINANCIACION COMUNITARIA PARA REDUCIR LA DESERCIÓN DE LAS AUXILIARES DE SALUD Y AMPLIAR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LAS COMUNIDADES RURALES

Los investigadores del Instituto de Investigaciones Médico Sociales (IIMS) realizó un estudio con la técnica de investigación de operaciones para encontrar la forma de reducir el índice de deserción de las auxiliares de salud de la comunidad o Sanitarios Nativos (SN) en Cochabamba, Bolivia. Los objetivos del estudio consistieron en identificar condiciones en las que la comunidad estaría dispuesta a apoyar a una auxiliar de salud y planes factibles de financiamiento que permitieran pagar sueldos estables a los SN. Los resultados preliminares indican que los pobladores de la aldea están dispuestos a pagar en especie los sueldos de las auxiliares de salud siempre y cuando los trabajadores sean dignos de confianza y se dediquen exclusivamente a sus propias comunidades. Puesto que el ingreso total de estos pagos en especie cubriría solo la mitad del actual sueldo de los SN, los investigadores concluyeron que solo se podrían proporcionar trabajadores de salud estables, apoyados por la comunidad, capacitando y asignando a una promotora de salud de un nivel más bajo con un menor sueldo determinado por la comunidad. Este plan permitiría también ampliar la atención a zonas donde antes no se habían prestado servicios estructurados.

Con el fin de determinar la mejor forma de manejar estos pagos en especie, los investigadores del proyecto trabajaron con grupos y personas de la comunidad y sostuvieron discusiones abiertas entre ellos. Después de varias sesiones, los investigadores propusieron que las cuotas (en forma de trigo o papa) se recogieran en mayo una vez terminada la cosecha. La cuota equivale aproximadamente a US\$7,00 por familia, independientemente de la tierra que esta posea. La organización y recaudación de las cuotas se efectúa por intermedio de dos organizaciones de la comunidad: el sindicato y el comité de salud. El sindicato, una organización tradicional y muy visible en las comunidades rurales, es una institución ideal de colaboración porque existe en cada comunidad y la afiliación es obligatoria para cada jefe de familia. El director de cada sindicato en la zona del estudio apoya el proyecto y se encargará de que cada familia pague su cuota. Además, cada sindicato ha elegido a un miembro para que forme parte de la segunda organización colaboradora en este plan, que es el comité de salud. Este grupo, compuesto del representante del sindicato y de una madre elegida, se encargará de recoger, almacenar y comercializar los productos recibidos a manera de pago en especie. El plan en general estará bajo la supervisión de dos médicos bolivianos que trabajan con INEDER, una organización holandesa privada voluntaria.

El plan, ya en marcha en siete comunidades, implica perfeccionamiento del SN para prestar mejores servicios y supervisar a seis promotoras localizadas en aldeas satélite. Las promotoras difieren del SN en el sentido de que por lo general son madres de edad madura, con muy poca escolaridad o ninguna, que recibirán la mitad del sueldo del SN por el mismo tiempo trabajado. La mayor capacitación del SN y su experiencia práctica en el puesto de salud en años anteriores explican parcialmente la diferencia de pago.

La capacitación y supervisión de los promotores está a cargo del personal de investigación y de los dos médicos bolivianos que supervisan el plan. La capacitación bimestral se centra en temas específicos de salud como TRO, primeros auxilios o saneamiento. El trabajador recibe folletos con ilustraciones para recalcar los puntos importantes. Los supervisores hacen una visita mensual, estudian los registros de los trabajadores y se reúnen con las organizaciones de la comunidad encargadas de la administración de los sueldos de los auxiliares de salud.

Un contrato suscrito entre el MS e INEDER garantiza la continuidad del personal de este proyecto y apoyo institucional al menos por tres años más. La difusión de los resultados del proyecto se ha logrado por medio de varias reuniones con el MS y las organizaciones voluntarias privadas que trabajan en el departamento de Cochabamba. Dos de esas organizaciones (IDEPO y el Proyecto Tirague) esperan emplear los resultados del estudio de PRICOR para ampliar el modelo.

* * *

Este estudio se realizó entre octubre de 1984 y marzo de 1986. Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. René González, Director, IIMS, Casilla 4444, Cochabamba, Bolivia, o a la Lic. Karen Evalyn Johnson, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

DETERMINACION DE DIVERSOS MECANISMOS DE FINANCIACION COMUNITARIA PARA APOYAR LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN BOLIVIA

La Misión Boliviana de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional realizó un estudio de factibilidad a comienzos de los años ochenta para investigar las posibilidades de establecer servicios de atención primaria de salud en el Departamento de Santa Cruz, Bolivia, con financiamiento privado. En 1984, PRICOR ofreció asistencia financiera a la Fundación Integral de Desarrollo (FIDES) de Santa Cruz para diseñar conjuntos de servicios de APS y someter a ensayo varios mecanismos de financiamiento. Durante las etapas preliminares de este proyecto, se han identificado tres cooperativas regionales para la administración conjunta del proyecto. Se esperaba poder establecer por su intermedio un sistema de APS que permitiera prestar servicios esenciales a las poblaciones desatendidas o mal atendidas, expuestas a riesgos, en zonas selectas y marginales de los sectores urbano y rural de Santa Cruz y sufragar el costo total de esos servicios con fondos generados por la comunidad al final del tercer año del proyecto. Las cooperativas están particularmente bien adaptadas para ese fin por estar orientadas hacia los clientes, contar con administración privada y haberse organizado en la mayoría de los casos, en parte, para prestar limitados servicios de salud a sus afiliados.

Partiendo del principio de que los nuevos servicios de APS serían administrados y financiados por medio de estas cooperativas, FIDES/PRICOR diseñó el estudio de campo alrededor de la idea de la APS basada en las cooperativas para las familias de bajos ingresos. Se acopiaron datos por medio de varios estudios para describir el medio en que funcionaría la APS, inclusive se realizaron actividades como 1) una reseña de publicaciones, 2) entrevistas con informantes clave en la zona de Montero, 3) estudios de casos de planes innovadores de financiamiento de la atención de salud en Bolivia, 4) encuestas de familias, 5) un inventario de recursos institucionales en la zona de Montero, 6) un análisis de las comunidades en la zona de los Mineros y San Julián, 7) delineación cartográfica de la zona, 8) preparación de cuadernos de familias, 9) acopio y análisis de datos longitudinales y 10) un análisis del medio ambiente en que se realiza el programa. FIDES inició esta actividad con una encuesta de las familias de tres poblaciones distintas en el Departamento de Santa Cruz: los barrios periurbanos de Santa Cruz, la capital del Departamento; la ciudad de Mineros y sus dependencias rurales y la remota zona de colonización rural de San Julián.

Por varias razones que están fuera de los límites del presente informe, los servicios de APS no serán administrados por medio de las tres cooperativas originales. Sin embargo, los datos aquí presentados son apropiados para cualquier entidad preocupada por la sólida planificación de la atención de salud en la región de Santa Cruz y por eso merecen considerarse.

La encuesta fue administrada a 545 familias de Santa Cruz, 470 de la zona de Mineros y 267 de la zona de San Julián, todos hogares pertenecientes a la población destinataria de los proyectos de salud de las cooperativas. La información acopiada comprendió características sociodemográficas básicas de la familia; rememoración de los episodios de enfermedad en las últimas dos semanas y de la utilización de los servicios de los hospitales en el último mes; datos de fecundidad del último año de todas las mujeres de 15 a 45 años; datos sobre la utilización y los gastos de atención de salud en las últimas dos semanas; grado de escolaridad y condición socioeconómica de la familia; participación comunitaria y actitudes sanitarias de los informantes, y tipos de servicios de salud a los que los informantes desearían tener acceso y por los que estarían dispuestos a pagar.

Los resultados de la encuesta en las tres localidades se pueden dividir en tres aspectos distintos:

Lo que la gente considera que es el sistema de prestación de servicios preferido o ideal.

Los mecanismos de financiamiento que la gente estaría dispuesta a apoyar.

El monto de los gastos actuales por concepto de salud.

El entrevistador le preguntó al informante de cada hogar (jefe de familia) a quién le correspondía prestar servicios de salud en la comunidad. En cada zona, más de la mitad (de 51,1 a 63,5%) de los informantes creyeron que el gobierno debería prestarlos. En Santa Cruz, 25% de la población entrevistada creyó que esa era una tarea de la comunidad y de las familias, mientras que la cifra correspondiente fue de 17% en Mineros y de solo 2,1% en San Julián.

En marcado contraste con el proveedor ideal, las respuestas al mecanismo del pago ideal indicaron que una mayoría de familias creía que la familia o la comunidad tenía la responsabilidad de pagar los servicios: 51,3% en San Julián, 57,6% en Mineros y 61,0 en Santa Cruz.

Cuando, por razones de información, se necesita entender cuál es el plan de prestación de servicios (proveedor y mecanismo de pago) preferido o ideal en cada zona, es quizá más útil examinar los planes de financiamiento que la población de esas zonas está dispuesta a apoyar.

En San Julián, los mecanismos de financiamiento más populares fueron las cosechas, las tarifas anuales y los pagos a plazos. En Mineros, los pagos a plazos, las tarifas anuales y los pagos en especie. En Santa Cruz, el crédito a largo plazo fue con mucho el más popular, seguido de las tarifas anuales y los pagos a plazos. El porcentaje de informantes que no estaba dispuesto a apoyar ninguno de los planes fue mínimo en cada zona: 3% en San Julián, 1,5% en Mineros y 1,3% en la ciudad de Santa Cruz.

Aunque parezca claro que las personas de cada una de las zonas de la encuesta estaría dispuesta a contribuir al financiamiento de los servicios de salud, se recomienda poner en práctica un conjunto de estrategias de financiamiento en cada una de las zonas ya que ninguno de los mecanismos cuenta con el apoyo de la mayoría de los residentes. El valor de los servicios y las ventas de medicamentos son dos formas comunes de financiar los servicios curativos. La mayor justificación en defensa del valor de los servicios y de las ventas de medicamentos es la posibilidad de fomentar la distribución de costos y de reducir, al mismo tiempo, la posibilidad de utilización excesiva. Sin embargo, estos mecanismos pueden excluir a los miembros más pobres de las comunidades que carecen de medios para pagar y convendría preparar una escala graduada, de acuerdo con la capacidad de pagar.

Sin embargo, debido a la actual crisis económica de Bolivia, la tasa de inflación afecta gravemente la continuación de los fondos rotatorios para medicamentos o de servicios prestados a un valor fijo. Los autores alegan que, independientemente de la combinación particular de planes financieros en cada zona, todos los bienes y el dinero se deben convertir de inmediato en bienes duraderos. A causa de las tasas de inflación sin precedentes de Bolivia, esto representa un desafío para cualquier plan de financiación comunitaria.

* * *

Este estudio se realizó entre abril de 1984 y agosto de 1985. Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Martin Miller, Fundación Integral de Desarrollo, Casilla 1911, Bolivia, o al Dr. Jack Reynolds, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

EMPLEO DE VISITADORAS Y FINANCIAMIENTO DE ACUEDUCTO PARA LA COMUNIDAD

Los investigadores de la Fundación de Servicios Especiales de Salud Pública (FSESP) y la Universidad de Johns Hopkins realizaron un estudio de casos retrospectivo de las actividades de la FSESP en las zonas rurales del Brasil. La FSESP es una entidad pública creada por la AID y el Gobierno del Brasil en 1942. Está vinculada al Ministerio de Salud y presta servicios de atención primaria de salud y de abastecimiento de agua a más de 13 millones de personas (cerca de 10% de la población del Brasil). En particular, el estudio se concentró en el trabajo de la FSESP con visitadoras de la comunidad y en el financiamiento del servicio de abastecimiento de agua.

En este estudio se presentan los resultados de otros estudios de operaciones anteriores y los cambios derivados de éstos. Los investigadores de PRICOR creyeron que los planificadores de atención primaria de salud (APS) y los trabajadores de todo el mundo se beneficiarían de la documentación de las experiencias de un programa muy fructífero y perdurable de prestación de servicios de APS y de atención secundaria de apoyo.

LAS VISITADORAS

En su estudio del programa de la FSESP destinado a las visitadoras, los investigadores de PRICOR examinaron su función, capacitación, supervisión, compensación, costo total y productividad y además la cobertura y la calidad de la atención que prestan. Descubrieron que ese programa estaba dirigido desde el nivel central y muy bien organizado. Las visitadoras realizan varias funciones de APS en campos como los de salud materna, salud del lactante y del niño pequeño, salud escolar, control de las enfermedades transmisibles, atención de salud curativa y educación de la comunidad. La selección de jóvenes para el trabajo de visitadoras era rigurosa y muy competitiva y se dedicaron muchos esfuerzos y recursos a su capacitación y supervisión. Las visitadoras devengaban sueldos regulares que eran cuatro veces superiores al salario mínimo vigente en Brasil. Los incentivos monetarios y la seguridad del empleo hacen de ese trabajo una atractiva oportunidad para las jóvenes de las zonas rurales del Brasil.

Empleando los datos de una encuesta de gastos de las direcciones regionales efectuada en 1982, el grupo de estudio calculó en US\$18.208 el costo anual de cada puesto de salud de la FSESP que atiende en promedio a unas 1.250 personas. El costo de capacitación de cada visitadora fue solo de 0,5% de este total. En conjunto, los sueldos de

la visitadora y de un auxiliar de salud, incluidas sus prestaciones de seguridad social, representaron 70% del costo total del puesto de salud.

Los costos de dirección y supervisión de una unidad de apoyo se calcularon en 1,2% del total del costo anual del puesto de salud. Todos estos costos fueron sufragados por la FSESP con fondos del Gobierno del Brasil. Las autoridades de la FSESP reconocen que las comunidades rurales servidas no pueden pagar el costo de los servicios de salud de alta calidad prestados por la visitadora y que se necesita una subvención del gobierno para atender las necesidades de los "pobres más necesitados".

Al utilizar las estadísticas de los servicios respecto de las visitadoras, los investigadores descubrieron varias fallas en el sistema de información de salud de la FSESP. Si bien los datos acopiados por las visitadoras y sus supervisores se enviaban al nivel central y se ingresaban en una computadora, no se analizaban, ni se condensaban ni se presentaban debidamente. Por tanto, tenían muy poca utilidad para fines de evaluación o supervisión. Como resultado de las investigaciones, se propusieron cambios en el sistema de información a los funcionarios de la FSESP.

FINANCIAMIENTO DEL SERVICIO DE ACUEDUCTO DE LA COMUNIDAD

El examen de los aspectos financieros y operativos del sistema de abastecimiento de agua y alcantarillado de la FSESP reveló que ésta ha ayudado a más de 1.000 comunidades brasileñas a instalar sistemas de esa clase y que ha creado administraciones municipales (SAAEs) con empleados remunerados para manejarlos. Cuando lo estima conveniente, la FSESP ofrece apoyo técnico y económico. Este enfoque ha tenido mucho éxito y muchas SAAEs han tenido un superávit de fondos en efectivo que se han empleado para ampliar los sistemas.

Los métodos empleados para generar capital variaron de una comunidad a otra, siendo más comunes los subsidios, el financiamiento externo, los aportes de mano de obra y dinero hechos por la comunidad y varios conjuntos de estos. El capital para los sistemas de acueducto de la mayoría de las comunidades pequeñas proviene de préstamos de bancos de desarrollo, pero los costos de amortización del interés sobre esos préstamos, funcionamiento y mantenimiento se sufragaron con recaudaciones de tarifas cobradas a los usuarios. Las tasas de utilización de los sistemas de acueducto y alcantarillado se basaron en el salario mínimo vigente en Brasil y, por ende, se ajustaron según la inflación. Las tasas se fijaron de tal forma que se favoreciera a los usuarios pobres más bien que a los grandes usuarios comerciales.

El grupo de PRICOR descubrió que las pequeñas comunidades del Brasil podían pagar el mantenimiento y funcionamiento del servicio de acueducto si había un sistema adecuado de financiamiento. En el caso de la FSESP, se logró el pago regular de las cuentas de agua de la comunidad mediante el manejo eficiente del sistema de acueducto por las SAAEs, lo que demostró ser un mecanismo de financiamiento adecuado para los costos de operación. Los investigadores creen que la ampliación de la cobertura del sistema de acueducto depende más del método y de la eficiencia de la facturación y la recaudación que de la riqueza de la comunidad o del monto de las tarifas cobradas por el agua.

Los métodos y resultados del estudio de PRICOR sobre financiamiento del servicio de acueducto de la comunidad se emplean hoy en día para evaluar y revisar el plan nacional de desarrollo de los servicios de acueducto (PLANASA) en el Brasil. Actualmente se realiza una encuesta de las compañías estatales de abastecimiento de agua empleando el mismo método del estudio de PRICOR. Los resultados de esta encuesta se compararán con los obtenidos en el estudio citado.

* * *

Este estudio fue realizado por la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins y la Fundación de Servicios Especiales de Salud Pública entre enero de 1983 y abril de 1984. Para mayor información, los interesados pueden dirigirse al Dr. Timothy Baker, School of Public Health and Hygiene, the Johns Hopkins University, 615 North Wolfe Street, Baltimore, Maryland 21205 o al Dr. David Nicholas, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

FINANCIACION COMUNITARIA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN RIO DE JANEIRO

El Centro de Investigaciones de Asistencia Integrada a la Mujer y al Niño (CPAIME) del Brasil, una organización privada sin fines de lucro, realizó un estudio de investigación operativa para identificar y probar posibles esquemas de financiación comunitaria de la atención primaria de salud (APS) en varias unidades y minipuestos de salud selectos del CPAIME. Participaron en el estudio diez comunidades de bajos ingresos de Río de Janeiro atendidas por el CPAIME. El objetivo consistió en identificar estrategias de financiación comunitaria de la APS (tales como un conjunto de varios esquemas de financiación comunitaria) para las unidades y los minipuestos del CPAIME que maximizan la cobertura y la utilización de servicios, cubren la mayor proporción de los costos recurrentes de la prestación de servicios y disminuyen la dependencia del CPAIME respecto de fuentes financieras externas.

Para comenzar, el CPAIME identificó cuatro grupos para participar en el proceso de adopción de decisiones relativas a los proyectos de financiación comunitaria (FC): residentes y líderes de la comunidad, proveedores de servicios al CPAIME y un grupo representativo de administradores, supervisores e investigadores del CPAIME llamado el "Grupo de los Diez". Los participantes en la reunión prepararon también una lista de posibles esquemas de financiación comunitaria, en varias escalas, y de las restricciones pertinentes empleando las técnicas de grupo nominal y de Delfos. A partir de esa lista el grupo construyó una matriz preliminar e identificó las principales deficiencias en materia de información.

Para subsanar esas deficiencias, los investigadores del CPAIME realizaron dos encuestas de 9 comunidades de bajos ingresos de Río de Janeiro: una de la comunidad y una de los proveedores de servicios de salud al CPAIME. Se entrevistó también a los líderes de la comunidad para conocer su opinión y sugerencias respecto del financiamiento comunitario de la APS.

Las encuestas ofrecieron información útil sobre la utilización y el pago de servicios de salud por parte de la comunidad. La mayoría de las familias (93%) indicó que por lo menos uno de sus miembros goza de protección del seguro médico del sector público. Las instalaciones públicas constituyeron la mayor fuente de atención de salud para las mujeres de 15 a 49 años y los niños menores de cinco años. Según lo observado en las consultas más recientes, solo se paga 6% de la atención de salud prestada a los niños y 8% de la prestada a las mujeres.

Algunas mujeres pagaban por la atención dental (22%), inyecciones (17%) y atención ginecológica (7%). La mayoría de las vacunas y los servicios pediátricos, de puericultura y de urgencias eran gratuitos en los establecimientos de salud pública. Las familias también pagaban las medicinas y los anticonceptivos obtenidos en las farmacias.

Los grupos encargados de adoptar las decisiones pertinentes encontraron soluciones al problema de la financiación de la APS empleando matrices de preferencia y de interacción fija. Estas matrices fueron llenadas por todos los miembros del Grupo de los Diez y por todos los supervisores y proveedores de atención del CPAIMC que trabajaban en nueve comunidades. Los consumidores estuvieron representados por los datos de las encuestas comunitarias, que el personal de investigación empleó para hacer deducciones. El Grupo de los Diez incorporó las opiniones de los líderes comunitarios en sus respectivas anotaciones en las matrices.

La clasificación final de los esquemas de financiación en cada comunidad se determinó a partir de la tabulación de las matrices. Estas clasificaciones se emplearon para construir estrategias de financiación (conjuntos de varios esquemas) específicas para cada comunidad. Por ejemplo, en Vila Aliança, la estrategia consistió en el pago de servicios y consultas selectos, la venta de medicinas recetadas, la recaudación de derechos de registro y aportaciones de fondos y de mano de obra de una organización comunitaria para el mantenimiento de una unidad de atención de salud para mujeres. En los esquemas que abarcan pagos, se identificaron en debates de grupos qué servicios, consultas y medicinas deberían venderse y cuáles serían sus precios. Las encuestas de la comunidad y los proveedores de atención de salud representaron un importante aporte a este proceso de adopción de decisiones.

Una vez definidos los detalles finales de cada estrategia, se revisaron en una reunión de los líderes comunitarios y los representantes del Grupo de los Diez. Se suprimieron los esquemas o los elementos de estos no considerados aceptables por los líderes después de estas discusiones. Se les pidió a estos líderes que firmaran acuerdos por escrito en los que se detallaran las responsabilidades del CPAIMC y la comunidad en la aplicación práctica de la estrategia de FC.

Se aplicaron estrategias individuales de financiación comunitaria en las nueve comunidades del estudio en un período de 9 meses y después se evaluaron. La evaluación de cada estrategia de financiación comunitaria se basó en tres indicadores de éxito: 1) su capacidad para generar ingresos para cubrir los costos de la APS, 2) su efecto en la

utilización de los servicios y 3) su efecto en la cobertura de los servicios.

El ingreso mensual medio generado por los esquemas durante la prueba de nueve meses varió mucho en las nueve comunidades, oscilando entre US\$121 y US\$4. Las tres estrategias que tuvieron más éxito cubrieron aproximadamente 11% de los costos totales (20% de los costos directos) de la prestación de servicios de APS. Los esquemas de FC que generaron la mayor proporción del ingreso en todas las comunidades consideradas en conjunto fueron el pago de servicios selectos y la venta de medicinas recetadas y de anticonceptivos. Los componentes del esquema que generaron el mayor ingreso fueron la suma cobrada por citología vaginal, las ventas de anticonceptivos, las consultas médicas y las medicinas, en ese orden.

En seis de los ocho sitios de servicio, la tendencia en el número total de consultas permaneció invariable después de aplicar las estrategias de FC, pero en dos de los sitios disminuyó marcadamente. Solo parece existir una asociación entre los esquemas individuales de financiación y los cambios en las tendencias de utilización: en todas las cinco unidades donde se cobró un honorario por registro y citología vaginal hubo una disminución importante del número de consultas iniciales hechas por las mujeres. La falta de comunidades testigos en la evaluación de la cobertura de los servicios de APS impidió derivar conclusiones sobre el efecto de la aplicación de la estrategia de FC en la cobertura.

Durante una encuesta final efectuada en la comunidad, se acopió información sobre lo que sabían las familias respecto de los servicios del CPAIMC y los esquemas de FC y su opinión del financiamiento comunitario de la APS. Cerca de tres cuartas partes de los respondientes dijeron que el cobro de servicios no impide su utilización. Un 65%, que sabía dónde estaba situado el servicio del CPAIMC en sus respectivas comunidades, dijo que los residentes de la comunidad deberían ayudar a mantener la unidad y el minipuesto del CPAIMC.

* * *

Este estudio fue realizado entre julio de 1983 y marzo de 1986 por el Centro de Investigaciones de Asistencia Integrada a la Mujer y al Niño (CPAIMC). Para mayor información diríjase a la investigadora principal, Lic. Karen Johnson Lassner, CPAIMC, Avenida Presidente Vargas 2863, 20210, Río de Janeiro, RJ, Brasil, o al Dr. Wayne Stinson, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

MOVILIZACION DE LOS CURANDEROS TRADICIONALES PARA ADMINISTRAR LA TRO

En el nordeste del Brasil, la diarrea es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de lactantes y niños pequeños. En las zonas rurales, los curanderos tradicionales han sido por mucho tiempo la primera fuente de atención médica para los niños que sufren diarrea y otras enfermedades. Los curanderos están a disposición de la comunidad 24 horas al día y trabajan por el deseo de servir a su comunidad, sin incentivos monetarios. En un estudio patrocinado por PRICOR se demostró que esos curanderos pueden realizar una labor eficaz para prevenir y tratar la deshidratación y cambiar las prácticas de salud nocivas de las madres, a un costo mínimo. El objetivo del estudio, realizado por miembros del cuerpo docente de la Universidad Federal de Ceará y la Universidad de Virginia, consistió en determinar cuál es la mejor forma de movilizar a los curanderos tradicionales y de integrarlos al sistema oficial de salud con fines de tratamiento clínico de las enfermedades diarreicas y de administración de la terapia de rehidratación oral (TRO). El estudio se realizó en Pacatuba, una comunidad rural de unos 7.000 habitantes, situada cerca de Fortaleza, la capital de Ceará.

En el análisis de problemas, los investigadores trataron de entender los sistemas social, cultural y médico en los que trabajan los curanderos tradicionales. Se acopiaron datos por medio de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad respecto del tratamiento de la diarrea/deshidratación y de la morbilidad y mortalidad infantil por enfermedades diarreicas. Se emprendieron análisis etnográficos del sistema de prestación de atención de salud y de los patrones de utilización y se realizaron entrevistas detalladas para reconstruir los patrones de respuesta de las familias a un episodio de diarrea.

Estos análisis revelaron algunos resultados interesantes sobre la incidencia de diarrea en la región y la posibilidad de emplear curanderos tradicionales para administrar la TRO. Primero, la tasa de mortalidad infantil era alta, situándose casi en 150/1.000, y más de la mitad de las defunciones eran causadas por diarrea/deshidratación. En general, las madres consideraban la diarrea como una "enfermedad espantosa" o como otra dolencia supernatural que exige la intervención del curandero tradicional. El 75% de las madres, que representaban todos los estratos socioeconómicos, acudían primero a un curandero tradicional en casos de diarrea. La comunidad conocía bien la terapia de rehidratación oral, pero la falta de personas que prestaran el servicio resultó en poca utilización. Por último, las madres tenían graves problemas con el sistema moderno de atención de salud, por ejemplo,

5530 Wisconsin Ave. • Chevy Chase, MD 20815 USA • (301)654-2550 • Cable: URCINTER • Telex: 64693

largos períodos de espera, limitación del número de citas, viajes largos y medicamentos costosos y mal recetados.

Durante la Fase II del estudio, los investigadores trabajaron con los curanderos tradicionales para desarrollar una estrategia que les permitiera participar en la promoción y el uso de la TRO. Se celebraron reuniones de grupos durante las cuales los curanderos tradicionales tuvieron la oportunidad, por primera vez, de intercambiar ideas y de participar en la formulación de una estrategia para incorporar la TRO a sus rituales de cura. Participaron además en la selección de una fórmula de TRO que fuera más aceptable a la comunidad destinataria. Se indicó a 46 curanderos populares de Pacatuba la forma de preparar correctamente y administrar las SRO y de enseñar a las madres a administrar la solución a los niños en el hogar.

Los curanderos recibieron el equipo básico necesario para preparar las SRO, inclusive utensilios de medida, recipientes y filtros de agua. En varios casos, la comunidad contribuyó ayudando a construir "salas de cura", sencillas edificaciones de barro y paja junto a la casa de cada curandero, donde podía tratar a los pacientes. Se preparó un manual de instrucción para curanderos tradicionales con un aporte substancial de éstos y se formularon pautas para evaluar su competencia clínica en la identificación y el tratamiento de la diarrea y la deshidratación. También se enseñó a los curanderos a identificar casos que no responden en la debida forma a la TRO y a enviarlos a otros servicios.

La prueba de la estrategia comenzó en octubre de 1984 y después de 12 meses de actividad, el impacto de los esfuerzos de los curanderos tradicionales ha sido espectacular. Al comparar las respuestas de 204 madres con niños menores de 5 años antes del estudio financiado por PRICOR con las de 226 madres después del estudio, se observó un elevado aumento del número de madres que sabían lo relativo a las SRO preparadas en el hogar, de 3% a 72% (p menos de 0,001). Más de la mitad de las madres entrevistadas habían empleado las SRO de los curanderos tradicionales y el mayor número correspondía a las de las familias más pobres. Además, la promoción de la TRO por los curanderos tradicionales tuvo una influencia favorable en las prácticas de alimentación y de empleo de medicinas seguidas por las madres durante episodios de diarrea. Después de la intervención, el número de madres que creía que debía seguir amamantando a sus hijos durante episodios de diarrea aumentó en 20,5 puntos porcentuales (p menos de 0,001) y el número de las que creía que la alimentación debería continuar (en lugar de suprimirse) aumentó en 18,0 puntos porcentuales (p menos de 0,01). Se demostró que hubo una importante reducción de 25,5 puntos porcentuales (p menos de 0,0001) en el número de madres que empleaban sobres de SRO costosas, preparadas comercialmente. El empleo de SRO previamente diluidas disminuyó en 11,6 puntos porcentuales (p menos de 0,01). El

mayor porcentaje de reducción del empleo de esos costosos métodos ocurrió en los barrios más pobres, donde las soluciones de los curanderos tradicionales para preparación en el hogar tuvieron el mayor aumento de popularidad. Se demostró también una importante reducción (de 93% a 63%) en el número de las madres más pobres que creían que debían dar productos farmacéuticos al niño con diarrea/deshidratación.

Los curanderos tradicionales han demostrado que pueden preparar soluciones inocuas de sal y azúcar y desempeñar una labor eficaz al indicar a las madres el valor de la TRO. La introducción de la TRO por medio de los curanderos tradicionales no cambió las creencias de los habitantes del pueblo en cuanto a las causas de la diarrea, sino más bien fortaleció la función de los curanderos en la comunidad al incorporar conocimientos prácticos sobre la TRO.

Un análisis de costos de la intervención demostró que el costo de la incorporación de curanderos tradicionales a la administración de la TRO es bastante bajo porque los curanderos trabajan sin ninguna remuneración y la comunidad proporcionó gran parte de los materiales necesarios para construir las salas de cura. El costo medio de la construcción de una sala de cura fue de US\$26,22 y de su dotación de equipo para administrar la TRO, de US\$43,15. Los gastos de operación del programa, inclusive supervisión cada dos semanas y compra de sal, azúcar y materiales de sustitución para preparar las SRO, llegó a un promedio de US\$71,18 mensuales. El costo del azúcar que necesita mensualmente un curandero fue solo de US\$0,48, lo que sugiere que la comunidad podría sufragar el costo de la sal y el azúcar proporcionados a los curanderos tradicionales.

Basándose en el éxito de la experiencia de Pacatuba, los investigadores se proponen incorporar curanderos tradicionales al nuevo proyecto de supervivencia infantil en gran escala que realiza la Universidad Federal de Ceará en 33 municipios de Ceará con fondos del Proyecto HOPE y de AID.

* * *

Este estudio fue realizado entre marzo de 1984 y febrero de 1986 como actividad conjunta por investigadores de la Universidad Federal de Ceará, Brasil, y la División de Medicina Geográfica del Departamento de Medicina de la Universidad de Virginia. Para mayor información diríjase a los investigadores principales, Dra. Marilyn K. Nations, Box 485, School of Medicine, University of Virginia Medical School, Charlottesville, VA 22908 y a la Dra. Maria Auxiliadora de Sousa, Caixa Postal 1674, Aldeota 60.000 Fortaleza, Ceará, Brasil, o al Dr. David Nicholas, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

FONDOS ROTATORIOS PARA MEDICAMENTOS EN DOMINICA

Para ampliar la disponibilidad de medicamentos esenciales en su programa de atención primaria de salud (APS) y, al mismo tiempo, reducir los costos del gobierno por el suministro de aquéllos, el Ministerio de Salud (MS) de Dominica propuso el establecimiento de un fondo rotatorio para medicamentos (FRM) a nivel nacional. Para ayudar a establecer dicho fondo, Management Sciences for Health (MSH) trabajó con el MS empleando el sistema de investigación operativa para identificar problemas y asuntos clave relacionados con el diseño y la puesta en marcha del FRM y encontrar y probar soluciones para esos problemas.

El estudio comenzó con un análisis metódico del sistema de suministro de productos farmacéuticos de Dominica. En ese análisis se identificaron los problemas que impiden la operación efectiva y eficiente del sistema. Desde el comienzo del estudio se dispuso de un modelo preliminar de sistemas para el FRM, que se empleó como base para la planificación del estudio y todas las actividades subsiguientes. El modelo constó de ocho componentes: finanzas; sistema de información sobre gestión administrativa (SIGA); selección, adquisiciones; manejo de bodegas e inventarios; distribución; desarrollo organizativo; y conocimientos, actitudes y prácticas del público. Si bien se identificaron problemas operativos y se hallaron soluciones dentro de cada componente, esos problemas se caracterizan por su interdependencia e interacción. Este es el resultado general--la suma de las soluciones encontradas en los varios componentes--que surge de este estudio.

Durante el curso del estudio se decidió que el FRM debería instituirse en dos fases. Durante la Fase I, los clientes fueron los distritos y los establecimientos públicos de salud independientes y ellos compraban las medicinas y los suministros médicos en depósitos médicos centrales, (DMC) con fondos de su presupuesto. Durante la Fase II, los pacientes se convirtieron en clientes y reembolsaron al FRM por medio de pagos en los establecimientos públicos de salud por las medicinas y los suministros médicos consumidos. El MS, por conducto de los DMC, se encargó de manejar el FRM cuyo capital inicial fue un préstamo de \$500.000 del Fondo de Seguridad Social.

La meta de la Fase I era desarrollar y establecer la capacidad de los DMC para manejar con éxito el FRM nacional. Los objetivos de esta fase fueron: reducir los costos unitarios pagados por medicinas y suministros; mejorar la administración del inventario y la distribución de los DMC; ampliar la disponibilidad de medicinas y suministros médicos a los distritos de salud y establecimientos públicos de salud

independientes; conscientizar más a los usuarios (definidos en la Fase I como distritos de salud y establecimientos públicos de salud independientes) sobre el costo; y establecer un sistema de administración financiera a nivel de distrito, necesario para instituir un método de pago por parte de los consumidores. Los objetivos de la Fase II fueron: efectuar y evaluar el pago que realizan los consumidores por las medicinas y los suministros en los establecimientos públicos de salud distritales e independientes y conscientizar mejor al consumidor sobre los costos.

La Fase I se cumplió con gran éxito. Uno de los principales factores que influyeron en el éxito del FRM fue la decisión de instituirlo en dos fases. Eso permitió que tanto el MS como los investigadores se concentraran en sistemas destinados a la administración de recursos financieros y de materiales y a la puesta en funcionamiento del sistema de contabilidad del SIGA. Los esfuerzos necesarios en cuanto a desarrollo de sistemas para fijar precios de las medicinas que debe pagar el consumidor a nivel nacional parecen, retrospectivamente, casi irrealizables sin el apoyo de esos sistemas administrativos de nivel central. Este puede ser uno de los resultados más claros y sencillos y a la vez más importantes del estudio. La introducción de esta fase preliminar tiene el efecto de alargar el plazo para todo el trabajo de desarrollo de sistemas administrativos necesario para un FRM, concentrando la atención necesaria en el desarrollo de sistemas centrales en lugar de dispersarla en una gama más amplia de asuntos.

Los resultados de la Fase I permitieron identificar los cuatro asuntos siguientes como críticos para la institución de un FRM efectivo y eficiente.

Capitalización adecuada. El nivel de capitalización requerido es el producto de la tasa de uso mensual y la duración del proceso, es decir, del tiempo necesario para el envío de las medicinas del proveedor al usuario y de la corriente de fondos del usuario al proveedor. Si no se dispone de datos precisos desde el comienzo, el sistema de información deberá establecerse de tal forma que permita recopilar los datos necesarios para supervisar continuamente el uso y la duración del proceso, con el fin de perfeccionar en forma continua el estimado de capitalización y hacer los ajustes necesarios. Para el éxito del FRM se necesita disponer de suficientes fondos de capitalización.

Garantía de reembolso al FRM. Puesto que toda la distribución de medicinas y suministros del FRM debe reembolsarse con el fin de hacer rotar el fondo, hay dos variables importantes--distribuciones y

reembolsos--que se deben mantener en equilibrio. Eso significa que para que aumenten las distribuciones, como ocurre actualmente en Dominica, hay que buscar fondos suplementarios para reembolsar al FRM.

Liderazgo y administración coordinados. La autoridad y responsabilidad por los activos del FRM se debe conferir a una sola persona o a un comité que se reúna regularmente para examinar los informes financieros, abordar problemas operativos y adoptar decisiones administrativas.

Personal adecuado. El diseño inicial del FRM, y en particular del sistema de contabilidad del SIGA exige asesoramiento de un contador experto. Para el mantenimiento del FRM se precisa de todo el personal que normalmente se necesita en un DMC para mantener el sistema de suministros, más un contador para el FRM. Este llevará los libros de contabilidad y se asegurará de mantener todos los demás aspectos del SIGA que suministren información para la administración del FRM; debe estar subordinado al administrador del FRM o al comité de administración de éste.

La Fase II no se ha puesto en marcha, aunque se han abordado ciertos asuntos operativos de ésta en algunos componentes. Los médicos y farmacéuticos de distrito supervisan el valor del uso de medicinas y suministros según sus asignaciones presupuestarias y principian a manejar sus inventarios supervisando el uso por parte de los pacientes. Los médicos y farmacéuticos también están comenzando a discutir el valor de las medicinas con los pacientes. La supervisión del uso y la educación de los pacientes son requisitos previos para el éxito del FRM en las ventas de medicinas a los consumidores.

* * *

Este estudio fue realizado entre abril de 1983 y marzo de 1986 por Management Sciences for Health (MSH) y el Ministerio de Salud de Dominica. Para mayor información diríjase al Lic. Peter Cross, MSH, 165 Allendale Road, Boston, MA 02130; al Dr. Desmond McIntyre, Health Services Coordinator, Ministry of Health, Roseau, Dominica; o al Dr. David Nicholas, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

22

Resumen del Estudio

INVESTIGACION OPERATIVA PARA MEJORAR LA SUPERVISION, EL APOYO LOGISTICO Y LA CAPACITACION DE LOS PROMOTORES DE SALUD EN EL AREA RURAL DEL ECUADOR

Desde 1980 el Ministerio de Salud del Ecuador ha entrenado a unos 472 promotores de salud voluntarios con el fin de ampliar la cobertura de los servicios de atención primaria de salud (APS) en las zonas rurales. Pese a los esfuerzos para mejorar el programa de promotores de salud, existen muchos problemas operativos que limitan la eficacia de las auxiliares de salud de la comunidad y contribuyen a aumentar la elevada tasa de deserción. En colaboración con el Ministerio de Salud (MS), investigadores de la Fundación Eugenio Espejo realizaron un estudio con la técnica de investigación operativa para examinar los problemas existentes en el programa de promotores y proponer soluciones que pudiera poner en práctica el MS. En el análisis preliminar de dicho programa se destacaron tres "subsistemas" que dificultan el mejor desarrollo del trabajo del promotor de salud y que constituyen el objeto del estudio: capacitación, supervisión y suministros.

El grupo de estudio examinó cada uno de los tres subsistemas para identificar los problemas operativos específicos que obstaculizan la eficacia de los promotores. Debido a la naturaleza común de las variables, se acopiaron simultáneamente datos para fines de supervisión y suministros. Se realizó una encuesta de 86 promotores y 139 trabajadores de salud que participaban hasta cierto punto en la supervisión de los promotores en seis provincias representativas de las tres regiones geográficas del país (la costa, la sierra y la selva oriental).

Los resultados de la encuesta indicaron que los promotores consideraban que los supervisores realizaban sus respectivas actividades solo con eficiencia parcial. Establecían cerca de 15 contactos anuales con un promedio de dos a tres promotoras de su zona, pero no siempre con fines de supervisión. Los problemas identificados por los supervisores fueron insuficiencia de capacitación y de recursos financieros, mala definición de funciones y evaluación inapropiada de su trabajo por parte del MS.

Entre los problemas logísticos descubiertos con la encuesta cabe citar la falta de reglamentación en lo que se refiere a suministros, la demanda irregular y variada de medicamentos, la falta de suministros de primeros auxilios y materiales para educación sanitaria de la comunidad y provisión irregular e inadecuada de suministros del nivel provincial. Entre los aspectos que los investigadores podrían modificar para mejorar la supervisión se destacan el agente supervisor, la

frecuencia del contacto, el número de promotores por supervisor, las actividades realizadas por el supervisor durante el contacto y los instrumentos empleados por los supervisores. Se empleó un diagrama ("árbol de decisiones") para analizar el costo y la eficacia prevista de los posibles agentes supervisores. Además, se realizaron análisis de regresión de los datos acopiados en las encuestas para determinar qué características del supervisor permitían predecir la productividad de los promotores. Varios especialistas y funcionarios del MS y otras instituciones involucradas en la APS en el Ecuador participaron en el análisis de estas variables para determinar la solución más apropiada.

La nueva estrategia de supervisión exigía revisión de las normas sobre los asuntos tratados en los contactos de supervisión y la frecuencia de estos y la designación de la auxiliar de enfermería como el agente supervisor más apropiado. Se prepararon rutas de supervisión específicas y se determinó el número de promotores asignado a cada supervisor. Se preparó un protocolo para guiar a las auxiliares durante las visitas de supervisión y para ayudarles a vigilar las actividades prioritarias del promotor. Con el fin de mejorar el apoyo logístico se ideó un formulario de control de inventario para empleo en dichas visitas.

Para efectos del análisis del subsistema de capacitación, el grupo de estudio examinó los módulos respectivos que emplea el MS para los promotores y realizó una encuesta entre éstos. En los módulos de capacitación se puntualizaron varios problemas, muchos de índole cultural. No se han incorporado debidamente en el sistema de salud los valores tradicionales de la comunidad y, por tanto, los promotores no estaban bien orientados sobre la forma de integrar sus actividades en el contexto socioeconómico y cultural de las comunidades que atendían. Además los objetivos del entrenamiento no estaban claros ni se habían definido a cabalidad los conocimientos prácticos exigidos a los capacitadores. Por último, no había suficientes oportunidades de educación continua.

Para resolver los problemas de capacitación, se modificó el contenido del curso para los promotores con el fin de atender mejor las necesidades de la comunidad. Se propuso además una nueva estrategia de capacitación descentralizada para incluir al personal de salud local y otros recursos de la comunidad en la capacitación de promotores y para ampliar la experiencia en el curso de capacitación.

Durante el período de financiamiento por parte de PRICOK, los investigadores realizaron una prueba en el terreno de la estrategia de

supervisión valiéndose de un diseño cuasi-experimental con dos provincias experimentales y dos testigos. En las dos primeras se incluyeron 30 promotores. Se realizó un taller de cuatro días para promotores, supervisores, autoridades de los niveles central y provincial y representantes de organizaciones populares en cada provincia experimental con el fin de explicarles la estrategia de supervisión e introducir los instrumentos de supervisión y de suministros.

Después de una prueba de 5 meses, se realizó una encuesta para evaluar la estrategia de supervisión. Se encontraron diferencias importantes entre las provincias experimentales y testigos en cuanto a variables como el promedio de visitas de supervisión, el tiempo gastado en promedio con el promotor, el contacto con los dirigentes de la comunidad y las visitas efectuadas junto con promotores a las casas de mujeres embarazadas. Además los supervisores de las comunidades experimentales prestaron mayor apoyo a las actividades de los promotores en materia de educación sanitaria, atención curativa a niños y adultos, vigilancia de las fuentes de agua, evacuación de basuras y desechos humanos y control de la diarrea y las enfermedades respiratorias. La provisión de suministros fue mucho mejor en las comunidades experimentales pero los fondos para compra de medicamentos siguieron siendo insuficientes.

Las soluciones encontradas y ensayadas por el grupo de estudio se han incorporado en las revisiones de las normas y pautas de supervisión del MS. Se ha expresado interés en la nueva estrategia de supervisión en otras provincias y en otras organizaciones populares. Aunque todavía no se ha puesto en práctica la estrategia de capacitación que se propone como alternativa, se ha propuesto un ensayo práctico de la estrategia de capacitación descentralizada, que actualmente es objeto de consideración por parte del MS.

* * *

Este estudio fue realizado entre septiembre de 1983 y marzo de 1986 por un grupo de investigación de la Fundación Eugenio Espejo. Para mayor información diríjase al investigador principal, Lic. Jorge Luna Acosta, Fundación Eugenio Espejo, Atahualpa 333 y Ulloa, Quito, Ecuador, o a la Lic. Lani Rice, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

25

Resumen del Estudio

SE AGREGAN ENSEÑANZAS SOBRE RESTITUCION DE NUTRIENTES A PROGRAMAS DE TRO EN EGIPTO

La prevención y el tratamiento de la diarrea infantil y la desnutrición subsiguiente fueron el tema de un estudio de investigación operativa (IO) realizado entre 1985 y 1986 por investigadores del Instituto de Nutrición de Egipto. El estudio se concentró en los niños menores de tres años que recibieron la terapia de rehidratación oral (TRO) en unidades de atención primaria de salud (APS) en las zonas rurales bajas y altas de Egipto y en un distrito suburbano cerca de El Cairo.

El problema de salud abordado en este estudio fue el ciclo de "diarrea-desnutrición-diarrea", que no se había roto a pesar de haberse establecido un programa nacional de TRO que funcionaba en forma relativamente efectiva. Los investigadores del Instituto de Nutrición habían observado que inmediatamente después de un episodio de diarrea, el cuerpo de un niño tiene una mayor capacidad de absorber nutrientes y de utilizar calorías para recobrar un estado nutricional sano. Sin embargo, esta "puesta al día" nutricional puede ocurrir solo si se le dan al niño alimentos nutritivos durante y después del episodio de diarrea. Las prácticas tradicionales de alimentación infantil en Egipto no ofrecen normalmente alimentos extras al niño que está enfermo o lo ha estado en época reciente. Por eso, la TRO funcionaba relativamente bien para el tratamiento a corto plazo de la deshidratación, pero no resolvía el problema del agotamiento nutricional a largo plazo. El objetivo del estudio era encontrar la forma de incorporar un componente de restitución de nutrientes en el programa de TRO existente en el sistema de APS de Egipto.

Un Comité de Política compuesto por funcionarios encargados de tomar decisiones en el sistema de APS, el Instituto de Nutrición y otros organismos pertinentes participaron en el análisis de programas. Se explicó detalladamente el sistema existente de administración de TRO y se compartieron conocimientos y datos sobre la alimentación de los niños durante episodios de diarrea. Este grupo concluyó que se necesita dar más información a las madres y los proveedores de salud sobre prácticas apropiadas de alimentación infantil durante y después de la diarrea. Se decidió que los proveedores de atención de salud en los establecimientos de APS darían esa información a las madres cuando llevaran a sus hijos para el tratamiento de la diarrea. Se incluirían en el estudio tres tipos diferentes de centros de salud: los que participan 1) solo en el programa nacional de TRO, 2) en el programa de TRO y el de Educación en Nutrición (EN) y 3) en el programa de TRO y en el de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud Rurales (FPSSR).

El Comité de Política empleó un proceso modificado de grupo nominal para preparar un mensaje educativo para enseñarles a las madres a restituir los nutrientes perdidos por su hijo durante y después del episodio de diarrea. El mensaje se preparó de forma de ayudarles a las madres a decidir qué deben darle al niño durante y después de la diarrea, según los alimentos de que dispongan. El mensaje final constó de tres partes: 1) continúe alimentando a su hijo cuando tenga diarrea, 2) si el niño recibe pecho, siga amamantándolo y 3) el niño puede continuar comiendo cualquier alimento que consumía antes, solo que debe ser hervido. Durante el período del estudio, el Proyecto Nacional de Control de las Enfermedades Diarreicas transmitió un mensaje por la televisión y la radio en el que se motivaba a las madres a amamantar a sus hijos durante y después de la diarrea.

Antes de la introducción del mensaje educativo en los establecimientos de salud, se realizaron encuestas básicas de más de 1.000 madres, 341 proveedores de atención de salud y 60 farmacéuticos. Estas encuestas se administraron en 104 centros de salud en los días en que se celebraban sesiones sobre salud materno infantil. En esos establecimientos de salud se empleó una lista de verificación para ayudar a determinar cómo se empleaba la TRO.

La encuesta inicial reveló algunos resultados interesantes sobre las prácticas de alimentación infantil en las zonas de estudio. Casi todas las madres dijeron que le daban al niño una dieta habitual "correcta" antes de los 6 meses y después de los 18 meses. Entre los 7 y los 18 meses, un número importante de madres continuaba dándoles a sus hijos una dieta a base de leche sin suplementación (en la época en que son importantes otras fuentes de calorías y nutrientes). Entre los 13 y los 18 meses, cerca de una cuarta parte de los niños recibía una dieta compleja sin leche. Una gran proporción de las madres (39%) dijo que cambiaban la dieta del niño durante la enfermedad. Cerca de 10% indicó que dejaban de alimentar al niño por completo.

Los directores de cada uno de los tres programas (TRO, EN y FPSSR) incorporaron el mensaje de nutrición en las sesiones de salud empleando sus técnicas regulares de entrenamiento y administración. Los proveedores de atención de salud de tres tipos diferentes de unidades de salud presentaron el mensaje educativo a las madres que llevaron a los niños para tratamiento de la diarrea en un período de tres meses. El mensaje "dele a su hijo alimentos hervidos" fue único de este estudio de PRICOR, porque si las madres recordaban ese consejo, los investigadores podían estar relativamente seguros de que se lo habían oído a los proveedores de atención de salud en las unidades del estudio.

Unos tres meses después de la intervención, el grupo de investigación realizó una encuesta de las madres y los proveedores de atención de salud. En esta versión de la encuesta se introdujeron ligeras mejoras en comparación con la celebrada antes de la intervención, de modo que no se pueden comparar fácilmente los resultados. Sin embargo, fue aparente que muchas de las madres que acudían a los establecimientos de salud habían oído el mensaje y hecho cambios favorables en la forma de alimentación del niño durante la diarrea y en el uso de la TRO. Por recomendación del Comité de Política, se han incorporado completamente al sistema de APS los mensajes educativos de este estudio.

* * *

Este estudio fue realizado por investigadores del Instituto de Nutrición entre febrero de 1985 y marzo de 1986. Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Osman Galal, Director, Nutrition Institute, 16 Kasr el Aini Street, Cairo, Egypt, o a la Dra. Jeanne Newman, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

MEJORA DEL MANEJO DEL INVENTARIO DE SRO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD RURALES DE EGIPTO

Entre 1978 y 1985 varios investigadores del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud Rurales (SRHD) de Egipto realizaron un estudio con la técnica de investigación de operaciones sobre la disponibilidad, distribución y administración del inventario de sales de rehidratación oral (SRO). El estudio se concentró en los establecimientos de salud rurales y las comunidades circunvecinas en las provincias de Fayoum (Alto Egipto) y Dakahleya (Bajo Egipto).

Aunque las sales de rehidratación oral se introdujeron a los establecimientos de salud del Estado en 1977, ya en 1983 los resultados iniciales habían demostrado un efecto inferior al previsto en la disminución de la mortalidad y morbilidad por deshidratación. El objetivo de este estudio era mejorar la disponibilidad de SRO en las comunidades rurales y, de esa forma, maximizar el impacto del programa de terapéutica de rehidratación oral (TRO) en la reducción de la mortalidad infantil. Con el fin de analizar el problema, el grupo de estudio examinó el sistema de producción/distribución de 1978 a 1983 y la disponibilidad y el consumo corrientes (1984) de SRO en cada nivel, desde el centro hasta la periferia. Estos datos se analizaron para identificar los puntos fuertes y débiles del sistema de producción/distribución.

En un taller sobre el desarrollo de soluciones realizado a comienzos de 1985, se propusieron soluciones factibles para mejorar la disponibilidad y utilización de SRO a las autoridades del Ministerio de Salud y de otras agencias preocupadas por promover la TRO. Los investigadores de PRICOR ofrecieron varias soluciones posibles tales como 1) mejorar el sistema de información sobre el manejo del inventario de SRO, 2) adiestrar a los proveedores de atención de salud, inclusive a los farmacéuticos, en el uso de la TRO, 3) enseñar a las comunidades sobre la TRO y 4) distribuir SRO por medio de visitas domiciliarias realizadas por enfermeras o voluntarios. Se pidió primero a las autoridades que clasificaran un conjunto de criterios para evaluar las distintas soluciones. Aquellas clasificaron las soluciones propuestas en orden de importancia. Las que se juzgaron más prometedoras como resultado de este proceso fueron las siguientes: 1) aumentar la demanda de SRO por medio de educación de la comunidad y capacitación de proveedores de salud, inclusive farmacéuticos y 2) mejorar el sistema de manejo del inventario dinamizando la corriente de información sobre SRO de la periferia al centro. Puesto que el Proyecto Nacional de Control

de las Enfermedades Diarreicas (NCDDP) ya estaba realizando importantes programas de educación pública y capacitación se decidió enfocar el proyecto SRHD/PRICOR en la mejora de la corriente de información sobre el inventario de SRO.

Los investigadores desarrollaron un sistema de formularios de notificación de las existencias de SRO para facilitar el movimiento de información sobre los niveles de consumo de SRO desde los establecimientos de salud rurales hasta el centro. Sometieron luego esos formularios a prueba en el terreno en dichos establecimientos en las provincias de Fayoum y Dakahleya entre mayo y octubre de 1985. Los datos de los formularios se suplementaron con datos resumidos de los libros de existencias de medicamentos y registros clínicos de los establecimientos de salud rurales durante los 18 meses comprendidos entre mayo de 1984 y octubre de 1985. La información de cada establecimiento de salud se recopiló en un formulario a nivel de distrito y la de estos en uno a nivel de provincia. En las farmacias de los distritos y provincias se realizaron inventarios de existencias de SRO. Se preparó y utilizó un cuestionario sencillo para determinar la actitud de los médicos de los establecimientos de salud y de sus supervisores respecto del sistema de información del NCDDP.

El grupo de investigación analizó los datos acopiados por medio del nuevo sistema de notificación del inventario de SRO empleando tres modelos matemáticos distintos del inventario. El objetivo de este ejercicio era encontrar un instrumento analítico que pudiera emplear el médico/administrador en cada nivel del sistema para mejorar la administración del inventario. Dos de los modelos, un conjunto de ecuaciones basadas en el costo y un modelo de regresión múltiple, produjeron resultados deficientes o imprácticos. El tercero, un modelo más útil, consistió en un conjunto de ecuaciones en las que se estableció una relación entre el inventario y las existencias de seguridad (estabilizadoras) y siete variables clave del sistema: demanda anual, tiempo necesario para disponer de las existencias y su variabilidad y demanda, frecuencia y cantidad de las órdenes y nivel aceptable de agotamiento de existencias. Este modelo produjo valiosa información sobre la dinámica del sistema de inventario, que el investigador principal incorporó luego en un plan simplificado de órdenes periódicas. Según ese plan, las órdenes de SRO se presentan mensualmente en la periferia, cada dos meses a nivel de distrito y cada trimestre en las tiendas de cada provincia. La cantidad que debe ordenar el médico/administrador en cada nivel se determina a partir de tres parámetros fácilmente calculables: demanda media en cada ciclo, demanda durante el ciclo anterior y volumen del inventario al cierre del

20

ciclo interior. Para minimizar el daño, los administradores deben seguir la regla de "salida en el orden de llegada" en la distribución de las SRO. Este sistema se aplica en toda el área del proyecto SRHD y se le ha recomendado al NCDDP y al Ministro de Salud para empleo en otros lugares.

* * *

Este estudio fue realizado entre enero de 1984 y marzo de 1986 por el Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud Rurales (SRHD) del Ministerio de Salud de Egipto. Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Ahmed Nagaty, Director, Strengthening Rural Health Delivery Project, Nutrition Institute Building, 16 Kasr El Aini Street, Cairo, Egipto, o a la Dra. Jeanne Newman, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase). El antiguo investigador principal del estudio fue el Dr. Youssef Tawfik, quien actualmente trabaja en Management Sciences for Health en Boston, Massachusetts.

Resumen del Estudio

POSIBLES ESTRATEGIAS DE ENTRENAMIENTO DE LOS TRABAJADORES DE SALUD DE BARANGAY

Los investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad de las Filipinas, en colaboración con el personal de la División de Entrenamiento del Ministerio de Salud, realizaron un estudio de investigación operativa (10) para examinar los problemas de entrenamiento de los trabajadores de salud de barangay (aldea). Los objetivos del estudio fueron 1) analizar los aspectos positivos y negativos de los programas existentes de entrenamiento de los trabajadores de salud de barangay (TSB); 2) establecer y probar en el terreno posibles estrategias de entrenamiento; y 3) proponer mejores estrategias para seleccionar y entrenar TSB.

Se consideró que tres sitios de estudio de la región de Luzón (uno urbano y dos rurales) servían de modelos de prestación de servicios de atención primaria de salud (APS). Para evaluar la calidad del entrenamiento en esos sitios, los investigadores revisaron el diseño del programa y realizaron una encuesta de los TSB, sus entrenadores y la comunidad.

Si bien se encontró que los manuales de entrenamiento eran adecuados en cuanto a los temas cubiertos, hubo cierto grado de desacuerdo entre los TSB y sus entrenadores sobre el orden prioritario de los temas en lo que se refiere a su importancia práctica para el trabajo de los TSB en las comunidades. Hubo mucha insatisfacción con la programación del entrenamiento, con el método general de entrenamiento (demasiadas conferencias), con la insuficiencia de materiales y con el uso del inglés como principal idioma de enseñanza, ya que para la mayoría de los residentes de los barangayes el inglés es un segundo idioma que comprenden solo a un nivel básico. En algunas comunidades era muy poco lo que se sabía sobre los servicios que podían prestar los TSB. No es sorprendente que la utilización de los servicios de los TSB fuera también poca.

En evaluaciones anteriores de las razones del cambio de personal y el mal comportamiento de algunos TSB habían surgido dudas sobre los criterios de selección. Por tanto, se realizaron pruebas psicológicas de las características de la personalidad del grupo de TSB para determinar qué tan bien se adaptaban a las expectativas de sus entrenadores en cuanto a los rasgos que se suponían eran pertinentes para la estabilidad y el desempeño. Se había previsto una comparación de estas características de la personalidad con los indicadores del desempeño de los TSB, pero este análisis recibió poca prioridad y no se concluyó durante el curso principal del proyecto de investigación operativa. Sin embargo, los datos permiten conocer algo del grupo y

hacer una estimación informada sobre los rasgos que parecen guardar relación con un mejor grado de desempeño (empatía, disposición a prestar servicios, madurez y confianza en sí mismos).

Como resultado de este análisis del problema, se desarrolló un nuevo enfoque de selección y entrenamiento que incluyera las siguientes características:

- o Una campaña de reclutamiento mejor enfocada.
- o Mayor orientación del contenido de los cursos hacia la prevención.
- o Mayor concentración en el desarrollo de habilidades que en la transferencia de información.
- o Normalización de la duración del entrenamiento a 5 semanas (un día de conferencia y cuatro días de práctica a la semana).
- o Sesiones de dinámica de grupo (a manera de preparación) antes de todos los períodos de conferencia.
- o Supervisión de las actividades prácticas mediante el empleo semanal de hojas de trabajo.
- o Empleo de pruebas anteriores y posteriores para evaluar el progreso del aprendizaje.
- o Énfasis en el trabajo asignado a los TSB con las familias en proporción de 1:20.
- o Supervisión regular de las actividades y del desempeño de los TSB después de su entrenamiento, valiéndose de una escala de clasificación diseñada junto con los TSB, los entrenadores y un grupo de expertos en salud comunitaria.
- o Difusión a los TSB de los resultados de la encuesta de la comunidad realizada antes y después de ejecutar el programa de entrenamiento escogido como alternativa.

Para evaluar el resultado de dicho programa, el grupo de estudio recurrió al análisis del estudio de casos y a entrevistas estructuradas de los TSB, los entrenadores y los respondientes de la comunidad. A continuación se incluyen algunas de las principales conclusiones derivadas del estudio:

- o Las estrategias alternativas de entrenamiento ofrecieron a los TSB los conocimientos básicos y las habilidades que necesitaban.
- o Los módulos separados de las materias fueron tanto un efectivo instrumento didáctico como una útil referencia después del entrenamiento.

- o Las consultas periódicas con los TSB relativas a la modificación del programa de entrenamiento aumentaron la motivación.
- o Las sesiones de dinámica de grupo contribuyeron al desarrollo individual de los TSB así como a la formación de equipos.
- o Se necesitan incentivos tangibles para sostener el interés y la motivación de los TSB.
- o Todavía se necesita mejorar la supervisión y la vigilancia.
- o La comunidad necesita participar más en el proceso de reclutamiento.

* * *

Este estudio fue realizado por la Facultad de Enfermería de la Universidad de las Filipinas entre diciembre de 1983 y febrero de 1986. Para mayor información diríjase a la investigadora principal, Dra. Leticia Lantican, College of Nursing, University of the Philippines, Padre Faura Street, Manila, Philippines, o al Dr. Stewart Blumenfeld, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

INCREMENTO DE LA EFECTIVIDAD DE LOS TRABAJADORES DE SALUD DE BARANGAY PARA PRESTAR SERVICIOS DE NUTRICION DENTRO DEL MARCO DE LA APS

Una reciente disminución de la producción de alimentos en las Filipinas ha aumentado los problemas de desnutrición infantil y de mortalidad resultante de ésta. Por tanto, el establecimiento de un programa de intervención de nutrición dentro de la estructura de la atención primaria de salud (APS) se ha señalado como máxima prioridad. En abril de 1984 el Instituto de Salud Pública (ISF) de la Universidad de las Filipinas, en cooperación con el Servicio de Nutrición del Ministerio de Salud (MS), inició un proyecto de investigación operativa destinado a mejorar la prestación de servicios de nutrición por parte de los trabajadores de salud de barangay (TSB) (aldeas).

Los investigadores emplearon tres fuentes de datos para identificar problemas operativos específicos en el actual servicio de nutrición de poblado: 1) el actual módulo de entrenamiento de TSB en nutrición, 2) entrevistas con los TSB y con parteras del MS que los supervisan y 3) una encuesta de miembros de la comunidad en cuatro barangayes.

El examen del módulo de entrenamiento de TSB en nutrición indicó que había deficiencias de información sobre algunos importantes temas de nutrición. En el módulo se acentuó la producción de alimentos y se prestó menos atención a la vigilancia del crecimiento, la promoción de prácticas apropiadas de nutrición y la nutrición materno infantil con fines de rehabilitación. La encuesta de TSB y de las parteras reveló otros problemas relativos al entrenamiento de los TSB para prestar servicios de nutrición. Los TSB opinaron que no era suficiente el tiempo dedicado a temas de nutrición durante las sesiones de entrenamiento y que no se daba la debida importancia a la producción de alimentos por falta de tierra, espacio y capital en sus comunidades. Además, dijeron que las madres de los barangayes no estaban interesadas en los servicios de nutrición.

Los respondientes a la encuesta realizada en la comunidad eran, por lo común, madres con más de tres hijos. Muchos miembros de la comunidad conocían el valor de la lactancia natural y participaban en el programa nacional de verificación del peso de los niños (Operación Timbang), pero pocos sabían que existían pabellones de rehabilitación de nutrición, clínicas de nutrición u otros servicios en nutrición. Entre los problemas reconocidos que afectaban la nutrición cabe citar la falta de información sobre nutrición, la suplementación inapropiada por parte de los trabajadores de clínicas y la falta de espacio para huertas caseras.

45

La principal actividad de nutrición relatada por los miembros de la comunidad fue el envío de los niños desnutridos a la partera local.

Como resultado del análisis de la encuesta, el grupo de investigación concluyó que el problema operativo prioritario era la revisión del programa de entrenamiento de los TSB en nutrición realizado por el MS. Empleando la evaluación de utilidad a través de criterios múltiples, ese grupo encontró una estrategia para modificar los módulos y el método de entrenamiento. Los factores considerados en la evaluación citada fueron el contenido y la importancia dada al tema, los entrenadores apropiados, el método de instrucción y la duración y ubicación del entrenamiento. Los temas seleccionados fueron la importancia de la buena nutrición, la manipulación de los alimentos, el peso de los niños, la nutrición durante el embarazo y la lactancia, la nutrición del lactante y del preescolar, los trastornos nutricionales comunes, la introducción de clases de nutrición en la comunidad y la productividad de la familia. Los entrenadores seleccionados comprendieron enfermeras de salud pública, parteras y nutricionistas regionales. El método de instrucción ideado fue una combinación de conferencias, discusiones, demostraciones, representación de papeles y dinámica de grupo. El plan de estudios se presentó en días alternados durante cinco días. (Este programa de entrenamiento se destinó a ayudar a los TSB a realizar tres tareas principales: determinar el estado nutricional de los miembros de la familia, prestar servicios selectos de nutrición y vigilar el estado nutricional de la comunidad.) Los resultados de las pruebas administradas a los TSB antes y después del entrenamiento indicaron que hubo una mejora en los conocimientos de nutrición de 60% de los estudiantes.

Después del entrenamiento, los TSB prepararon sus propios planes de acción para prestar servicios de nutrición en sus respectivos barangayes basándose en sus nuevos conocimientos teóricos y prácticos. Por ejemplo, el plan de un barangay incluía organización de clases comunitarias sobre nutrición y el uso apropiado de medicinas a base de hierbas, realizando visitas domiciliarias durante el mes de julio, y sesiones para pesar los niños en el hogar en trimestres alternados durante el año. Los TSB de otro barangay concordaron en realizar actividades de educación sobre planificación familiar, sesiones de verificación de peso y una campaña de educación en nutrición de casa en casa.

Empleando formularios de observación de participantes y de vigilancia, los investigadores de PRICOR documentaron las actividades de los TSB relacionadas con nutrición. Después de la intervención se realizó una

24

encuesta de las madres para determinar los cambios en sus conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en relación con la nutrición. Esa encuesta demostró que los CAP de las madres recibieron una influencia favorable durante el período del estudio. Por ejemplo, la utilización de servicios de nutrición por parte de las mujeres de un barangay aumentó de 38 a 67% después de tres meses. La utilización de los módulos de capacitación se amplió más allá del proyecto y llegó a otras organizaciones. En dos barangayes la participación comunitaria en servicios de nutrición ofrecidos por los TSB aumentó en un principio, pero se redujo con la aparente pérdida de interés de los TSB. Sin embargo, en un tercer barangay hubo un aumento progresivo en la participación de la comunidad en actividades de nutrición.

Una variable que pareció ser la clave del éxito o del fracaso de las actividades de nutrición fue el apoyo de la partera local y de la comunidad. En las dos comunidades donde disminuyó el interés de los TSB, ni la partera ni las comunidades ofrecieron sólido apoyo a los TSB en la prestación de servicios de nutrición. En el barangay donde se logró tener más éxito, el aporte de la comunidad y el gran apoyo recibido de la partera llevaron a una continua mejora de las actividades de nutrición de los TSB. Los investigadores llegaron a la conclusión de que, con el fin de que los TSB puedan prestar buenos servicios de nutrición, tal vez sea preciso suplementar el entrenamiento con una estricta supervisión por parte de la partera y con apoyo substancial de la comunidad.

El nuevo plan de entrenamiento de los TSB ideado por el grupo de investigación ha sido aprobado por el Servicio de Nutrición del MS y se emplea actualmente en el programa de entrenamiento de TSB del MS.

* * *

Este estudio fue realizado entre mayo de 1984 y marzo de 1986 por el Instituto de Salud Pública de la Universidad de las Filipinas, en cooperación con el Ministerio de Salud. Para mayor información diríjase a la investigadora principal, Dra. Carmencita Salvosa-Loyola, University of the Philippines, Institute of Public Health, P. O. Box EA 460, Manila, Philippines, o al Dr. Stewart Blumenfeld, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

DIVERSAS ESTRATEGIAS DE FINANCIAMIENTO DE LA APS EN LAS FILIPINAS

Con ayuda de PRICOR, un grupo de la Universidad de las Filipinas en las Visayas (UF-V) realizó un estudio de dos años con la técnica de investigación de operaciones en la Provincia de Iloilo, destinado a encontrar métodos factibles para movilizar los recursos de la comunidad para ayudar a sufragar el costo de los servicios de atención primaria de salud (APS). El estudio fue parte de un proyecto de mayor envergadura (Servicios Unificados para la Salud de Panay-PUSH) realizado por la Administración Nacional de Desarrollo Económico en la región para mejorar los servicios de APS en la isla de Panay.

El estudio tuvo tres objetivos principales: 1) ayudar a la población en cada uno de los barangayes o aldeas del estudio a determinar qué servicios apoyaría; 2) ayudarle a encontrar medios apropiados de recaudar fondos y a preparar y aplicar planes efectivos de administración financiera y 3) instarla a emplear parte de sus recursos para pagar los servicios de prevención y fomento de la salud.

En el estudio participaron seis barangayes representativos de distintos sectores económicos de la isla. En cada uno se realizó una encuesta de base para determinar cuáles eran, en opinión de sus pobladores, los problemas de salud más importantes de la comunidad. En la encuesta también se puntualizaron las necesidades reconocidas de la población en cuanto a servicios de salud; su actitud respecto de los servicios de salud locales a su disposición, en particular los de los auxiliares de salud de los barangayes, y la utilización de los mismos; su gasto actual en servicios de salud en los sectores público y privado y su intención declarada de pagar otros servicios que no existen localmente mediante alguna clase de mecanismo de financiamiento dentro de la comunidad. Los principales problemas de salud reconocidos fueron las enfermedades respiratorias y gastrointestinales. Se estima que el gasto anual en salud en cada hogar oscila entre P200 (\$29) y P300 (43). La falta de medicamentos y el deficiente sistema de acueducto son los principales problemas que guardan relación con la salud. La mayor parte de las familias están dispuestas a participar en el financiamiento comunitario de las actividades de salud. En los seis barangayes estudiados, la compra de medicamentos y el manejo de una botica eran proyectos que los integrantes de la comunidad estaban muy dispuestos a financiar.

Las soluciones consistieron en varias medidas graduales con la participación de los residentes de los barangayes en proyectos de financiamiento comunitario. Primero, el grupo de estudio trazó gráficamente los resultados de la encuesta de base y los presentó a los

residentes en reuniones de la comunidad. Después de enterarse de los resultados y de discutirlos, las comunidades seleccionaron varias actividades de salud que financiarían por medio de un proyecto comunitario y la clase de mecanismo de financiamiento que se proponían emplear. Los residentes de cinco barangayes decidieron financiar y manejar droguerías, que ellos llaman botikas sa barangay, y los de otro decidieron establecer un fondo de préstamo para hospitalización de urgencia. Este sería un fondo rotatorio en que el pago de medicamentos (o la amortización de préstamos) por parte de los usuarios se emplea para restituir las existencias (o el dinero retirado del fondo de préstamos). En la mayoría de los barangayes se optó por una aportación de una suma fija de las familias para recaudar los fondos de capitalización inicial del proyecto, pero en algunos planes se incluyeron actividades suplementarias de recaudación de fondos como impuestos sobre ventas de hortalizas y animales, rifas y fiestas. Un mes después de haber iniciado los planes de financiamiento comunitario, los investigadores celebraron un taller en cada barangay para los miembros de un núcleo de pobladores que habían concordado en encargarse del proyecto. Esos talleres se emplearon para planificar el proyecto de financiamiento comunitario con mayores detalles, fortalecer la capacidad administrativa del núcleo antedicho y enseñar conceptos de atención primaria de salud. Durante esos talleres, se seleccionaron varias mujeres de la comunidad para desempeñar el cargo de "madres dirigentes". Estas voluntarias no remuneradas deberían ayudar a los residentes del barangay a realizar varias actividades de prevención y fomento de la salud.

En la mayoría de los barangayes se pudo recaudar en promedio 46,1% de las sumas fijadas como meta, por medio de aportaciones fijas. El manejo y funcionamiento de las boticas estuvo a cargo de voluntarios de las comunidades. Por lo general, una persona se encargaba de distribuir los medicamentos, recaudar el dinero y mantener las existencias. La persona encargada de cada botica hace los arreglos necesarios para comprar las existencias iniciales y para restituir las. En cada barangay se establece una política de precios. La rotación de existencias osciló anualmente entre 132 y 913% y las utilidades de las ventas, entre 16 y 22%, pese a que se dice que las alzas fueron mínimas. Nueve meses después de concluido el estudio, las boticas y el fondo para hospitalización de urgencia todavía estaban en funcionamiento. De 83 a 92% de los residentes de los barangayes habían contribuido a la capitalización de las boticas (99% para el fondo de préstamo), cuya utilización por parte de las familias osciló entre 54 y 77%. Los resultados del programa de madres dirigentes fueron conflictivos. Los barangayes donde esas madres trabajaron activa y eficazmente permitieron

24

determinar a cabalidad que los posibles beneficiarios de los servicios de salud (las madres dirigentes) pueden asumir la función de motivadoras de la atención de salud destinada a la prevención y al fomento de ésta si reciben suficiente apoyo.

Del éxito de las botikas sa barangay se puede deducir que los pobladores de estas aldeas filipinas valoran la posibilidad de disponer de una fuente local de medicamentos en suficiente demanda para pagar el servicio. Sin embargo, no estaban dispuestos a pagar los servicios de prevención y fomento de la salud, como lo habían previsto los investigadores de PRICOR. Con sustancial asistencia externa, los residentes de los barangayes aprendieron a capitalizar, organizar y manejar fondos rotatorios. Al parecer, la amplia participación de la comunidad en el trabajo necesario para establecer, financiar y manejar las boticas fue un factor clave en su funcionamiento y perdurabilidad.

* * *

Este estudio fue realizado por la Universidad de las Filipinas en la Fundación Visayas entre enero de 1983 y mayo de 1985. Para mayor información diríjase a los investigadores principales, Dra. Trinidad S. Osteria, Institute of Southeast Asian Studies, Heng Mui Ken Terrace, Pasir Panjang, Singapur y a la Profesora Ida M. Siason, University of the Philippines in the Visayas, Iloilo City, Filipinas, o al Dr. Stewart Blumenfeld, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

PROMOCION DEL USO DE LA TRO EN GRANADA POR MEDIO DEL DESARROLLO DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

Preocupados por la morbilidad por diarrea en la infancia y por sus secuelas, investigadores apoyados por PRICOR emplearon la metodología de investigaciones operativas en Granada para desarrollar mejores métodos de hacer participar a las organizaciones comunitarias en la educación sanitaria y la terapia de rehidratación oral (TRO). Los investigadores describieron y facilitaron el proceso de organización comunitaria, en lugar de tratar de evaluar la eficacia de diversos modelos de aquélla. Esta fase del proyecto comenzó en el otoño de 1984, entre la época de la intervención de los Estados Unidos y las elecciones celebradas en diciembre de 1984, y duró hasta abril de 1986.

Por falta de un modelo de un proceso de organización comunitaria (OC) dentro del cual pudiera ordenar sus datos, el grupo de investigación creó un modelo de la "comunidad como sistema", que le permitió identificar los sistemas de creencias, estructuras sociales y papeles dentro de la comunidad y tener en cuenta los factores externos de índole política, institucional, económica y física que influían en esa dinámica en el proceso de OC.

Aunque existen varias metodologías para promover la OC, los investigadores adoptaron una estrategia adaptable y la diferenciaron del método de diseño activo. El último método presenta una forma de OC a la comunidad y fomenta las condiciones que ayudan a hacerlo realidad. La estrategia adaptable, por otra parte, permite anticipar los acontecimientos en materia de desarrollo que ocurren en la comunidad o alrededor de ella o con su participación y responder a ellos y le ayuda a la comunidad determinar la configuración definitiva de su organización. En esta metodología se distinguen dos procesos dinámicos: la fase de formación y la fase de mantenimiento.

Para estimular la formación de organizaciones comunitarias, el equipo hizo visitas domiciliarias y distribuyó volantes para entusiasmar y motivar a los miembros de la comunidad a asistir a una reunión. En ésta, se les animó para que eligieran oficiales, determinaran sus necesidades y las expusieran por orden prioritario y, por último, seleccionaran un problema que quisieran resolver. El problema debería ser relativamente obvio y tangible, con soluciones a corto plazo. En dos comunidades se escogieron en primer lugar la reparación de caminos y el sistema de acueducto. En cuatro de las cinco comunidades se citó la (re)construcción de un centro comunitario entre las tres opciones principales. Los investigadores ayudaron a conseguir fondos de USAID

para tres comunidades--dos de las cuales estaban en el proceso de formación y una demostraba buenas posibilidades. El grupo prestó apoyo técnico en el diseño y la construcción del centro por medio de un proceso en el que la comunidad participó en las etapas de planificación y ejecución.

Puesto que ninguna de las comunidades identificó las necesidades de salud como una prioridad, el grupo de la Universidad McMaster animó a los grupos locales a que incorporaran la educación sanitaria y las actividades de TRO a sus reuniones. El grupo de campo del proyecto realizó sesiones de educación sanitaria en todas las comunidades. Su principal objetivo era adiestrar a los miembros de la comunidad como distribuidores de la TRO. Una grave dificultad para lograrlo fue la política del gobierno en cuanto a distribución desde establecimientos de salud. Por fin, en diciembre de 1985, el grupo consiguió aprobación para adiestrar y supervisar distribuidores en las comunidades del proyecto.

Los distribuidores eran contratados por el grupo de investigación por su interés en la salud infantil o porque la enfermera del equipo de atención primaria de salud confiaba en ellos. El personal de campo realizaba el adiestramiento empleando el método de "aprender con la práctica" basado en la experiencia. Después, los distribuidores eran evaluados por el médico del equipo por su capacidad para comprender y emplear la TRO y recibían la certificación correspondiente. Por la demora en la aprobación del adiestramiento y la poca incidencia de episodios de diarrea (a causa de las variaciones estacionales), solo un distribuidor empleó los sobres para dos casos de incidencia de diarrea, lo que evitó hacer una evaluación significativa de la capacidad de los distribuidores comunitarios.

Resultados: La formación de organizaciones comunitarias produjo buenos resultados. Mientras que muchas comunidades habían tenido experiencia previa en OC en el gobierno anterior, la administración que asumió el poder después de la intervención de los Estados Unidos dismanteló la mayoría de las organizaciones. Las comunidades se mostraban reacias a invertir energía en la reactivación de esas organizaciones a la luz de la incertidumbre del apoyo político, un hecho fácilmente comprensible. En cinco comunidades cubiertas por el proyecto, la que había tenido buena experiencia en organización fue la que pudo reanudar con mayor facilidad sus actividades de OC. Su liderazgo era experto y podía movilizar el apoyo y la acción de la comunidad. Algunos de estos dirigentes comunales eran también miembros del equipo de campo del proyecto y pudieron participar en la administración y toma de decisiones del mismo.

Las comunidades tuvieron dificultades de organización cuando 1) surgieron diferencias y tensiones intracomunitarias, 2) ciertos grupos externos trataron de determinar qué era lo mejor para la comunidad o se apropiaron de los proyectos de ésta o 3) se trató de aprovechar marcos existentes de organización infructífera.

Si bien ninguna organización llegó a la fase de mantenimiento, una está próxima a hacerlo y ya ha concluido con éxito su primer proyecto y participa activamente en otros dos. En esa comunidad, y en las otras que están pasando por la fase de formación, el éxito se atribuyó a) al dinámico y dedicado liderazgo, 2) a un sentido de cohesión e identidad colectivas, 3) a la identificación y ordenación de las necesidades según un orden de prioridad, 4) a la selección de un problema tangible y solucionable a corto plazo y 5) al apoyo externo en forma de motivación, financiamiento, capacitación y compromiso en cuanto a la política del gobierno.

No hay sólidas pruebas empíricas de este estudio para apoyar la teoría de que las actividades de OC relativos a proyectos de salud se realizarán más rápidamente, a menor costo o en forma más efectiva si una comunidad actúa de común acuerdo en los proyectos. De hecho, como descubrió el grupo de investigación, fue difícil organizar una comunidad alrededor de una causa que no percibían como necesidad prioritaria. Puesto que los problemas de salud son más delicados y llevan más tiempo para resolverse que la reparación de un camino o la construcción de un centro comunitario, hay menores probabilidades de que se incluyan entre los primeros asuntos que se deben tratar en el programa de actividades de la comunidad, hasta que ésta haya tenido tiempo y éxito en proyectos previos para entrar en razón.

* * *

El Proyecto McMaster de Salud Infantil se realizó entre 1981 y 1986. Fue una actividad efectuada en colaboración por el Ministerio de Salud de Granada, la Universidad McMaster, la Universidad de Toronto, la Universidad de Waterloo y la Universidad de las Indias Occidentales. PRICOR apoyó la investigación sobre actividades de organización comunitaria de septiembre de 1984 a abril de 1986. Para mayor información diríjase a los investigadores principales, Dr. Norman F. White (Professor, Faculty of Health Sciences) y al Dr. S. Martin Taylor (Professor, Department of Geography), McMaster University, Hamilton, Ontario, Canadá o al Dr. Wayne Stinson, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

DIVERSOS METODOS PARA MOTIVAR A LOS TRABAJADORES COMUNITARIOS DE SALUD

El Ministerio de Salud de Haití ha adoptado una estrategia de atención primaria de salud (APS) para lograr la meta de "salud para todos en el año 2000". El éxito de esta estrategia depende sobre todo de la capacidad de reclutar trabajadores públicos de salud y de prestarles apoyo, o colaboradores comunitarios de salud particulares, que presten servicios de APS preventiva a nivel periférico. El costo permanente de la financiación de trabajadores de dicho nivel es demasiado elevado tanto para el gobierno como para las instituciones privadas. El grupo Save the Children de Canadá (AEDC), en colaboración con instituciones afiliadas a la Asociación Haitiana de Instituciones Voluntarias de Salud (AOPS), realizó un estudio para determinar la mejor manera de motivar a los trabajadores comunitarios de salud (TCS) para que presten servicios preventivos en los que se inste a las madres a determinar, emplear y mantener su competencia en intervenciones destinadas a la supervivencia infantil.

Dado que el uso de subsidios de las instituciones que administraban los programas de TCS no era una opción aceptable, los investigadores comenzaron a identificar diversos mecanismos de financiación comunitaria. Entre estos cabe citar: 1) fondos de la comunidad (honorarios de servicio en puestos de atención, contribuciones de grupos comunitarios ya existentes y pago anticipado de servicios); 2) voluntarios y 3) actividades generadoras de ingresos.

Se acopiaron datos en encuestas realizadas en la comunidad y mediante estudios intensivos de casos para comprender mejor el problema de la motivación y la factibilidad de las posibilidades propuestas. Los resultados de las encuestas realizadas en tres zonas rurales indicaron que la población no está dispuesta a pagar el costo de los servicios preventivos. Las comunidades consideran que la atención curativa es una necesidad de salud primaria y los TCS de las zonas rurales no ofrecen esa clase de atención. De hecho, la población considera que la atención de salud es un "servicio" prestado por un organismo externo. Si bien muchas personas entienden el valor del fomento de la salud, no demostraron estar dispuestas a financiar un sistema de prestación de atención de salud. Dadas estas restricciones, los investigadores y consultores ponderaron sistemáticamente las opciones empleando un método de evaluación de la utilidad a través de criterios múltiples.

En lo que se refiere a fondos comunitarios, las instituciones locales no aceptaron un incremento de los ingresos provenientes de actividades en las que se paga el honorario de servicio en puestos de atención (donde se prestan los servicios de salud en unidades móviles). Esta opción se

eliminó porque el enfoque "curativo" y orientado hacia los médicos les restaría atractivo a las cuatro intervenciones de supervivencia infantil y no generaría suficiente dinero para pagarles regularmente a los TCS (como se demostró en Mirebalais). Los grupos comunitarios locales juntan sus recursos a menudo para proyectos especiales. Sin embargo, la mayoría de esos grupos indicaron que, pese a que aprecian el trabajo de los TCS y desearían estimularlo, no tenían normalmente suficientes fondos ni contaban con apoyo de la comunidad para emplear los existentes con el fin de poder pagarles regularmente a los TCS. No fue posible ejecutar el plan de pago anticipado porque las personas no estaban dispuestas a pagar los servicios de salud preventivos.

La segunda posibilidad para prestar servicios preventivos fueron los voluntarios. Se examinaron los proyectos voluntarios en marcha y se descubrió que tienen la característica común de ser actividades distintas de corta duración. Ninguna era una actividad permanente. Los voluntarios no parecieron ser una posible fuente de energía para el trabajo de salud preventiva. La tercera posibilidad importante que se consideró fueron las actividades de generación de ingresos que producirían suficientes rendimientos para reembolsarles a los TCS el costo de su trabajo. El principal problema de estas actividades es que, de ordinario, no ofrecen incentivos al TCS para prestar servicios preventivos.

La solución que a juicio del grupo tiene mayores probabilidades de motivar a los TCS a realizar trabajos preventivos fue una combinación del plan de pago anticipado, los grupos comunitarios existentes y una actividad de generación de ingresos. Se basa en las asociaciones haitianas tradicionales de crédito llamadas "cengle" o "solde". En esos planes tradicionales de crédito rotatorio, los amigos aportan una suma fija de dinero mensualmente a un fondo general y se turnan para recibir toda la suma contribuida. En el plan propuesto de financiación de la salud podrán participar varios grupos de madres que demuestren competencia en las cuatro intervenciones de supervivencia infantil y cuyos hijos estén completamente inmunizados y participen en la vigilancia del crecimiento. Cada una de esas mujeres, organizadas en pequeños grupos por sus redes naturales de amistad, paga una cuota anual por su tarjeta de salud (que se emplea para apoyar al TCS). El grupo decide cuál debe ser la cuota mensual de cada persona, según la determinación que haga del monto que ésta puede pagar. Las mujeres usan la cuota mensual de la misma forma que en una "cengle" tradicional. Sin embargo, la verdadera atracción de la tarjeta de salud no es la "cengle" sino el acceso que tiene el grupo de afinidad a los préstamos de bajo interés concedidos por la Oficina de Crédito Agrícola (BCA) para

actividades de generación de ingresos. El total de las cuotas mensuales de los miembros se iguala con una subvención única de la institución que patrocina el programa de TCS. Esa subvención de igualación se emplea como capital para el préstamo y se mantiene en la BCA. Esta prestará cuatro veces ese monto al grupo para actividades de generación de ingresos. Un consejero de la BCA les ayudará a los grupos de afinidad a preparar proyectos factibles y un plan de amortización. El grupo de afinidad es un elemento esencial del plan ya que su cohesión es la razón por la cual las personas se sentirán motivadas a continuar pagando cuotas al fondo.

Este proyecto parece haber producido resultados favorables por varias razones. Los programas de crédito como estos son atractivos para los residentes rurales porque hay gran demanda de crédito y las tasas de interés cobradas por fuentes particulares son muy altas. Puesto que el crédito a bajo interés es tan conveniente, existe un incentivo económico para que las madres aprendan lo relativo a las intervenciones de salud para que tengan acceso a los fondos agrupados. Puesto que el sueldo del TCS se basa en el número de madres que reúnen los requisitos exigidos para emplear las tarjetas de salud, en el plan de financiación muy inteligentemente se vincula el fomento de intervenciones de salud preventiva con la generación de ingresos. Algunos de los grupos han establecido exitosos proyectos de generación de ingresos. Un grupo compró un árbol de mango maduro del que cosechará esa fruta para la venta. Otro grupo compró una cabra con el préstamo recibido y ha adquirido recientemente otra con sus cuotas mensuales.

* * *

Este estudio fue realizado entre diciembre de 1984 y marzo de 1986 por la Alianza para la Infancia y el Desarrollo Comunitario, en colaboración con instituciones afiliadas a la Asociación de Obras Privadas de Salud. Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Antoine Augustin, Alliance pour l'Enfance et le Développement Communautaire, 3 Ruelle Duncombe, Puerto Príncipe, Haití, o a la Lic. Marty Pipp, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

FUNCION DE LAS PARTERAS TRADICIONALES EN LA SALUD MATERNA

Las tasas de mortalidad materna en Haití se han mantenido en los mismos niveles elevados durante los últimos 10 años pese a la institución de un sistema de atención de salud materna en el que se incorporan parteras tradicionales (PT) debidamente adiestradas. Investigadores del Complejo Médico-Social de la Cití Soleil en Puerto Príncipe realizaron un estudio con la metodología de investigaciones operativas con el objetivo de determinar el método más eficaz en función del costo para adiestrar y utilizar a las PT para ayudar a reducir la tasa de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

La Cití Soleil es una barriada con una población de más de 100.000 habitantes situada en las afueras de Puerto Príncipe. Algunos barrios de la zona son atendidos por el Complejo Médico-Social de la Cití Soleil, una organización privada sin fines de lucro y con múltiples finalidades. Los residentes de esos barrios con los sujetos del extenso sistema de acopio de información sobre salud del Complejo, que utiliza trabajadores comunitarios de salud (TCS) para inscribir a todos los habitantes en hojas de registro de familias, identificar los grupos destinatarios, supervisar los programas de vigilancia de la salud y registrar todos los acontecimientos vitales. Un sistema en código numérico identifica a cada individuo residente en Cití Soleil, según el barrio, el sector, la familia y el TCS que se les ha asignado.

Para identificar y analizar los problemas con el actual sistema de atención materna, que cubre el subsistema de las PT, los investigadores acopiaron datos de los registros del Complejo y de entrevistas con las PT. Los datos sobre problemas de salud maternos y neonatales se acopiaron a partir de una revisión de los registros de maternidad y de defunciones neonatales, un estudio de 300 mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal y posnatal de septiembre a octubre de 1983 y el censo realizado en 1983 en Cití Soleil. Los problemas de salud más comunes en el período puerperal fueron hipertensión, laceración del canal del parto e infecciones.

A partir de estos datos se preparó una descripción de la forma en que las PT se adaptan a los servicios de atención materna del Complejo. Las parteras tradicionales han recibido adiestramiento especial en métodos seguros de alumbramiento, referencia de casos de alto riesgo, conceptos generales de salud pública, la importancia de la atención prenatal y posnatal, nutrición y planificación de la familia. Esta capacitación estuvo a cargo de una enfermera de salud pública en una serie de 27 sesiones. Una vez aprendidas todas las lecciones, las PT tuvieron que

41

tomar un examen antes de recibir la certificación que las acreditaba como parteras adiestradas. Las tareas específicas que se les asignaron incluyeron la forma de animar a las mujeres embarazadas a acudir a los dispensarios de atención prenatal, identificación de mujeres con embarazos posiblemente complicados, enseñanzas de higiene y nutrición a las mujeres embarazadas, reconocimiento de los signos del parto, atención de partos normales, referencia de los casos difíciles y estímulo a las madres para que practiquen la planificación familiar.

Los investigadores de PRICOR ya habían determinado, basándose en las entrevistas con 20 PT, que este programa de capacitación no tenía el impacto previsto en la mortalidad y la morbilidad materna. Se seleccionaron PT sin adiestrar de la comunidad y se dividieron en dos grupos. El grupo I recibió un curso ordinario de adiestramiento (de 27 sesiones) y el grupo II recibió un curso de adiestramiento más corto (de 5 sesiones) basado en competencia. El nuevo programa de adiestramiento que se iba a ensayar también era distinto del programa corriente en el sentido de que se daba mayor atención al reconocimiento de situaciones de alto riesgo. Las PT estaban adiestradas para transmitir dos mensajes sencillos sobre nutrición: 1) consuma una comida más al día (antes y después del parto) y 2) alimente al recién nacido solo con leche materna hasta la edad de 3 meses. Se les indicó a las parteras que recomendaran el parto en el hospital a las mujeres con embarazo de alto riesgo.

Las PT del grupo I se asignaron a las mujeres que vivían en los barrios Boston, Cití Jean Claude, PCS, Brooklyn y Wharf. Las PT del grupo II deberían atender a las mujeres que vivían en los barrios llene Cití y TBB. Se seleccionó como testigo un barrio donde no había programas de PT. El sistema de registro del Complejo, basado en la población, permitiría seguir la trayectoria de las mujeres atendidas por los dos grupos de PT durante el actual embarazo y en embarazos subsiguientes para determinar los efectos de los dos programas de adiestramiento.

Después de que las parteras habían recibido adiestramiento y habían prestado servicios en las comunidades, los investigadores entrevistaron a las mujeres de ambos grupos para determinar si existían factores de riesgo durante el embarazo, la utilización de servicios de atención prenatal y posnatal y del parto y el resultado del embarazo. Se recogió bastante información sobre las defunciones maternoinfantiles. El análisis de los resultados de esas entrevistas indicó que era poco diferente el impacto que tuvieron en la morbilidad y mortalidad materna los dos métodos de capacitación. La única diferencia importante en las prácticas de las PT fue que las que habían asistido a la sesión más corta enviaban un mayor número de mujeres de alto riesgo a servicios de atención prenatal y a los hospitales para atención del parto. Puesto que no se observaron grandes diferencias en el resultado de los dos

programas, los investigadores decidieron introducir el curso más corto basado en la competencia en el proyecto de salud de Cití Soleil en forma permanente. Los investigadores analizan actualmente los resultados de sus análisis de todo el sistema de atención materna y de estudios de casos particulares de defunciones maternoinfantiles para determinar qué otros cambios convendría introducir en el sistema para reducir la morbilidad y la mortalidad.

* * *

Este estudio fue realizado por el Complejo Médico-Social de la Cití Soleil de febrero de 1983 a marzo de 1986. Para mayor información diríjase al principal investigador, Dr. Carlos Boulos, B.P. 1666, Puerto Príncipe, Haití, o al Dr. David Nicholas, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

11

Resumen del Estudio

ORGANIZACION COMUNITARIA EN LA PROMOCION DEL USO EFECTIVO DE LA TRO EN HAITI

La deshidratación grave causa la mitad de las defunciones de niños menores de 5 años en Haití. En un estudio financiado por PRICOR entre 1984 y 1986, realizado por investigadores de la Asociación de Obras Privadas de Salud y la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Sur, se abordó la necesidad de ampliar el uso de la terapia de rehidratación oral (TRO) a las zonas rurales de Haití, aun a los poblados donde no hay un trabajador de salud en residencia. El objetivo operativo del estudio era movilizar los recursos existentes en la comunidad (grupos formales, redes informales, instituciones y liderazgo) para incrementar la disponibilidad y el uso de las sales de rehidratación oral (SRO), tanto en sobres como en mezcla casera, y para garantizar la debida preparación y administración de las SRO por parte de las madres y otras personas que cuidaban a los niños. El sitio del proyecto fue el Distrito de Salud de Petit Goave en la Región Occidental de Salud Pública de Haití.

Durante la fase de análisis de problemas se empleó una serie de instrumentos de acopio coincidentes para identificar los principales obstáculos para el uso más efectivo de la TRO por parte de las madres y otros miembros de la comunidad y para establecer prioridades de investigación operativa entre esos problemas. Para lograr esos dos objetivos, el grupo de estudio identificó obstáculos mediante: 1) encuestas que proporcionaron información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la familia, características socioeconómicas, intensidad del uso de las SRO en instalaciones de salud y programas de TRO en el distrito de salud; 2) entrevistas con residentes que viven a diferentes distancias de los puestos de venta y 3) grupos focales. Se seleccionaron 20 poblados en el distrito para inclusión en el estudio.

El desarrollo de soluciones se inició con un análisis de los estudios citados. Se identificaron cuatro subproblemas prioritarios: disponibilidad de las sales, uso de la TRO, preparación de la solución de TRO y tratamiento clínico y referencia de los niños con deshidratación grave. El grupo de estudio desarrolló modelos para cada uno de los subproblemas y los presentó a los miembros del comité de política del proyecto (incluidos los miembros de la Campaña Nacional contra la Diarrea). Empleando un proceso de grupo nominal, el comité examinó cada modelo y evaluó las variables en cuanto a su importancia individual y el grado en el cual podían ser manipuladas por la persona encargada de tomar las decisiones. Las variables que pasaron las pruebas se mantuvieron en el modelo y se agregaron otras a sugerencia del comité de política. Se desarrollaron modelos de soluciones basados

en la comunidad para abordar solo los tres primeros subproblemas. Basándose en el proceso descrito 'antes, se presentaron luego estas soluciones para revisión al Comité de Salud del Distrito de Petit Goave y a los líderes de las comunidades donde se realizó la intervención, y se revisaron según fue necesario.

Para mejorar la disponibilidad de las SRO, se establecieron 28 nuevos puestos de venta de SRO en las comunidades de la intervención. Los operadores de estos puestos y los de los poblados que ya tenían puestos recibieron capacitación en los procedimientos de almacenamiento, promoción y venta de SRO. Para incrementar el uso de las sales y mejorar la preparación y administración de la solución, se desarrolló una estrategia educativa basada en la comunidad y se prepararon módulos para adiestrar a una amplia variedad de líderes comunitarios para promover la TRO. Los trabajadores de salud de la Oficina de Salud del Distrito adiestraron a grupos de líderes de los poblados en sitios centrales. Los trabajadores de salud visitaron las aldeas para fortalecer la participación comunitaria.

La fase de validación de la solución constó de cinco puntos: 1) una prueba preliminar de los conocimientos, actitudes y prácticas de las familias; 2) capacitación de los trabajadores de salud de la Oficina Distrital de Salud para movilizar la participación de los líderes de la comunidad; 3) adiestramiento de maestros de escuela, parteras tradicionales, líderes de poblado y propietarios de puestos de venta de SRO para promoción de ésta; 4) un período de intervención de 2-1/2 meses (reducido de los 11 programados en un principio), durante el cual los líderes expertos de la comunidad debidamente adiestrados realizaron las actividades de promoción de la TRO; y 5) una prueba posterior para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la familia, que fue casi igual a la prueba preliminar.

El estudio permitió identificar y desarrollar amplios recursos de liderazgo comunitario y en hacerlos participar en el programa de TRO. Se demostró que es posible movilizar a varios líderes de los poblados y adiestrarlos para trabajar de voluntarios de modo que se pueda cubrir un gran porcentaje de una determinada población destinataria. Cuarenta y tres por ciento de los hogares incluidos en la prueba posterior indicaron que uno o más de los líderes adiestrados había discutido el uso de la TRO con ellos, en visitas a domicilio o en reuniones de la comunidad. Debido en parte quizá al limitado período de intervención, el uso de TRO en los poblados de la intervención no aumentó mucho más que en los poblados testigos. Sin embargo, en los primeros se ampliaron

mucho los conocimientos de los padres de familia sobre la diarrea y la correcta preparación y debida administración de la TRO. Los investigadores indicaron que, a causa de limitaciones de tiempo, no se estaba prestando suficiente atención a la determinación de la mejor forma de emplear los servicios de los líderes comunitarios ni a la vinculación de esas actividades con los programas nacionales de capacitación en curso. Recomiendan futuros estudios de investigación operativa para determinar la mejor forma de emplear cada uno de los recursos comunitarios en actividades de planificación de TRO y otras afines.

* * *

Este estudio fue realizado entre marzo de 1984 y marzo de 1986 por la Association des Oeuvres Privées de Santé (AOPS) y la Universidad de Carolina del Sur. Para mayor información diríjase al Dr. Michel Cayemittes, AOPS, B. P. 76, Port-au-Prince, Haití, o al Dr. William B. Ward, Department of Health Promotion and Education, School of Public Health, University of South Carolina, Columbia, South Carolina, 29208, EE. UU. o a la Dra. Jeanne Newman, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio**ASIGNACION DE RECURSOS EN LA PLANIFICACION DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD
EN HAITI: OPTIMIZACION DE LA ASIGNACION DE TAREAS A TRABAJADORES
COMUNITARIOS DE SALUD**

Investigadores apoyados por PRICOR realizaron un estudio para determinar la mejor forma que los trabajadores comunitarios de salud (TCS) distribuyan su tiempo en cuatro intervenciones críticas para la supervivencia infantil: vigilancia del crecimiento, planificación familiar, terapia de rehidratación oral (TRO) e inmunización. Aunque los TCS llevan información sobre estos servicios de salud a las comunidades insuficientemente atendidas, es limitada la cantidad de tiempo que dedica cada uno a enseñar esas intervenciones a las madres. Se ha hecho un análisis sistemático de las actividades de los TCS en una zona servida por una organización voluntaria privada en Haití. Empleando estimaciones de uso probable y uso-efectividad de cada intervención para reducir la mortalidad infantil y un análisis de la cantidad de tiempo que gasta un TCS hasta lograr que la madre adquiera competencia en cada una de las intervenciones, los investigadores han desarrollado un esquema para distribuir el tiempo de los TCS más efectivamente en las cuatro intervenciones. Una prueba de campo del esquema de distribución del tiempo permitió examinar el efecto de concentrarse en las madres de alto riesgo en lugar de tratar de enseñarles a todas las madres lo relativo a estas intervenciones. Se efectuó una evaluación epidemiológica para clasificar a las madres según la clase de riesgo. Los investigadores han encontrado que es más eficiente concentrar los esfuerzos educativos de los TCS en las madres de alto riesgo.

Durante el análisis inicial del problema se descubrió que los TCS, que esencialmente son voluntarios, pueden dedicar sólo 12 horas a la semana a la promoción de la salud. El resto de su tiempo lo pasan viajando, atendiendo puestos de reuniones sobre salud, manteniendo estadísticas vitales y trabajando en sus propias actividades personales generadoras de ingresos. Por ser limitado el tiempo disponible, fue particularmente importante ayudar a los TCS a maximizar los beneficios de salud para la comunidad. El beneficio en este caso se determinó como la supervivencia de niños menores de dos años. Se hicieron estimaciones cuantitativas de la mayor probabilidad de empleo de cada intervención una vez enseñada, la efectividad de reducir la mortalidad por una causa específica si se emplea la intervención y el tiempo necesario para enseñar una intervención particular.

Las estimaciones de la probabilidad de empleo se obtuvieron de los datos disponibles de otros estudios en Haití. La efectividad de las intervenciones se estimó a partir de la información médica general. Para el estudio se obtuvieron datos sobre el tiempo necesario para adiestrar a las madres. Se identificaron las madres de alto riesgo por medio de un sistema de registro existente basado en la población y aquellas incluyeron las de 35 años con cuatro hijos o más, cuando al menos uno de éstos era menor de cinco años; las que tenían más de cinco hijos, uno de los cuales era menor de cinco años; las que tenían un hijo menor de 5 años con diagnóstico de desnutrición y las que habían perdido un hijo el año pasado.

Empleando el esquema de distribución del tiempo desarrollado antes, el grupo de estudio preparó un plan para ensayar sobre el terreno el efecto de la determinación del riesgo. A causa del corto tiempo disponible para dicho ensayo, sólo se dio adiestramiento a las madres en la TRO y en planificación familiar. El campo de estudio se dividió en tres áreas. En la primera se pidió a cada TCS que adiestrara en TRO a todas las 300 madres y en planificación familiar a tantas madres de algo riesgo como fuera posible (39). El tiempo relativo gastado en cada intervención concordaba con el esquema de distribución. En la segunda área, se dio adiestramiento en TRO solo a las 60 madres expuestas al mayor riesgo; el tiempo restante para educación en planificación familiar fue suficiente para extender esa intervención a 48 de las madres de alto riesgo. En la tercera, que era el control, los TCS siguieron distribuyendo su tiempo como antes. Todos los TCS de los tres grupos recibieron capacitación especial, particularmente en el campo de habilidades docentes. Al final del estudio se les pagó un estipendio que dependía del porcentaje de madres que había adquirido competencia en las dos intervenciones. Las madres participantes que lograron competencia recibieron incentivos, inclusive la oportunidad de comprar una tarjeta de salud y de participar en los clubes de crédito rurales. (Véase el estudio titulado: "Diversos métodos para motivar a los trabajadores comunitarios de salud", Haití.)

Los resultados de cada prueba de campo indicaron que el enfoque selectivo (de alto riesgo) era tanto eficiente como efectivo. No es sorprendente que los TCS hayan considerado que era mucho más fácil tratar con un grupo limitado y definido de madres a la vez. Además, el enfoque de riesgo no pareció perjudicar gravemente a las demás madres, porque adquirieron conocimientos en los puestos de reunión. Los investigadores concluyeron que sería ventajoso instituir un sistema de búsqueda para identificar los niños expuestos al mayor riesgo. Además,

las sesiones educativas celebradas en los poblados para las madres de esos niños podrían mejorar los conocimientos que tienen las comunidades sobre las intervenciones clave. Esas sesiones serían especialmente efectivas en las zonas donde ya se realiza una actividad educativa importante en los puestos de reunión.

* * *

Este estudio fue realizado entre noviembre de 1984 y marzo de 1986 por Eye Care-Haiti, una organización privada sin fines de lucro que presta servicios de atención primaria de salud y atención oftálmica en las zonas rurales de Haití. Para mayor información diríjase al Dr. Antoine Augustin, Eye Care-Haiti, P. O. Box 1319, Port-au-Prince, Haití, o a la Dra. Jeanne Newman, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

59

Resumen del Estudio

POSIBILIDADES FINANCIERAS PARA EXTENSION DE SERVICIOS BASICOS DE SALUD EN HONDURAS

En busca de distintos medios de financiar los servicios básicos de salud, varios investigadores del Ministerio de Salud (MS) de Honduras y de Management Sciences for Health (MSH) realizaron un estudio con la técnica de investigación de operaciones en varias regiones de Honduras, que se concentró en la identificación de distintas posibilidades de financiar los servicios de atención primaria de salud (APS) y en la evaluación de algunas posibilidades selectas a nivel de la comunidad.

Los investigadores emplearon tres métodos distintos para determinar la forma en que se financian los servicios de APS: 1) observación intensiva de un pequeño número de familias hondureñas; 2) encuesta de familias en cuatro regiones de salud y 3) estudios de casos de los programas existentes de atención de salud financiados por la comunidad. Además, se celebraron entrevistas con dirigentes locales, representantes de cooperativas y sindicatos y altos funcionarios públicos para determinar la clase de posibilidades consideradas factibles.

Observación de las familias. Un observador adiestrado localmente visitó 25 familias en las barriadas urbanas de Tegucigalpa en octubre y noviembre de 1982. La observación directa de esas familias reveló que emplean regularmente múltiples fuentes de tratamiento médico para las enfermedades, a veces al mismo tiempo. La observación de episodios específicos de enfermedades fue particularmente útil para identificar este fenómeno.

Encuesta de hogares. El grupo de estudio realizó entrevistas en 1.017 hogares en 29 sitios de muestra de cuatro regiones de salud de Honduras en los tres primeros meses de 1983. En esos hogares se habían notificado 1.648 enfermedades en el período de 15 días transcurridos entre una visita y otra y se habían realizado 910 entrevistas a las familias que habían sufrido alguna clase de enfermedad. Cerca de 26,1% de la población de la muestra dijo que había estado enferma en los últimos 15 días. Alrededor de 46% de estos episodios de enfermedad se había tratado en el hogar. El gasto medio por episodio así tratado fue de US\$2,50 aproximadamente. La mayor parte de esta cantidad se destinó a compra de remedios. El promedio mensual notificado de gastos de atención de salud en el hogar fue de US\$20,82 (11,4% del total de gastos mensuales notificados) y ocupó el tercer lugar en la clasificación más alta después de los alimentos y las prendas de vestir. El 94% de los entrevistados se mostraron dispuestos a pagar los servicios prestados por el MS.

5/0

Estudios de casos. El grupo concluyó 10 estudios de casos registrados en dispensarios, centros de salud y hospitales de Honduras que cobraban por los servicios o recibían sólido apoyo de la comunidad. Después del acopio de datos, los investigadores prepararon concisas descripciones analíticas de las posibilidades financieras y los efectos del apoyo de la comunidad en cada establecimiento de atención de salud visitado. Los resultados de los estudios de casos generalmente reforzaron lo aprendido en la encuesta. En los 10 estudios, los pacientes se mostraron dispuestos a pagar los servicios de salud o a apoyarlos, siempre y cuando fueran de alta calidad.

Se idearon otros mecanismos de financiamiento empleando la información acopiada en la observación de las familias, la encuesta, los estudios de casos y las entrevistas con altos funcionarios del MS y de otras entidades que trabajan en pro de la salud. El grupo multidisciplinario empleó dos técnicas analíticas, a saber, gráficos de decisiones y análisis de efectos positivos, negativos e interesantes, para evaluar las posibilidades de financiamiento. Las cuatro posibilidades más apropiadas fueron 1) cuotas estándar por servicios, 2) pago de remedios, 3) aportaciones de mano de obra de la comunidad para construcción y mantenimiento de centros de salud y 4) fondos rotatorios de medicamentos manejados por comités de salud locales. Estas soluciones se recomendaron al MS.

A consecuencia de este estudio se adoptaron las políticas del MS relativas al financiamiento de actividades en la comunidad. Los datos sobre enfermedades comunes, la conducta respecto de la enfermedad y los gastos en medicamentos acopiados para el estudio de PRICOR convencieron a las autoridades del MS de la importancia de poner a disposición del público hondureño medicamentos esenciales de bajo costo y alta calidad. Actualmente se estudian varios mecanismos (algunos propuestos por el grupo de estudio de PRICOR) o ya se encuentran listos para ensayo práctico. Entre estos cabe citar un sistema de farmacias "populares", fondos rotatorios de la comunidad para medicamentos, comercialización de las sales de rehidratación oral (SRO) y expansión de Lab-PANI, una compañía de producción farmacéutica semiautónoma patrocinada por el gobierno. Sin embargo, ha habido una gran laguna entre la adopción y la puesta en práctica de estas políticas para ampliar la disponibilidad de medicamentos básicos. Como resultado indirecto de este estudio de las posibilidades de financiamiento de la APS, el MS ha instituido una política que insta a los hospitales a recobrar una gran parte de sus costos operativos. El MS ha determinado que todos los hospitales deben incrementar la recuperación a un mínimo del 30% de sus costos anuales de operaciones por medio de fijación de cuotas por servicios prestados a

los pacientes. En 1984 los hospitales recobraron en promedio 4,2% de su presupuesto anual de operaciones, cifra que representa un aumento del 30% en relación con 1983.

La técnica de investigación de operaciones ha tenido un marcado efecto en la forma en que adopta sus decisiones el MS de Honduras. Puesto que los altos funcionarios del MS están satisfechos con esa clase de investigaciones como instrumentos de adopción de decisiones, se ha creado una Unidad de Ciencia y Tecnología dentro del MS para coordinar los estudios correspondientes. Las actividades pertinentes en marcha incluyen un estudio de la eficacia de las parteras empíricas adiestradas frente a las no adiestradas, un estudio de factibilidad de la comercialización de las SRO y una comparación de las posibilidades de expansión de los servicios de los hospitales sin reducir los de APS.

* * *

Este estudio fue realizado entre agosto de 1982 y diciembre de 1984 por el Ministerio de Salud de Honduras y Management Sciences for Health (MSH), una organización sin fines lucrativos con sede en Boston, Massachusetts. Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Frederick Hartman, MSH, 165 Allandale Road, Boston, Massachusetts 02130 o al Dr. Jack Reynolds, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

IDENTIFICACION DE UN SISTEMA OPTIMO DE DISTRIBUCION DE VACUNAS EN LAS ZONAS RURALES DE INDIA

Entre el momento en que se fabrican las vacunas y el momento en que se administran a la población destinataria, muchos países experimentan graves dificultades operativas para la distribución de las vacunas y la prestación de servicios efectivos de inmunización, particularmente en las zonas rurales remotas. Los resultados son a menudo una cobertura de inmunización deficiente y una posible pérdida de potencia de las vacunas. Esos problemas operativos se citan entre las razones de la tasa de mortalidad infantil persistentemente elevada en muchas partes de India.

En 1985-86 investigadores de Management Consultancy and Services (MACONS), en cooperación con la Dirección de Salud y Bienestar Familiar del Estado de Karnataka en el sur de India, realizaron un estudio de investigación operativa sobre el sistema de distribución de vacunas en ese estado. Empezaron este estudio para identificar los problemas operativos más críticos y desarrollar un instrumento de planificación y administración que se pudiera usar para reestructurar el sistema. Identificaron tres campos principales en el sistema de vacunación donde se sabe que existen problemas: distribución, entrega de vacunas a los subcentros localizados sobre el terreno, y utilización. Se escogió para estudio detallado el sistema de distribución, considerado como el campo más problemático de los tres.

En la Fase I se seleccionaron tres distritos del estado. En estos distritos, investigadores adiestrados acopiaron y analizaron datos sobre la población, el tamaño de los grupos destinatarios cubiertos por cada Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) y sus subcentros, la cobertura de inmunización, el control del inventario de vacunas en varios puntos de depósito y la distribución física de las vacunas. Se especificaron las variables clave de decisión, las restricciones importantes y sus relaciones. Sobre la base de estos análisis, y empleando algunas de las estadísticas de población y las tasas obtenidas de diferentes fuentes, se construyeron distintos modelos matemáticos del sistema de distribución de vacunas. Se probaron los modelos ingresando datos de los CAPS que representaban diversas condiciones existentes sobre el terreno (densidad de población, patrones de distribución de los CAPS y sus subcentros entre la población, diversas instalaciones de comunicación, etc.) a un programa de computación especialmente diseñado. Después de desarrollar y probar el modelo de simulación, los investigadores realizaron ensayos por ciclos semanales de un período de 10 años, empleando distintas hipótesis sobre las variables clave de decisión del sistema tales como existencias reguladoras,

objetivos de cobertura (75%, 85% y 95%), política para pedidos, estrategias para manejar los pedidos prioritarios y restricciones importantes.

Los resultados de cada simulación incluyen estimaciones del número medio de casos de agotamiento de existencias en un período determinado; inventario promedio; consumo promedio; tiempo promedio entre la primera y la segunda dosis, entre la segunda y la tercera y entre la primera y la tercera; número de personas totalmente inmunizadas; inmunización incompleta; y carga de trabajo promedio en el CAPS y su variabilidad. La comparación de los resultados de las simulaciones permite a los administradores identificar las estrategias de distribución más prometedoras en una situación determinada antes de realizar una prueba de campo costosa.

Los investigadores esperan que, aparte de emplearlo para determinar un sistema óptimo de distribución de vacunas en las diferentes condiciones existentes sobre el terreno, sea posible rediseñar y aplicar el modelo a la distribución de otros productos y a otras condiciones de campo, estructuras organizativas y puntos de depósito. Lo que es más importante, con algunas modificaciones del programa de computación se podría emplear para el análisis periódico y la evaluación de las políticas de acumulación de existencias de vacunas, estrategias, etc. en los sistemas establecidos. Según los investigadores, la principal ventaja sería la facilidad con que un administrador de distrito que no esté muy familiarizado con técnicas y métodos complejos de investigación operativa podría emplear el modelo como instrumento de adopción de decisiones.

* * *

Este estudio fue realizado entre abril de 1985 y marzo de 1986 por Management Consultancy and Services (MACONS). Para mayor información diríjase al investigador principal, Lic. Krishnaswamy Subramanyam, Executive Director, MACONS, 77A, West Marredpally, Secunderabad-500026, India, o a la Dra. Jeanne S. Newman, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

ESTUDIO DE LOS GRUPOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN JAMAICA

Los investigadores estudiaron los problemas de productividad de los grupos de atención primaria de salud (APS) de Jamaica y prepararon un modelo de asignación de recursos. Los cómputos de ensayo del modelo aplicado a dos distritos de la región de Cornwall han ofrecido proyecciones de demanda de servicios, necesidades y costos de personal y horas y configuración de los dispensarios. Esos cómputos han demostrado no solo que los servicios y la cobertura de la población pueden aumentar mucho sino que es posible reducir al mismo tiempo los costos de personal.

PRICOR emprendió este estudio a pedido del Proyecto de Mejoramiento de la Administración de Salud (HMIP) cuyo objetivo es dinamizar la prestación de APS mejorando la administración dentro del Ministerio de Salud (MS). En Jamaica hay tres clases de centros de salud que prestan servicios preventivos y curativos. Esos centros comprenden instituciones pequeñas y sencillas que ofrecen solo algunos servicios y grandes y modernas que prestan toda clase de atención médica y odontológica. Los centros están vinculados por un sistema de envío de pacientes y por visitas efectuadas por el personal de los centros más grandes a los más pequeños.

Se identificaron como grupos de investigación el Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de las Indias Occidentales (UIO) y la firma Price Waterhouse Associates, Management Consultants de Jamaica. Junto con PRICOR y el HMIP prepararon un protocolo para el estudio y fijaron cuatro objetivos: 1) establecer una metodología para determinar la productividad y el costo eficacia de los grupos de APS; 2) explicar la forma en que las distintas categorías de personal del centro de salud distribuyen su horario de trabajo entre ciertas actividades previamente definidas, 3) determinar qué tan productivos y eficaces en función del costo son los grupos de APS y cómo se relacionan esos factores con la cobertura de la población con servicios esenciales y 4) idear estrategias para mejorar la productividad y trabajar con el MS para poner en práctica estrategias selectas a manera de ensayo.

Los investigadores observaron 496 trabajadores seleccionados al azar que eran representativos de varias clases de personal que trabajaba en los centros de salud del país. Estas observaciones, que forman parte de una encuesta de muestreo del trabajo, indicaron que el tiempo no productivo de los auxiliares de salud oscilaba entre 26 y 66%. Partiendo de estudios similares efectuados en el sector privado, Price Waterhouse y

el MS esperan mantener el tiempo no productivo en menos del 25%. El grupo de Price Waterhouse preparó un índice de productividad determinado mediante comparación de la producción real de un dispensario con la producción esperada, dentro del marco del tiempo crítico de trabajo. El análisis permitió demostrar amplias variaciones en los índices de productividad, que oscilaron entre 30 y 150%. También se determinó un índice de costos comparando las unidades de costos del personal empleado para atender a los pacientes con los costos del personal asignado a dispensarios o a centros de salud con horario programado. El análisis demostró un índice medio de costos de 46 por horas programadas en el dispensario y de 20% en el caso de los centros de salud. Los bajos índices de costos sugieren que hay una gran oportunidad de mejorar la eficiencia de esos centros.

La productividad ampliamente definida es el uso eficaz de recursos. Los recursos más costosos empleados en el sector de APS son los humanos. Es importante asignarlos a un centro de salud para crear una capacidad de servicio. Esa capacidad debe basarse en la demanda prevista de servicios y en el tiempo necesario para prestar una unidad de servicio. Se ideó un modelo para incrementar la productividad por medio de asignación de recursos humanos y reprogramación del horario de los dispensarios. Este modelo ayudó a optimizar la productividad determinando la demanda de los principales servicios ofrecidos en el centro de salud, basándose en proyecciones de la cobertura ideal o en tendencias históricas, en el conjunto de servicios que deben ofrecer los diversos dispensarios del centro de salud, el número de horas anuales que se deben programar en un dispensario para celebrar distintas sesiones con el fin de atender la demanda, la reprogramación del horario de los dispensarios, el número de funcionarios de diversas clases que se deben asignar al centro de salud y la asignación de personal crítico (costoso y escaso como médicos) a agrupaciones geográficas de centros de salud para maximizar su uso. Por tanto, el modelo puede ayudar a los administradores de APS a adaptar su sistema para hacer óptima utilización de los recursos disponibles. El modelo también permite efectuar una prueba de sensibilidad de cada una de las variables.

El modelo se somete actualmente a ensayo en dos distritos piloto de la región de Cornwall, donde se empleará la prueba para determinar la mejor forma de reestructurar los dispensarios en esos distritos y reasignar personal. Los cambios en productividad se vigilarán cuidadosamente durante seis meses. Si la prueba tiene éxito, el plan consiste en aplicar el modelo a todo el país como dinámico instrumento de planificación para asignación de recursos.

* * *

Este estudio fue realizado entre junio de 1983 y marzo de 1986 por el Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de las Indias Occidentales y la firma Price Waterhouse Associates, Management Consultants de Jamaica, con la cooperación del Proyecto de Mejoramiento de la Administración de Salud de Jamaica, financiado por la USAID y el Ministerio de Salud de ese país. Para mayor información diríjase a la Sra. Patricia Desai, Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies, Mona, Kingston 7, Jamaica, al Sr. Bobby Zachariah, Price Waterhouse Associates, Box 372, Kingston, Jamaica o al Dr. David Nicholas, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

INTERVENCION RELATIVA A LAS ENFERMEDADES DIARREICAS EN LIBERIA

En 1985 los investigadores que trabajaban en el Distrito de Kolahun, Liberia, notaron que los niños con diarrea eran llevados al dispensario cuando ya estaban deshidratados un 5 a 10%. Esta observación fue el punto de partida para un estudio de investigación operativa sobre el problema de la deshidratación causada por enfermedades diarreicas en comunidades selectas. Los objetivos del estudio consistieron en determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los guardianes de los niños en relación con la diarrea y en emplear esa información para establecer una estrategia destinada a mejorar esos aspectos. La estrategia ideada se sometió a ensayo práctico en las aldeas objeto de estudio.

Los investigadores examinaron primero el problema de la deshidratación y lo redujeron a dos subproblemas. El primero fue la utilización demorada de establecimientos de salud para casos de diarrea infantil. Se partió de la hipótesis de que este problema podía explicarse por la falta de conocimientos básicos de los guardianes y la falta de establecimientos de salud accesibles.

El segundo subproblema fue el hecho de que muchas de las prácticas seguidas por los guardianes durante episodios de diarrea contribuían a la deshidratación. Los guardianes suspendían a menudo la lactancia natural y la administración de líquidos y daban medicamentos inapropiados.

Con el fin de analizar más profundamente el problema de la deshidratación, el grupo de investigación realizó una encuesta de guardianes en 30 aldeas del Distrito de Kolahun, empleando un método de muestreo de grupo en dos etapas. En cada aldea se seleccionaron al azar 15 guardianes con niños menores de 5 años para entrevista. En el cuestionario se incluyeron preguntas sobre las características de los guardianes, los episodios diarreicos que habían experimentado recientemente los niños, el tratamiento de la diarrea, la utilización de la terapia de rehidratación oral (TRO) y otros temas.

Esta encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas permitió confirmar las suposiciones de los investigadores en relación con la falta de conocimientos de los guardianes sobre la forma de tratar la diarrea y el empleo de prácticas tradicionales que contribuyen a la deshidratación. Más del 60% de los guardianes desconocían la solución de sal y azúcar mezclada en el hogar para tratar la diarrea. Más del 50% de esos guardianes no sabía mezclar el sobre de sales de rehidratación oral

(SRO) y 60% no lo reconocía. Más de 90% de los guardianes administró medicamentos para la diarrea. Menos de la mitad siguió amamantando al niño durante el episodio de diarrea. Solo 15% de los niños al cuidado de esos guardianes había recibido TRO durante su última enfermedad.

Se celebró un seminario de un día para considerar los subproblemas en orden prioritario para fines del estudio de PRICOR y para buscarles soluciones apropiadas. Entre los participantes estuvieron un investigador de PRICOR, dos ayudantes de investigación, el Director de la Escuela Pública de Kolahun y un maestro. Empleando una matriz de preferencia modificada, el grupo decidió que el proyecto se concentraría en los subproblemas en el orden siguiente: 1) la falta de conocimientos básicos de los guardianes sobre el tratamiento contra la diarrea, 2) las prácticas adversas de los guardianes durante episodios de diarrea, 3) las creencias locales que afectan adversamente el cuidado de los niños con diarrea y 4) la falta de adecuación del sistema de atención de salud para el tratamiento antidiarreico.

Empleando matrices de preferencia similares, los participantes propusieron soluciones a los problemas prioritarios y establecieron una estrategia para informar y motivar a los guardianes en lo que respecta al uso de la solución de sal y azúcar mezclada en el hogar para tratar la diarrea infantil. Se adiestraría a los trabajadores de salud de la aldea (TSA) y a las parteras empíricas (PE) para informar y motivar a los guardianes, y a los estudiantes de primaria se les enseñarían lecciones sencillas sobre diarrea con el fin de que se las transmitieran a sus respectivos padres.

Se adiestraron tres TSA y dos PE como educadores y motivadores. Durante ocho meses, estos trabajadores comunitarios de salud instaron a los guardianes de niños con diarrea a preparar y emplear la sencilla solución de sal y azúcar mezclada en el hogar para tratar la diarrea. Se recurrió también a sesiones con los guardianes para reforzar las intervenciones positivas sobre diarrea y desestimular las negativas. Se les exigió a los TSA y a las PE que registraran en cuadernos sencillos el nombre y la edad de los pacientes que trataban para combatir la diarrea, la duración de la TRO y el resultado del tratamiento. Durante el período de ensayo práctico, se impartieron lecciones sencillas sobre el control de la diarrea a los estudiantes de una clase de la Escuela Pública de Kolahun (que consistía en 75 estudiantes hasta de 7^o grado).

Durante el ensayo práctico, los investigadores quedaron convencidos de que los TSA y las PE pueden desempeñar una labor eficaz como educadores y motivadores de guardianes en lo que respecta al uso de la TRO. Ambos grupos notificaron que un total de 94 niños y adultos habían recibido

tratamiento antidiarreico con TRO durante los 8 meses que duró el ensayo práctico. De estos, cuatro se enviaron a otros servicios por estar deshidratados. No se notificó ninguna defunción. Aunque el número de pacientes atendidos y tratados contra la diarrea por los trabajadores de salud es pequeño, los investigadores creen que la TRO es cada vez mejor aceptada en las aldeas objeto de estudio y se utilizarán más ampliamente a medida que varios guardianes adquieran consciencia de su utilidad para salvar vidas.

Los estudiantes de primaria se mostraron muy entusiastas con las lecciones que recibieron en el tratamiento de la diarrea con TRO. Queda por evaluar el efecto de esas lecciones en la incidencia y el grado de deshidratación. Los investigadores creen que las lecciones tendrán el efecto previsto y recomiendan incorporar las lecciones sencillas sobre diarrea y TRO en el plan de estudios de las escuelas primarias.

* * *

Este estudio fue realizado entre mayo de 1985 y marzo de 1986 por la Asociación Sanitaria Cristiana de Liberia (CHAL). Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Andrew Cole, Christian Health Association of Liberia, P. O. Box 1046, Monrovia, Liberia, o a la Dra. Jeanne Newman, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

PLANIFICACION Y EVALUACION DE LA FINANCIACION COMUNITARIA EN LIBERIA

Aunque se ha dedicado un considerable volumen de recursos públicos y privados al mejoramiento de los servicios de atención primaria de salud (APS), a menudo es difícil mantener esos servicios cuando se retira la financiación externa. Para abordar este problema el Ministerio de Salud (MS), en cooperación con la Asociación Sanitaria Cristiana de Liberia (CHAL), realizó un estudio de investigación operativa para encontrar formas eficaces de generar fondos en las comunidades para financiar algunos de sus servicios de APS o todos.

Los planes de financiación tenían que ajustarse a ciertas condiciones: 1) deberían costar menos que el ingreso generado; 2) una elevada proporción de la población destinataria (niños menores de 5 años y mujeres embarazadas y lactantes) debería emplear los servicios ofrecidos; 3) una gran parte de los hogares debería contribuir; y 4) los pobladores de la aldea propiamente dichos deberían poder mantener el (los) programa(s) de financiación establecido(s).

El análisis del problema se inició en enero de 1984 cuando se seleccionaron tres aldeas para participar en el estudio. Se realizó una encuesta de utilización de los servicios de salud para recopilar datos demográficos sobre las aldeas. Se descubrió que las familias estaban encabezadas por hombres de edad avanzada (55 años o más), la mayoría de los cuales eran agricultores sin educación formal y el promedio del ingreso familiar era muy inferior a la media nacional de EUA\$280 anuales.

En cada aldea se reunieron los miembros del ayuntamiento y los dirigentes locales para considerar cuatro asuntos: qué servicios de salud se prestarían, quién sería el proveedor de atención de salud, quién participaría y cuánto costarían los servicios. Se estableció un comité de salud en cada aldea para administrar el proyecto y escoger el miembro de ese comité que debería recibir capacitación como trabajador comunitario de salud (TCS). Durante estas discusiones, una de las principales preocupaciones en materia de salud expresadas por los pobladores fue la disponibilidad de medicamentos. La creación de un amplio fondo rotatorio de adquisición de medicamentos en el centro de salud del distrito de Kolahun se consideró como recurso y posible modelo para los fondos rotatorios de medicamentos a nivel de la aldea.

Los dirigentes comunitarios en cada una de las aldeas del estudio discutieron ocho posibles planes de financiación para generar fondos de APS dentro de la comunidad. En cada una de las tres aldeas estudiadas se construyó una matriz de preferencia y en cada una alcanzaron la mayor

calificación los mismo cuatro planes pero en distinto orden: 1) ventas de medicamentos, 2) pago por anticipado con base en la producción, 3) mano de obra comunitaria e individual y 4) donaciones y recaudaciones periódicas de fondos. Durante un ensayo práctico de 12 meses, las aldeas pudieron financiar en parte sus servicios de APS por medio de los planes escogidos. Los comités de salud de la aldea establecieron y manejaron fondos rotatorios de medicamentos y el investigador principal o el asistente de investigación hicieron visitas mensuales de supervisión a cada aldea. CHAL y el MS ofrecieron apoyo para la capacitación y los arreglos logísticos.

La recaudación periódica de fondos y las ventas de medicamentos tuvieron un gran éxito para recaudar suficientes fondos para establecer y mantener los fondos rotatorios de medicamentos en las aldeas. Las contribuciones proporcionaron capital semilla por un monto de EUA\$59,00 a EUA\$209,60 en cada aldea y de 75 a 90% de las familias participaron en la recaudación. Los fondos rotatorios de medicamentos se han mantenido por medio de una alza del 25% en los medicamentos vendidos en la aldea que se obtienen del fondo rotatorio para medicamentos del distrito de Kolahun. Las existencias de medicamentos han aumentado y se han diversificado en tanto que los costos de aquéllos se han mantenido bajos. Los ingresos provenientes de las ventas por cada caso tratado por los TCS oscila entre EUA\$0,27 y EUA\$0,95.

El pago anticipado sobre la base de la producción y la mano de obra en los arrozales comunes no se han convertido en recursos directos para los fondos de APS pero podrían emplearse si se necesitaran. Se ofrece una cierta cantidad de mano de obra de la comunidad en los campos de determinados TCS, aunque algunos de ellos han indicado que prefieren que se les pague un sueldo. Se reconoce que es errónea la suposición que han hecho los investigadores y los dirigentes de la aldea a efectos de que se apoyaría a los TCS con la aplicación tradicional de mano de obra de la comunidad, como sucede con la compensación de los curanderos tradicionales.

El éxito y la posibilidad de duplicación del proyecto se han demostrado ampliamente por medio de las 10 aldeas que hoy en día participan en el mismo. En seis de éstas hay fondos rotatorios de medicamentos y en otras cuatro se han seleccionado TCS que actualmente reciben capacitación; hay planes en marcha para establecer fondos rotatorios en éstas últimas. Los fondos suplementarios y el apoyo obtenido por medio de mano de obra comunitaria, donaciones y trabajo agrícola por contrato se han destinado al apoyo directo de la APS. Los resultados para las comunidades participantes en todo el programa consisten en la

disponibilidad local de proveedores de atención de salud, medicamentos y la mejor administración de la APS. El establecimiento de comités de salud en las aldeas ha ofrecido el marco para continuar empeñándose en mejorar la APS. Tanto CHAL como el MS han concordado en seguir desplegando esos esfuerzos y la autoridad médica del distrito seguirá proporcionando servicios de supervisión.

La adhesión a un criterio sistemático de la investigación operativa ha permitido que este proyecto se desplace con éxito de la identificación de problemas, mediante búsqueda y evaluación sistemática de posibles soluciones, a la aplicación práctica. La selección de una solución en la que se conjuguen múltiples planes de financiación les ha permitido a los participantes contribuir a la APS en forma proporcional a sus medios y ha ofrecido una base más amplia para el éxito del proyecto.

* * *

Este estudio fue realizado entre enero de 1984 y octubre de 1985 por la Asociación Sanitaria Cristiana de Liberia (CHAL). Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Andrew Cole, Christian Health Association of Liberia, P.O. Box 1046, Monrovia, Liberia, o a la Dra. Jeanne Newman, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

ENSEÑANZAS A LAS MADRES SOBRE EL USO DE LA TRO EN LAS ZONAS RURALES DE LIBERIA

Graves restricciones presupuestarias en Liberia han limitado la prestación de servicios de atención primaria de salud (APS), inclusive la distribución de sales de rehidratación oral (SRO) previamente envasadas por parte de UNICEF. Esta situación ha dejado a muchas zonas rurales del país sin los servicios de los trabajadores de salud y sin programas de terapia de rehidratación oral (TRO). Entre 1984 y 1986 varios investigadores de la Universidad de Liberia y del Ministerio de Salud y Bienestar Social realizaron un estudio de investigación operativa para formular el programa más eficaz de TRO para las zonas remotas donde no hay trabajadores de salud. El grupo de investigación se dio cuenta de que la capacitación de trabajadores voluntarios sería el enfoque más factible para atender a esas zonas. El estudio tuvo dos objetivos: determinar cuáles eran las soluciones de TRO mezcladas en el hogar que preferirían los guardianes de niños y establecer y ensayar diversas estrategias para enseñarles a las madres a preparar y a administrar la solución escogida.

Al comienzo del estudio, los investigadores identificaron dos estrategias de enseñanza y cuatro posibles soluciones para mezcla en el hogar. Teniendo en cuenta que el ensayo de cada combinación posible sería costoso y llevaría mucho tiempo, el grupo realizó un estudio piloto para tratar de eliminar algunas de las opciones. Después de recolectar información básica sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los guardianes y datos socioeconómicos, se seleccionaron capacitadores voluntarios de la aldea y se les enseñó a mezclar las cuatro soluciones de TRO. A su vez, esos voluntarios adiestrarían a los guardianes individualmente o en pequeños grupos para realizar esa tarea. Los investigadores dividieron luego en dos grupos a los guardianes que tenían niños menores de cinco años y que vivían en la zona piloto, según la clase de capacitación en TRO que recibirían (ya fuera individual o en grupo).

Para determinar qué solución o soluciones preferían las madres, se les enseñó a preparar las cuatro. Los resultados de las entrevistas realizadas después del ensayo indicaron que las madres favorecían por mayoría abrumadora la solución de sal y azúcar con sabor de naranja.

Para determinar qué método de capacitación era más efectivo, los investigadores identificaron 13 indicadores de los conocimientos, actitudes y prácticas respecto de la TRO y la diarrea y examinaron a los guardianes sobre esos indicadores antes y después de la intervención en

que se enseñó la TRO. Puesto que los resultados del ensayo piloto no mostraron diferencias concluyentes en la eficacia de los dos métodos de enseñanza para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres, los investigadores realizaron un ensayo práctico completo en 15 aldeas seleccionadas al azar.

Antes del ensayo práctico, se estratificaron las 15 aldeas en tres grupos. Esta división se basó en indicadores socioeconómicos que se consideró que podían influir en el uso de la TRO. Se seleccionó al azar una aldea de cada grupo como testigo y las otras cuatro se dividieron según la estrategia de capacitación. En la mitad de las aldeas se procedió a adiestrar voluntarios para enseñarles a las madres individualmente y en la otra mitad para enseñarles en grupo. La solución de sal y azúcar con sabor de naranja fue la única empleada en el ensayo práctico. Para determinar qué estrategia era más efectiva, se midió un conjunto de 13 indicadores de los conocimientos, actitudes y prácticas de todas las madres en las 15 aldeas experimentales y testigos. Se adiestraron en total aproximadamente 400 madres.

Los resultados de las entrevistas realizadas antes y después del ensayo en todas las aldeas experimentales indicaron que ambos métodos de enseñanza incrementaron mucho los conocimientos y la consciencia que tenían los guardianes de la naturaleza, las causas y los efectos de la diarrea y las formas de tratarla con SRO. La comparación de los 13 indicadores destinados a detectar las diferencias de eficacia en las dos estrategias de enseñanza indicó solo una ligera superioridad de la capacitación individual frente a la realizada en grupo. Sin embargo, la tasa de deserción de los guardianes fue muy inferior entre los que recibieron capacitación en grupo. Los investigadores sugieren que eso se puede deber a que los capacitadores no reciben ninguna remuneración ni están suficientemente motivados para hacer el número de visitas requerido a los hogares de los guardianes para completar las enseñanzas individuales. Esos resultados indican que la capacitación en grupo puede ser la forma más eficiente de impartir enseñanzas a los guardianes empleando el tiempo limitado de los voluntarios.

* * *

Este estudio fue realizado entre junio de 1984 y marzo de 1986 por la Facultad de Medicina Dogliotti de la Universidad de Liberia en cooperación con el Ministerio de Salud de ese país. Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Moses Galakpai, A.M. Dogliotti College of Medicine, Department of Preventive Medicine, University of Liberia, Monrovia, Liberia, o a la Dra. Jeanne Newman, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

CAPACITACION DE ADOLESCENTES PARA PROMOVER LA SALUD EN LIBERIA

En un estudio efectuado con la metodología de investigación operativa, varios investigadores de Cuttington University College y Tuskegee University abordaron los problemas causados por la falta de servicios de salud estructurados y de auxiliares de salud en gran parte del condado de Bong en Liberia. El grupo de estudio reconoció que muchas de las tareas que cumplen los adolescentes liberianos en su vida diaria están relacionadas con la salud y que esos jóvenes deben capacitarse para servir de promotores de salud en sus comunidades. Los objetivos del estudio financiado por PRICOR fueron 1) encontrar formas de ampliar las actuales funciones de los adolescentes en la comunidad para incluir la promoción de la salud y 2) preparar y ensayar planes de estudio en educación sanitaria para adolescentes basándose en las preocupaciones de salud existentes en la comunidad y en las tareas tradicionales de los adolescentes.

Un comité asesor, formado por los investigadores, un miembro del Ministerio de Educación, un especialista en desarrollo y varios consultores de Tuskegee University, realizó una sesión inicial de libre exposición de ideas para identificar los problemas de salud predominantes y las tareas que cumplen los adolescentes en el hogar. Los investigadores examinaron las publicaciones sobre los problemas de salud puntualizados y la forma de abordarlos. Basándose en esas actividades preliminares, el comité asesor seleccionó seis campos potenciales para preparar módulos de capacitación: terapia de rehidratación oral (TRO) y nutrición, enfermedades de la piel, venenos y accidentes, higiene bucodental, enfermedades intestinales y otras enfermedades transmisibles.

Con el fin de determinar si los módulos seleccionados de educación sanitaria eran apropiados, se procedió a consultar a los jefes de la aldea y se realizó una encuesta de familias en cuatro aldeas selectas del condado de Bong. Se entrevistaron 320 jefes de familia en total. El cuestionario se preparó de tal manera que permitiera acopiar datos sobre las condiciones sanitarias, los problemas de salud recurrentes y los conocimientos, actitudes y prácticas de salud en las aldeas. Entre los problemas sanitarios identificados cabe citar la diarrea, los parásitos intestinales, la malaria y la falta de saneamiento. Se determinó cuáles eran las tareas realizadas de ordinario por los adolescentes, entre las que se incluyen evacuar desechos, barrer patios, preparar comidas, cuidar a los hermanos menores, conseguir agua y lavar ropa. Estos resultados confirmaron que los módulos de educación sanitaria basados en seis temas selectos permitirían abordar los

problemas de salud reconocidos en la comunidad y ampliar las tareas que los adolescentes ya estaban desempeñando.

Valiéndose de la información recogida en la encuesta de la comunidad y en las sesiones de libre exposición de ideas, los investigadores refinaron la solución que se sometería a prueba. Se prepararon módulos didácticos de cada uno de los temas selectos. Se determinó qué restricciones existían, por ejemplo, tiempo y dinero, y se tuvieron en cuenta al decidir cuáles serían los adolescentes que recibirían los módulos de educación sanitaria y qué personas estarían encargadas de enseñárselos. En una segunda encuesta de 80 "informantes estratégicos" de las comunidades se acció más información sobre determinados hábitos de salud y condiciones ambientales pertinentes para los módulos seleccionados. Los investigadores decidieron incluirlos en el plan de estudios de ciencias de alumnos del sexto grado (cuya edad era, en promedio, de 16 a 17 años) en las escuelas primarias. Los maestros regulares enseñarían los nuevos temas de salud a estos estudiantes. Se esperaba que los adolescentes transmitieran la información aprendida a sus familias y a otros miembros de la comunidad. Se seleccionaron 13 maestros de cuatro escuelas primarias para participar en la modificación de los módulos con el fin de adaptarlos a las condiciones locales. En dos talleres, uno de 5 y otro de 2 días de duración, se les indicó a los maestros la manera de enseñar el plan de estudios de educación sanitaria y de mejorar el manejo de la clase. Los maestros recibieron una pequeña bonificación por la capacitación y el trabajo extra necesario para enseñar los módulos. Después de concluir su capacitación, comenzaron a enseñarlos como parte del programa habitual de clase. Se enseñaron los módulos a más de 100 adolescentes de cuatro escuelas primarias participantes en el estudio.

Se emplearon distintos métodos para evaluar los efectos de las actividades del proyecto en los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes. Antes de presentar cada módulo, los estudiantes se sometieron a un examen para determinar sus conocimientos sobre salud. Después de enseñar el módulo, se administró otro examen. Tanto el examen previo como el ulterior se analizaron luego para determinar el efecto de los módulos en los conocimientos de los estudiantes. Además, después de presentar los módulos se le pidió a cada estudiante que redactara un ensayo describiendo las actividades de promoción de la salud realizadas en la comunidad una vez que había aprendido los módulos y también que escribiera al final del ensayo la fórmula correcta de la solución de rehidratación oral mezclada en el hogar. Por último, se realizó una breve encuesta entre algunos estudiantes, maestros y padres de familia para determinar los cambios ocurridos en las prácticas de salud después de haber enseñado los módulos.

13

Según los informes de estas actividades de evaluación, más lo relatado por los miembros de la comunidad, parece que los estudiantes, los maestros y las madres han aprendido el nuevo plan de estudios de salud y han comenzado a emplear la información en su vida diaria. El porcentaje de respuestas correctas de los estudiantes fue mucho mayor en el examen ulterior que en el previo. En la pequeña encuesta de evaluación se descubrió que ocho de los nueve maestros entrevistados habían visto a los estudiantes aplicar las lecciones aprendidas en los módulos. Nueve de los 11 padres de familia entrevistados dijeron que habían recibido consejos de salud de sus hijos. Siete de esos padres de familia indicaron que les habían dado información sobre TRO. Once de los 12 estudiantes entrevistados afirmaron que habían realizado nuevas actividades de salud después de aprender lo indicado en el plan de estudios. Entre las actividades específicas mencionadas por los estudiantes se destacaron la TRO, la higiene personal, el saneamiento del hogar, la prevención de la malaria y el envío de enfermos al hospital más cercano. El Ministerio de Educación está interesado en adoptar el plan de estudios de salud empleado en el estudio en su programa nacional para las escuelas primarias. Los investigadores concluyen que, al ampliar las funciones y tareas que desempeñan, es posible adiestrar a los adolescentes para que se conviertan en eficaces promotores de salud en sus hogares y comunidades.

* * *

Este estudio fue realizado entre abril de 1984 y marzo de 1986 por Cuttington University College en Monrovia, Liberia, y Tuskegee University en Alabama, EE.UU. Para mayor información diríjase a los investigadores principales, Sra. Janet Moore, Cuttington University College, P.O. Box 277, Monrovia, Liberia, o al Dr. Paul Wall, Carver Research Foundation, Carnegie Hall, Tuskegee University, Tuskegee, Alabama 36088, o a la Dra. Jeanne Newman, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

FINANCIACION COMUNITARIA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LAS ZONAS PERIFERICAS

La infraestructura formal de salud de la República de Malí formada por hospitales y centros de salud presta servicios solo a una pequeña parte de la población del país. Un 80% de ésta vive en zonas rurales y recibe solo servicios básicos de atención primaria de salud (APS) prestados por pequeños dispensarios y trabajadores de salud y farmacias de poblado. El problema de la financiación de la prestación de APS en estas zonas, insuficientemente servidas, es agudo y se deriva sobre todo de la imposibilidad que tienen las comunidades de mantener los servicios de APS, una vez que se han agotado los fondos externos. Por tanto, el Director General de Planificación y de Educación en Salud y Servicios Sociales realizó un estudio de investigación operativa para encontrar la forma de que las comunidades ayuden a sufragar los costos recurrentes del mantenimiento de la APS, particularmente a nivel de los poblados.

Con la participación de los miembros del Comité de Orientación y Coordinación de Estudios y Programas Sociosanitarios (COCEPS) del Ministerio de Salud (MS), el grupo de investigación identificó primero los servicios de APS a prestarse a nivel del poblado y del "sector de base" (un grupo de 5 a 10 poblados). En orden de prioridad, estos servicios son:

- o Medicinas esenciales.
- o Atención materno infantil.
- o Tratamiento de las enfermedades agudas y de las heridas.
- o Educación en salud.
- o Inmunización contra las seis enfermedades del PAI.
- o Agua potable y saneamiento básico.

Este grupo entonces determinó las mejores estrategias para prestar los servicios. Esas estrategias abarcaron establecimiento de existencias iniciales de medicinas; entrenamiento de varios tipos de trabajadores de salud de poblado y "sectores de base" y establecimiento de un sistema para su supervisión; realización de sesiones trimestrales de educación sanitaria en los poblados; establecimiento de un sistema de logística y suministros para ofrecer inmunizaciones regulares en los poblados; y reacondicionamiento de las fuentes de agua existentes y creación y mantenimiento de otras.

El paso siguiente consistió en determinar los tipos de costos recurrentes de la prestación de los servicios previstos. Estos costos incluyeron rubros como medicinas, vacunas, equipo y suministros de

inmunización, sueldos, transporte, alimentos y alojamiento para trabajadores de salud y supervisores.

El grupo de estudio empleó dos cuestionarios para acopiar datos para encontrar una solución al problema de la financiación. Uno se usó para entrevistar a los líderes locales de 60 poblados de las zonas de Koro y Kita y el otro, para entrevistar a 1.800 jefes de familia y de hogar en los mismos poblados. Las respuestas a los cuestionarios proporcionaron información sobre temas como la remuneración de los trabajadores de salud, los suministros de medicinas a nivel del poblado, los gastos de la familia en servicios de salud y la actitud de los habitantes de los poblados respecto a esos servicios.

Teniendo en cuenta las respuestas a los cuestionarios, el grupo de estudio propuso que se financiaran los servicios de APS en las zonas rurales de la manera siguiente:

- o Reposición de existencias en las farmacias de los poblados: pago de un aumento del 5% en el precio de compra o un honorario fijo por servicios.
- o Pago de los trabajadores de salud de poblado: en especie, y a discreción de los receptores.
- o Gastos de manutención de los trabajadores de salud de poblado durante el nuevo entrenamiento: a ser pagados por el consejo del poblado.
- o Remuneración de los trabajadores de salud del "sector de base": sueldo fijo pagado sobre un presupuesto apoyado por pagos de honorarios por servicios o a través de pagos por anticipado.
- o Gastos de manutención de los trabajadores de salud del "sector de base" durante el nuevo entrenamiento: a ser pagado por el consejo del "distrito" (nivel superior al del "sector de base").
- o Alojamiento para la enfermera jefe del centro médico durante visitas de supervisión: a ser pagado por el consejo del "distrito".
- o Vacunas, alojamiento y transporte del vacunador: a ser pagados por un programa presupuestario financiado por los receptores de la vacuna, los poblados respectivos y los recursos del "distrito".
- o Mantenimiento de una fuente de agua: a ser pagado por el consejo del poblado.

La primera prueba específica de la aplicación práctica de estos resultados ha sido el acuerdo del Consejo de Desarrollo de Koro para financiar el presupuesto para 1986 presentado por el Médico Jefe del Centro de Salud de Koro. Este presupuesto incluye muchas de las

estrategias de financiación desarrolladas en este estudio. En general, es de esperar que, como resultado de las recomendaciones del estudio, las aldeas financien ciertos costos relacionados con la prestación de servicios curativos, y los "distritos" y los "municipios" asuman la responsabilidad financiera por las actividades preventivas y de supervisión.

* * *

Este estudio fue realizado entre julio de 1984 y marzo de 1986 por la Dirección Nacional de Planificación y Formación Sanitaria y Social del Ministerio de Salud de Malí. Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Mamadou Traore, Director, Direction Nationale de la Planification, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Bamako, Malí, o al Dr. David Nicholas, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

ESTUDIO DE INVESTIGACION DE MERCADO DE LOS ASPECTOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS DE LA COMERCIALIZACION Y DISTRIBUCION DE SALES DE REHIDRATACION ORAL EN MEXICO

La Promotora de Planificación Familiar (PROFAM), una organización mexicana sin fines lucrativos, realizó un estudio de investigación de mercado de las sales de rehidratación oral (SRO). Muchas agencias de salud mexicanas han promovido ampliamente el uso de sobres de sales de rehidratación oral granuladas para combatir la elevada tasa de morbilidad y la mortalidad infantil por enfermedades diarreicas. PROFAM estaba interesada en producir, comercializar y distribuir una tableta de SRO económica y fácil de usar y quería saber si ese producto sería aceptable para el público. Puesto que las farmacias son una popular fuente de SRO, se decidió que una encuesta de los farmacéuticos ofrecería una medida relativamente buena de la oferta y demanda de SRO.

La encuesta incluyó 116 farmacias particulares: 55 en la ciudad de México, 30 en la región cálida y 31 en la región templada. Los investigadores pidieron a los farmacéuticos y a otro personal de las farmacias que contestaran preguntas sobre la distribución y las ventas de SRO, sus conocimientos sobre la finalidad y el uso correcto de las SRO, la demanda de SRO y su opinión sobre la presentación de los productos de SRO.

Distribución y ventas. El análisis de los resultados de la encuesta indicó que la mayoría de las farmacias de la encuesta (99%) venden SRO, más de la mitad sin receta. Aunque los precios son quizá demasiado altos para muchos consumidores que necesitan las SRO (US\$0,73 a 0,94 por un frasco de 500 ml), la solución previamente mezclada se vende bien. Los farmacéuticos dijeron que la mayoría de las ventas se hacen a las mujeres.

Conocimiento del propósito y del uso. La mayoría de los farmacéuticos dijeron correctamente que las SRO se emplean para tratar la deshidratación causada por enfermedades diarreicas. Sin embargo, muchos de ellos no estaban seguros de las instrucciones para el empleo. Solo una de las compañías proveedoras de SRO suministraba de vez en cuando a los farmacéuticos información sobre el propósito y el uso correcto de ese producto. Los farmacéuticos dijeron que la solución de SRO previamente mezclada tenía la mayor demanda.

Demanda y presentación. La demanda de SRO era estacional y las mayores cantidades se compraban en la primavera y el verano. Varios farmacéuticos opinaron que la demanda podría ampliarse agregando algún

sabor a las SRO existentes. Hubo opiniones divergentes sobre la aceptabilidad de una tableta de SRO. Por una parte, muchos de los farmacéuticos creyeron que para el consumidor sería fácil y más económico emplear las tabletas de rehidratación oral que otros productos de SRO. Por otra parte, muchos farmacéuticos temían que el uso de agua contaminada para disolver las tabletas constituyera un problema y que fuera difícil disolverlas. Cuando se les preguntó si las tabletas de SRO o los sobres de SRO granuladas serían más apropiados, 33% eligió las tabletas, 48% los sobres de SRO granuladas y 19% no expresó ninguna opinión. Los investigadores recalcaron que esos resultados constituyen la opinión de los propietarios de farmacias y no necesariamente representan la de los consumidores.

Basándose en los resultados del estudio y en las discusiones subsiguientes, PROFAM decidió no proceder con la producción de tabletas de SRO. Las dos razones principales de esta decisión fueron la conveniencia y el costo. La encuesta no permitió demostrar ninguna ventaja en particular para el consumidor de tabletas de SRO en comparación con las SRO granuladas, y se observó que resulta un poco más costoso producir las tabletas que las SRO granuladas. Más bien, PROFAM producirá sobres de SRO granuladas que se puedan disolver en un vaso de agua de 8 onzas. Ese vaso es un recipiente más conveniente para los consumidores que uno de un litro, que se necesita para disolver los actuales sobres de SRO granuladas. PROFAM se proponía comenzar a fabricar los sobres tan pronto recibiera aprobación del gobierno.

* * *

Este estudio fue realizado en julio de 1983 por la Promotora de Planificación Familiar (PROFAM), una asociación mexicana privada sin fines lucrativos. Para mayor información diríjase al Ing. Luis de la Macorra, Presidente, PROFAM, Apartado Postal 34, El Pueblito, 76900 Villa Corregidora, Querétaro, México, o al Dr. David Nicholas, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

MICROPLANIFICACION DE ACTIVIDADES DE LAS AUXILIARES DE SALUD EN EL ESTADO DE MEXICO

En los últimos años se ha puesto particular interés en la atención primaria de salud (APS) como principal estrategia para prestar cuidados sanitarios a las comunidades mexicanas carentes de servicios o desatendidas. Los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México (SCSPEM), uno de los 31 estados del país, prestan atención de salud a la mayoría de sus habitantes. Aunque las auxiliares de salud (AS) son un elemento clave del programa de APS, se reconoce que existen discrepancias entre las actividades que planean y ejecutan dichas auxiliares y las necesidades y demandas de las comunidades que atienden. El objetivo de este estudio era incrementar la eficacia de las AS tratando de equilibrar los servicios de atención de salud con las necesidades sanitarias de la comunidad.

La primera fase de este estudio consistió en un análisis del problema de la actual práctica de las AS para 1) determinar la naturaleza de las actividades de las AS y de las necesidades y demandas de las comunidades y el grado de incompatibilidad entre unas y otras y 2) entender mejor la forma en que la AS participa en realidad en la planificación de su propio trabajo. En esta fase se emplearon varias técnicas. Primero, puesto que el Estado de México es muy heterogéneo, se estableció la tipología de las distintas comunidades para que los investigadores pudieran agrupar localidades con características socioeconómicas similares. Se crearon cinco prototipos de comunidades: rurales, indígenas, industriales urbanas, no industriales urbanas e industriales tradicionales. Todas las actividades subsiguientes de acopio de datos se realizaron empleando una muestra de micro-regiones estratificada según la comunidad prototipo.

Se realizó una encuesta de 381 AS para entender mejor la actual práctica de las auxiliares. En la encuesta se acopió información descriptiva de las AS, sus actividades, problemas reconocidos y contactos con otros niveles del sistema de salud y con la comunidad. Para corroborar las actividades notificadas por cada auxiliar, se emprendió un "estudio de sombra" de 38 AS para observar en un período de tres días las actividades de las auxiliares en cada una de las micro-regiones prototipo. Por último, el grupo de investigación sostuvo entrevistas formales e informales con los dirigentes y celebró foros comunitarios en 10 comunidades para discutir los resultados de la encuesta y del estudio de sombra. En los foros comunitarios se empleó la técnica de grupo nominal para identificar y clasificar los principales problemas que amenazaban la salud de la comunidad.

El análisis de problemas permitió concluir que las AS del Estado de México estaban sobrecargadas de tareas y no podían atender los problemas y preocupaciones específicas de sus respectivas comunidades. El objetivo resultante de la solución consistía en encontrar la forma de mejorar la microplanificación de las actividades de las AS para asegurarse de canalizar de manera más eficiente y eficaz sus esfuerzos hacia las prioridades tanto del sistema de prestación de servicios de salud como de la comunidad. La estrategia ideada para cumplir con ese objetivo implicaba una reducción del número de tareas programadas a nivel central para las AS y la capacitación de éstas y de sus supervisores en el proceso de microplanificación.

La microplanificación es un proceso que realiza la AS con la participación de la comunidad y de su supervisor para identificar, planear y realizar diversas medidas para resolver los problemas locales de salud. Este proceso se inicia con el análisis que hacen la AS y su supervisor de los datos básicos sobre población existentes en registros de salud de la familia, encuestas realizadas por el Servicio de Salud del Estado y un censo de la comunidad realizado por la propia auxiliar. Esto incluye datos sobre el número y el tamaño de las familias, la composición por edad, el grado de escolaridad, el acceso al agua y al saneamiento y el empleo en su micro-región. El primer paso para canalizar las actividades de la AS para atender las necesidades de la comunidad está en comprender la relación existente entre estos datos y los problemas de salud de la comunidad respectiva. El paso siguiente consiste en hablar con los integrantes de la comunidad sobre la forma en que perciben los problemas graves de salud y sus causas. Eso puede hacerse de varias maneras, inclusive por medio de foros comunitarios, discusiones de pequeños grupos y conversaciones con dirigentes oficiales y populares. Los problemas y las medidas identificadas se incorporan luego en la planificación de las actividades semanales y mensuales de la AS, tarea que realiza junto con su supervisor. Este proceso debe llevar a una mayor eficacia de la AS ya que le permite tener acceso directo a los problemas y las demandas de salud de la comunidad que atiende e incorporarlos en su plan de trabajo.

La microplanificación se introdujo en forma experimental en un grupo representativo de AS en diferentes comunidades prototipo en el Estado de México a comienzos de 1986. Se les enseñó a 12 AS y a sus supervisores a diagnosticar los problemas de la comunidad, consultar a diversos integrantes de la comunidad para entender los problemas reconocidos y las prioridades al respecto y emplear esa información para planear las actividades diarias. Los supervisores también han recibido capacitación sobre la forma en que la AS puede y debe participar en la planificación de sus actividades.

Es todavía demasiado pronto para evaluar el programa basándose en las metas pero es alentador notar que al concluir el estudio de investigación se había emitido un diagnóstico de ocho comunidades. Además, las auxiliares y sus supervisores han comenzado a preparar y a poner en práctica planes de trabajo semanales, mensuales y anuales. Cabe señalar también que los elementos del programa de capacitación relativo al proceso de microplanificación se han incorporado en el perfeccionamiento de 150 médicos en APS en todo el Estado, que se encargarán de llevar a la práctica ese proceso en sus respectivas regiones.

* * *

Este estudio fue realizado entre mayo de 1984 y marzo de 1986 por los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México. Para mayor información diríjase a la Dra. Ana Ramos, Investigadora Principal, Porto Alegre 2256, Col. San Andrés, Tetepilco, C.P. 09440, Zona 13, México, D.F., o a la Lic. Laní Rice, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

DESERCIÓN DE LOS AUXILIARES DE SALUD DE LA ALDEA EN NIGERIA

Entre 1968 y 1983 en el Programa de Salud Rural de la Iglesia Cristiana Reformada de Nigeria (CRCN) en el Estado de Gongola se entrenaron unos 70 auxiliares de salud de la aldea (ASA). Esos auxiliares trabajan en puestos de salud de aldeas remotas donde tratan enfermedades comunes con medicamentos básicos y ofrecen educación sanitaria. Sin embargo, la mayoría de ellos deja su trabajo después de uno a tres años. Por ende, el objetivo del estudio de la CRCN consistió en determinar por qué se van los auxiliares y encontrar la forma de mantenerlos en el empleo.

Empleando información de estudios de casos de programas destinados a los ASA y de cuestionarios y entrevistas con comités de salud de la aldea, con ASA activos e inactivos, parteras empíricas y mujeres dirigentes seleccionadas, el grupo de estudio identificó variables que han contribuido al elevado índice de deserción de esos auxiliares:

- o Los bajos sueldos.
- o La insatisfacción con la limitada función curativa de los ASA (por ejemplo, el gobierno no los certifica para aplicar inyecciones).
- o El pequeño número de pacientes tratados (en promedio dos diarios).
- o La falta de apoyo y respeto de la comunidad.
- o La poca frecuencia de las visitas de supervisión (menos de dos anuales en la mayoría de los casos).
- o La falta de oportunidad para mejorar sus conocimientos prácticos o entrar a recibir formación profesional en salud.
- o La competencia de establecimientos de salud vecinos más prestigiosos.

Las siguientes son estadísticas interesantes derivadas de la encuesta:

- o Los hombres continuaron como ASA por un promedio de 3 años y las mujeres solo por uno de 1,5 años.
- o El tiempo de servicio no era diferente entre los mayores y menores de 30 años.
- o Los auxiliares con los sueldos más bajos dejaron su empleo después de uno (mujeres) o dos años (hombres), pero los mejor remunerados permanecieron de 1,5 (mujeres) a 3 años (hombres).
- o Cerca de la mitad de los que se retiraron pasaron a recibir mejor formación en el trabajo de salud y la otra mitad se dedicó por completo al cultivo.

- o La presencia de un establecimiento de salud de mayor tamaño en los alrededores (6 km o menos) acortó el período medio de servicio del ASA de 3 a 2 años.

Para encontrar una solución al problema de la deserción, el investigador principal se reunió con el auxiliar de investigación y seis miembros del personal de salud que capacitaron a los ASA para evaluar las respuestas obtenidas en las entrevistas y los cuestionarios. Empleando el proceso de grupo nominal para obtener la opinión de los participantes, encontraron cinco soluciones para ensayo:

1. Imponer pautas específicas para la selección de candidatos (deberán ser mayores de 25 años y casados y haber concluido la escuela primaria).
2. Mejorar los comités locales de salud.
3. Instituir visitas regulares de supervisión (cada dos meses).
4. Realizar capacitación en servicio para los ASA.
5. Mejorar la especificación de deberes de los ASA (por ejemplo, adiestrar ayudantes sanitarios de la comunidad en lugar de ASA en las aldeas de mayor tamaño).

La quinta solución se basó en el descubrimiento durante el estudio de que la comunidad realmente no quería ASA sino un trabajador de un nivel más alto que pudiera prestar una gama más amplia de servicios.

El grupo de estudio agregó más tarde dos posibles soluciones a la lista precedente: 1) ofrecer a los ASA la oportunidad de adiestrarse como ayudantes sanitarios de la comunidad después de trabajar 2 ó 3 años como ASA y 2) establecer un programa de educación sanitaria para los grupos de mujeres y los dirigentes masculinos de las iglesias.

Todas estas soluciones se someterán a prueba en los próximos cinco años y se espera que los resultados obtenidos sean útiles no solo para el trabajo de la CRCN sino de otros proyectos de atención primaria de salud financiados por otras iglesias y del Ministerio de Salud de Nigeria.

* * *

Este estudio fue realizado entre enero de 1984 y marzo de 1986 por el Programa de Salud Rural de la Iglesia Cristiana Reformada de Nigeria (CRCN). Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Herman Gray, CRCN Rural Health, P. O. Box 30, Wukari, Gongola State, Nigeria, o a la Dra. Jeanne Newman, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

INCREMENTO DE LA PRODUCTIVIDAD DE LOS TRABAJADORES COMUNITARIOS DE SALUD POR MEDIO DE SUPERVISION EN LAS ZONAS RURALES DE NIGERIA

La baja productividad de los trabajadores comunitarios de salud (TCS) ha resultado en una cobertura de atención de salud insuficiente en las zonas rurales de Nigeria. Un grupo de investigación de la Universidad de Ife, tras identificar la falta de supervisión de los TCS como una importante causa de esa baja productividad, realizó un estudio de investigación operativa para puntualizar las insuficiencias de las actuales prácticas de supervisión y proponer estrategias para mejorar esta última.

Los datos sobre el proceso de supervisión se acopiaron por medio de un conjunto de cuestionarios complementarios previamente ensayados y destinados a supervisores, TCS y familias de la zona de Ife-Ijesha del Estado de Oyo en Nigeria. El análisis de los cuestionarios indicó que las actuales prácticas de supervisión eran inadecuadas. Era poca la frecuencia de las visitas a los TCS y corta cada visita--menos de una visita al mes y menos de una hora por visita. La mayoría de las unidades de APS de la zona no recibían visitas de los supervisores más de una vez al año. Los supervisores asignaron poca prioridad durante esas visitas al fortalecimiento de las actividades de extensión de los TCS o de las visitas domiciliarias y raras veces se preocupaban por seguir la trayectoria de los problemas de salud no resueltos de los TCS.

El sistema de supervisión ayudó a agravar la insuficiencia de ésta al dejar de proporcionarles a los supervisores los recursos y el apoyo que necesitaban para trabajar efectivamente. Pocos de los supervisores que participaron en el estudio habían recibido adiestramiento específicamente en métodos de supervisión y técnicas de administración. No existían pautas ni protocolos para ayudar a los supervisores a planear y realizar las visitas correspondientes. Aunque se exigía que algunos de los supervisores viajaran hasta 300 km mensuales para visitar a los TCS, pocos recibían subvenciones por la distancia recorrida o anticipos para viaje o tenían acceso a vehículos oficiales. Ni el supervisor ni el TCS disponían muchas veces de recursos como medicamentos esenciales y vendajes. Los supervisores tenían responsabilidades clínicas importantes además de los deberes de su cargo.

Los investigadores de PRICOR seleccionaron la cobertura prestada con las visitas domiciliarias de los TCS como un indicador del rendimiento de éstos, especialmente en atención preventiva. El análisis de los datos indicó que entre más largas y frecuentes fueran las visitas de supervisión, mayor sería el número de casas visitadas. Se encontró una

correlación positiva entre los deberes de supervisión (como planificación, coordinación y celebración de reuniones de personal; vigilancia de las operaciones de los dispensarios; análisis y recolección de estadísticas; y prestación de asistencia técnica) y la elevada cobertura prestada con las visitas domiciliarias.

Una vez identificados los problemas, los investigadores propusieron diversas estrategias para mejorar la práctica de supervisión. Se celebró un concurrido taller de búsqueda de soluciones para determinar la factibilidad, eficacia e importancia de estas y otras estrategias. Ciento ocho participantes en dicho taller, inclusive los propios supervisores, autoridades de salud y personal encargado de establecer políticas, emplearon la técnica de investigaciones operativas de la evaluación de la utilidad a través de criterios múltiples para seleccionar estrategias destinadas a mejorar la supervisión.

Como resultado del taller, se recomendaron las siguientes estrategias a los Ministerios de Salud Federal y Estatales:

- o Establecer programas de capacitación en servicio sobre métodos de supervisión y técnicas de administración para los actuales grupos supervisores de trabajadores de salud.
- o Incluir capacitación similar en los planes de estudio de los programas educativos para nuevo personal supervisor y asegurarse de que por lo menos un miembro del cuerpo docente de cada centro de capacitación se adiestre en supervisión y administración.
- o Revisar los planes de servicio de nuevos grupos de TCS para acentuar la prevención y las actividades de extensión en la comunidad.
- o Idear instrumentos de planificación, pautas y protocolos para supervisores y adiestrar supervisores en su uso.
- o Realizar un ensayo de campo con las soluciones sugeridas, especialmente los protocolos de supervisión preparados por el grupo de estudio.

Estas recomendaciones, junto con la versión preliminar de los protocolos de supervisión, se han presentado a los Ministerios de Salud Federal y Estatales, UNICEF y la OMS. Se ha propuesto al Ministerio de Salud Federal una tercera fase de la investigación para ensayar las soluciones recomendadas.

* * *

Este estudio fue realizado por el Departamento de Salud y Nutrición Comunitarias de la Universidad de Ife entre marzo de 1984 y diciembre de 1985. Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Ebenezer Ojofeitimi, Faculty of Health Sciences, University of Ife, Ile-Ife, Nigeria, o a la Dra. Jeanne Newman, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

EJF

Resumen del Estudio

CAPACITACION DE AUXILIARES DE SALUD EN PAPUA NUEVA GUINEA

El Gobierno de la Provincia de Nueva Bretaña Oriental ha establecido una política de reorientación de sus servicios para pasar de un sistema principalmente enfocado en la atención curativa a otro más acorde con la filosofía de la atención primaria de salud (APS), es decir, en el que se acentúe más la prevención y la formación a nivel de la comunidad. Entre los varios problemas relacionados con esa orientación, las autoridades sanitarias asignan máxima prioridad a la mayor capacitación de las auxiliares de salud locales (enfermeros de puestos de ayuda o EPA) y a la mayor participación de la comunidad en decisiones relativas a los servicios de atención de salud.

Al comienzo del estudio se formó un grupo de planificación integrado por personal de todos los niveles del Servicio de Salud de las Iglesias (que tenía el mandato de prestar servicios a la mayor parte de la provincia) y el Servicio de Salud Provincial. Empleando técnicas de adopción de decisiones colectivas como libre exposición de ideas, grupo nominal y evaluación de la utilidad a través de múltiples criterios (MCUA), el grupo de planificación acordó los elementos más importantes de la APS, definió y fijó prioridades entre los objetivos del programa y decidió establecer una estrategia para capacitar no solo a los trabajadores de salud sino también a los líderes de la comunidad. Identificó tres grupos de operaciones en los que se concentraría el trabajo: especificación de tareas para el trabajador de salud local, establecimiento de un programa para su capacitación y generación de demanda y apoyo para la APS en la comunidad y dentro del sistema.

A continuación, el grupo de planificación propuso y analizó varias estrategias factibles para lograr sus objetivos en estos cuatro áreas de problema. Valiéndose de la técnica de MCUA, decidió adoptar una solución que se centra en la capacitación de EPA y de los líderes de la comunidad en las aldeas, es decir, "entre la gente" y no "dentro del sistema de salud". Tanto en el caso de las auxiliares de salud como de los pobladores de la aldea este enfoque debería acentuar la función de éstos últimos en el sistema. Esas sesiones de planificación sirvieron también para enseñarles a los miembros del grupo de planificación el uso de técnicas de decisión colectiva. Esos conocimientos se agudizaron en el taller piloto en el que participaron los jefes de cada división del departamento de salud y los de otros sectores relacionados con el desarrollo, además de representantes de agencias de financiamiento y pobladores de 12 aldeas.

Se celebraron cuatro talleres para los pobladores y las auxiliares de salud de la aldea para probar la estrategia de capacitación. Se evaluaron los resultados sobre la base del cambio en los conocimientos de los auxiliares de salud y de los pobladores y la aplicación de habilidades específicas, y de la organización de proyectos relacionados con APS en la aldea como abastecimiento de agua potable o huertas comunitarias orientadas hacia la buena nutrición. Estos cambios de comportamiento y los proyectos de APS demostraron la efectividad de la estrategia de capacitación. Sin embargo, los investigadores y las autoridades de los servicios de salud consideraron igualmente importante la efectiva participación de los pobladores en el proceso de especificación de sus propios problemas y prioridades de salud y la demostración--especialmente a sí mismos--de que podía afectar el sistema de prestación de servicios de una forma que consideraban beneficiosa. Por último, también ocurrieron cambios dentro del sistema de prestación de servicios. De particular importancia fue la incorporación de tareas de APS en la descripción del trabajo de las auxiliares de salud rurales, el sistema de notificación y la evaluación del desempeño.

* * *

Este estudio fue realizado entre noviembre de 1984 y marzo de 1986 por la División de Salud Pública de la Universidad de Tennessee en colaboración con el Servicio de Salud de las Iglesias de Papua Nueva Guinea. Para mayor información diríjase a la Lic. Ellen Vcr der Bruegge, a la Lic. Sherilynn Spear o al Sr. Charles Hamilton, Division of Public Health, University of Tennessee, Knoxville, Tennessee 37996-2700 o al Dr. Stewart Blumenfeld, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

45

Resumen del Estudio

UN SISTEMA MEJORADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS BASICOS DE SALUD EN LAS ZONAS ALTAS DE LA SELVA DEL PERU

International Health Technologies, Inc. (IHT), en cooperación con la Universidad Peruana Cayetano Heredia, ha venido estudiando la forma de emplear microcomputadores portátiles para resolver algunos de los problemas de información de salud relativos a la prestación de servicios de atención primaria a nivel de la comunidad en Perú. La parte de este estudio realizada por PRICOR consistió en una prueba en el terreno en una remota zona alta de la selva para determinar la factibilidad del empleo de microcomputadores con energía solar. Los investigadores esperaban poder determinar cómo responden las auxiliares de salud al empleo de microcomputadores y en qué forma afecta el uso de éstos el acopio de datos, la motivación de las auxiliares y la utilización de recursos (por ejemplo, productos farmacéuticos).

El estudio piloto consistió en equipar a 10 auxiliares de salud de la comunidad con un computador portátil Hewlett-Packard 110 y enseñarles a emplear las tareas rutinarias de interacción de los programas en sus consultas con los integrantes de las comunidades. El principal programa empleado en el estudio constaba de los siguientes módulos: censo de familias, registro de visitas, visitas regulares a los niños (estado vacunal y vigilancia del crecimiento basándose en el gráfico "El camino hacia la salud" de UNICEF) y diagnóstico y tratamiento de diarrea. Después de los primeros problemas relativos a la estación lluviosa y al acoplamiento del sistema de recarga solar con el sistema de carga de baterías del computador, el grupo de estudio pudo llevar a la práctica durante varios meses el sistema prototipo completo para prueba piloto en 10 puestos de salud de la comunidad.

Puesto que el estudio seguirá realizándose hasta finales de 1986 con fondos del Ministerio de Salud, todavía no se dispone de los resultados finales del ensayo de demostración. Sin embargo, el estudio ha producido ya suficientes datos para apoyar algunos resultados clave preliminares.

Primero, en lo que se refiere a la adaptabilidad del equipo, el microcomputador Hewlett-Packard 110 ha demostrado ser seguro y apropiado para el medio en que se usa. Puesto que ese microcomputador no tiene partes móviles, se espera que las reparaciones sean poco frecuentes. El principal problema del computador, que es la recarga de la batería, se resolvió reemplazando el circuito de carga directa con un sistema formado por un panel solar y una batería de almacenamiento (empleando una batería normal de 12 voltios, poco costosa).

Segundo, la capacitación de las auxiliares de salud en el empleo del microcomputador no fue difícil ni exigió mucho tiempo, después de vencer la ansiedad demostrada en un principio por las auxiliares de salud respecto del uso de los computadores, al adquirir práctica directa. Empleando un sencillo juego de búsqueda de letras que indica la forma de emplear el teclado, los estudiantes, cuyo grado de escolaridad era en promedio de sexto de primaria, pasaron a confiar rápidamente en su capacidad de "dominar la máquina". Los diez volvieron a sus comunidades después de 4 a 7 días de capacitación y pudieron participar en un censo en marcha. Durante sus visitas a la comunidad, el supervisor les enseñó los otros módulos a las auxiliares de salud, que exigían solo de 2 a 4 horas de capacitación. Los investigadores descubrieron que el adiestramiento podría ser más rápido y eficiente si se creaba para cada uno de los módulos un programa de capacitación bien delineado e interactivo, en decir, uno en el que el computador "controlara" la sesión de capacitación.

Tercero, la auxiliar de salud y la comunidad han aceptado con entusiasmo el computador y la asistencia al respecto. La auxiliar de salud encuentra útil el computador al menos en dos aspectos importantes: los mensajes que aparecen en la pantalla no solo sirven de indicadores del punto siguiente en la evaluación del niño sino también como fuente de autoridad que la auxiliar de salud le lee o le cita a la madre. Esta se da cuenta de que no solo recibe la opinión de la auxiliar de salud sino una afirmación autorizada de una fuente válida de experiencia médica práctica. Por tanto, parece más dispuesta a aceptar el consejo de la auxiliar guiada por el computador que el de aquella sola. Al mismo tiempo, desde la introducción del microcomputador parece haber mejorado la condición de las auxiliares de salud en la comunidad.

Por último, el sistema basado en el computador parece estar mejorando la prestación de servicios y el mantenimiento de registros de las actividades previstas. El módulo interactivo del censo, que permite que las auxiliares de salud mantengan un censo preciso y actualizado de las familias en sus comunidades, parece tener un efecto psicológico en los padres de familia que tienen la impresión de que el sistema "les presta atención" a sus hijos. Con la asistencia del módulo de vigilancia, la tarjeta de UNICEF y las balanzas suministradas por el proyecto, las auxiliares de salud de las aldeas del estudio han podido someter a cada niño a un minucioso examen físico y obtener evaluación de expertos sobre el riesgo a que está expuesto ese niño cada mes.

Los resultados obtenidos hasta la fecha indican que la prestación de servicios de salud a nivel de la comunidad con ayuda del microcomputador no solo es posible sino que puede constituir un poderoso mecanismo para mejorar la calidad y la cantidad de esa atención de salud. El sistema basado en computadores que se empleó en este estudio y que los investigadores llamaron PROMETHEUS-PHC ha sido oficialmente reconocido y apoyado con entusiasmo por el Gobierno del Perú y hasta parece tener posibilidades de atraer capital empresario de la industria peruana.

Los fondos del Ministerio de Salud, junto con los recursos particulares de IHT, permitirán continuar la prueba en el terreno hasta diciembre próximo cuando los investigadores enviarán los resultados finales del informe a PRICOR.

* * *

Este estudio fue realizado entre agosto de 1985 y marzo de 1986 por International Health Technologies, Inc., en cooperación con la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Para mayor información diríjase a los investigadores principales, Dr. William H. Spira y Dr. Paul Skillicorn, International Health Technologies, Inc., P.O. Box 30178, Bethesda, Maryland 20814, o a la Lic. Lani Rice, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

MEJORA DE LA DISTRIBUCION DE SRO EN LA REPUBLICA DOMINICANA

Las enfermedades diarreicas son una causa importante de enfermedad entre los lactantes de la República Dominicana, donde cerca de 550.000 niños son menores de tres años. Para 1984 se planeaba una campaña nacional patrocinada por el gobierno para fomentar el uso de la terapia de rehidratación oral (TRO). La finalidad del estudio financiado por PRICOR era ayudarle al gobierno a garantizar el suministro y la distribución de sobres de sales de rehidratación oral (SRO) a nivel nacional y determinar un precio apropiado para los sobres. Por tanto, el estudio tuvo que ver con la búsqueda de soluciones para varios problemas de suministro y distribución de SRO.

El estudio comenzó con un inventario de las estadísticas de salud existentes para determinar la incidencia de diarrea. Sin embargo, la calidad de los datos existentes no era suficientemente buena para permitir una sólida planificación. Por ende, se decidió realizar una encuesta para acopiar datos básicos sobre la incidencia de enfermedades diarreicas y sobre el grado de empleo actual de la TRO. Esta información fue crucial para la búsqueda de soluciones y para que el gobierno planeara un programa de distribución.

La encuesta, en la que se examinaron los registros de 27 hospitales, 21 subcentros regionales y 91 clínicas rurales, permitió acopiar datos sobre mortalidad, morbilidad y el uso de la TRO. En las zonas rurales se recogieron también datos socioeconómicos e información sobre prácticas de salud. Al final se comprobó que la encuesta no era fiable y, por tanto, que no era tan útil para la búsqueda de soluciones como se había esperado en un principio. Sin embargo, era la única fuente de datos, de modo que se derivaron algunas conclusiones provisionales para fines de planificación general.

Se formuló un modelo de inventario cuantitativo para determinar la mejor forma de ordenar, transportar, almacenar y distribuir SRO. La aplicación de este modelo exigió información del gobierno sobre la forma en que se propone distribuir las SRO y datos de la encuesta de incidencia y cobertura. No fue posible obtener información del gobierno y el modelo se aplicó empleando solo las conclusiones generales derivadas de la encuesta. En las recomendaciones resultantes se subrayó la importancia de encontrar canales de suministro no gubernamentales y de emplear clases de organizaciones tan diversas como sea posible, inclusive de distribución comercial privada.

93

El grupo de estudio preparó un modelo teórico de demanda para determinar la mejor estrategia de fijación de precios para las SRO. El principal problema operativo consistió en determinar un precio que fuera suficientemente alto para cubrir la mayor parte de los costos y dejar un pequeño margen a los minoristas y suficientemente bajo para que esté al alcance del usuario. Puesto que los datos de la encuesta no eran fidedignos, este modelo se aplicó empleando los estudios sobre ingresos y gastos del Banco Central y las series históricas de precios y cantidades de medicinas básicas de uso popular. En el estudio se supuso la necesidad de un sistema de fijación de precios de dos escalas. Se recomendó un precio por sobre de US\$0,08 para el mercado de consumidores de bajos y medianos ingresos y un precio de US\$0,30 para el de consumidores de ingresos elevados. Cada año se pondrían a disposición del público cerca de 6,5 millones de sobres. Esa cantidad sería suficiente para ofrecer una cobertura universal en la República Dominicana, suponiendo que se empleen cuatro sobres de SRO por episodio de diarrea. Las farmacias privadas proporcionarían cerca de 25% de los sobres y el gobierno, 75%.

La formulación de este estudio dependió mucho de los insumos del Gobierno de la República Dominicana. Sin embargo, puesto que no se dispuso de recursos ni de apoyo político para seguir adelante en la planificación del programa nacional de TRO, el gobierno no pudo ofrecer la información necesaria para concluir el estudio patrocinado por PRICOR. Sin embargo, se formularon recomendaciones al gobierno partiendo de los resultados de los análisis técnicos en los campos de sistemas de manejo de información, manejo de inventarios, distribución y fijación de precios. Estas recomendaciones podrían servir de marco de ideas básicas y de información para preparar un plan de distribución completo en un futuro proyecto de TRO.

* * *

Este estudio fue realizado entre diciembre de 1983 y abril de 1985 por la firma consultora de Clapp and Mayne, Inc. de San Juan, Puerto Rico, en cooperación con la Secretaría de Salud y Asistencia Social de la República Dominicana. Para mayor información diríjase al Sr. José A. Herrero, Km. 25, Autopista Duarte, Santo Domingo, República Dominicana, o al investigador principal, Sr. Alan Udall, Clapp and Mayne, Inc., Ponce de León Avenue #1606, San Juan, Puerto Rico 00909, o al Dr. Jack Reynolds, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy, Chase).

93

Resumen del Estudio

FINANCIACION COMUNITARIA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN ZONAS RURALES DE LA REGION DE SINE SALOUM DE SENEGAL

Uno de los objetivos de la segunda fase del Proyecto de Salud Rural de Sine Saloum (SS-RHP) de Senegal es disminuir la dependencia del proyecto con respecto al financiamiento de USAID. Dadas las estrictas restricciones presupuestarias, el Ministerio de Salud (MS) de Senegal necesita encontrar otros medios de financiar los servicios básicos de salud que presta el proyecto. El Instituto Harvard de Desarrollo Internacional realizó en 1983 un estudio con la técnica de investigación de operaciones para abordar ese problema. El objetivo de dicho estudio era determinar si la financiación comunitaria permitía apoyar debidamente la atención primaria de salud (APS) en las zonas rurales de Sine Saloum.

El Proyecto de Salud Rural de Sine Saloum ha venido funcionando desde 1977. Presta servicios de APS a 880.000 personas de cinco de los seis departamentos de esa región por medio de una red de "cabañas de salud" autónomas (establecimientos de atención de salud de la aldea) en cerca de 600 aldeas. Se espera que los pobladores construyan las cabañas, animen a otros integrantes de la comunidad a utilizar los nuevos servicios y recompensen a las auxiliares de salud de la aldea (ASA) entrenadas por medio del proyecto. Los fondos para cubrir los costos provendrán de la suma cobrada por medicinas y otros servicios. Idealmente, los supervisores del gobierno visitan cada aldea una vez al mes para supervisar a las ASA y animar a los comités de salud locales a que presten apoyo a las auxiliares y a la APS. En el momento en que se realizó el estudio de PRICOR se estaba formulando la fase II de este proyecto.

Con el fin de examinar la posibilidad que tiene la comunidad de financiar la APS, el principal investigador propuso que se analizara la factibilidad económica de 13 actividades de APS iniciadas por el gobierno. Estas actividades se desglosaron entre las que tenían que ver con el establecimiento de un programa local de APS y las relativas a las operaciones y al mantenimiento de cada programa.

Las actividades de la fase de establecimiento incluyeron: conscientización de los pobladores, acuerdo de los dirigentes de la aldea de participar en el programa de APS, nombramiento de integrantes de la comunidad para trabajar de auxiliares de salud voluntarios, capacitación de las auxiliares antes del servicio, construcción de una cabaña de salud y provisión de existencias iniciales de medicamentos y de otros suministros médicos a las auxiliares. La fase de operación y

get

mantenimiento abarcó: utilización de los servicios de los auxiliares de salud de la aldea por los pobladores, disponibilidad de auxiliares para atender a los pobladores, reabastecimiento de drogas y productos relacionados, mantenimiento físico de la cabaña de salud, manejo del ingreso del proyecto por representantes de la comunidad, supervisión por los funcionarios de salud del gobierno, registro y notificación de datos sobre servicios y capacitación en servicio de los auxiliares de salud de la aldea.

Por medio de un examen de la documentación existente sobre intervenciones de APS en Senegal y entrevistas de los proveedores de atención primaria y las autoridades en todos los niveles del sistema de salud, el investigador principal describió varias actividades relacionadas con supervisión, remuneración de los auxiliares y distribución de medicinas. Trató también de determinar si cada actividad es esencial para mantener la APS en las zonas rurales y, de ser así, cómo se puede financiar. Derivó luego las siguientes conclusiones sobre el potencial que tiene cada uno de estos componentes de costos permanentes de recibir financiamiento de la comunidad.

Los principales costos de supervisión del Proyecto de Sine Saloum fueron los relacionados con el transporte de los supervisores a las aldeas (tales como combustible, mantenimiento y reparación de motocicletas). Ninguna de las posibles fuentes de financiamiento examinadas pareció tener probabilidades de sufragar una parte substancial de esos costos en un futuro próximo. Por tanto, el investigador propuso que se estableciera un sistema menos intensivo de supervisión.

En lo que respecta a remuneración de los auxiliares de salud de la aldea, se propuso una profunda observación sociológica de la situación existente. El investigador pensó que eso sería necesario para determinar el actual monto de la remuneración de esos auxiliares en Sine Saloum así como su variabilidad, estabilidad y conveniencia para sostener el sistema de APS basado en los servicios prestados por los auxiliares.

El investigador concluyó también que la red existente de comercio privado en Sine Saloum podría encargarse de distribuir los productos farmacéuticos a una fracción del costo pagado por los organismos del sector público y restituyendo las existencias con mayor seguridad y frecuencia.

Basándose en esas conclusiones, el investigador de PRICOR presentó varias recomendaciones para la formulación de la segunda fase del Proyecto de Salud Rural de Sine Saloum. En lo que respecta a la extensión del proyecto a los demás departamentos de la región, recomendó que se exija como requisito previo una investigación sociológica y antropológica preliminar para la ejecución del programa (construcción de la cabaña de salud) en cualquier aldea. La finalidad de esta investigación sería determinar la forma en que los pobladores entienden sus problemas de salud; los procedimientos que siguen actualmente para obtener atención de salud; cuánto tiempo, esfuerzo y dinero invierten en bienes y servicios de salud y qué mejoras en atención de salud esperan del nuevo programa de APS. El investigador también recomendó que se realizaran estudios para determinar los efectos de la eliminación gradual de la supervisión local y la forma en que los arreglos modificados de adquisición de medicinas afectan la seguridad del suministro en las zonas donde se retira gradualmente el apoyo prestado por USAID al programa de APS.

* * *

Este estudio fue realizado entre julio de 1983 y diciembre de 1985 por el Instituto Harvard de Desarrollo Internacional (HIID). Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Clive Gray, HIID, 1737 Cambridge Street, Cambridge, Massachusetts 02138, o al Dr. David Nicholas, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

ah

Resumen del Estudio

PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS PARA MEJORAR LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Varios investigadores de la Academia Nacional de Artes y Ciencias de Somalia y de Medical Service Consultants, Inc. (EE.UU.) realizaron un estudio sobre el empleo de los medicamentos modernos en las zonas rurales de aquel país. El estudio, patrocinado por PRICOR y UNICEF, con la cooperación del Ministerio de Salud (MS) de Somalia y la misión local de USAID, cubrió varias aldeas de seis regiones geográficas diversas.

El grupo de investigación analizó primero los problemas de distribución de medicamentos en las zonas rurales con las autoridades del MS y de varios organismos internacionales de salud, que creyeron que la escasez de medicamentos en esas zonas constituía una gran limitación para realizar el programa de APS en Somalia. Se identificaron varios factores que podrían interrumpir esa distribución.

Se prepararon tres documentos específicos para el país y se sometieron a ensayo previo para acopiar información sobre 1) el empleo de medicamentos modernos por parte de los pacientes en las aldeas, 2) las prácticas de distribución de los medicamentos recetados y 3) las existencias de éstos en los establecimientos que los recetan.

Se seleccionaron 30 aldeas rurales para una encuesta de hogares en la que se empleó un sistema de muestreo de grupos en etapas múltiples. En cada aldea se escogieron al azar 24 familias para la encuesta. Se entrevistó a un total de 716 familias. El 32% de éstas había comprado medicamentos en los últimos seis meses. Las 716 familias entrevistadas dijeron que su gasto medio por ese concepto había sido de 68,64 chelines somalíes (US\$0,83) en ese período. Una gran parte de los pobladores de las aldeas del país parecen estar dispuestos a pagar los medicamentos con sus propios medios, puesto que ya vienen haciéndolo.

Algunos usuarios de medicamentos (cerca de 7,0% del total de la muestra o 16,7% de los usuarios aparentes) dijeron que los compran en un dispensario de APS o del MS (donde presuntamente son gratuitos). Al parecer, algunos establecimientos públicos de atención de salud cobran por los medicamentos con el fin de poder sufragar los costos. El 49% de los entrevistados indicaron que cuando buscan medicamentos modernos acuden primero a los establecimientos de APS o a otros del MS. Sin embargo, la demanda de medicamentos modernos en las zonas rurales es muy superior a la capacidad que existe en los establecimientos públicos de APS para atenderla.

De las 31 enfermedades distintas citadas por los distribuidores entrevistados en los dispensarios, puestos de salud y droguerías a donde acuden los pobladores, las tres más frecuentes fueron la malaria, la diarrea/disentería y la bronquitis. Esto parece corresponder aproximadamente con las enfermedades más comunes notificadas por las familias: tos, diarrea, fiebre, dolor de cabeza, influenza, malaria y afecciones estomacales. Los medicamentos citados con mayor frecuencia para el tratamiento de las "enfermedades más comunes" son penicilina, cloroquina y aspirina. Entre los que recibieron las familias de los establecimientos de APS y de otros del MS cabe citar cloroquina, aspirina, SRO, sulfato ferroso, jarabes para la tos, ampicilina y ciltotrim. De los 47 productos recomendados por los distribuidores como tratamientos para las "enfermedades más comunes" solo 12 serían suficientes para tratar toda la gama de enfermedades.

Los datos de la encuesta se organizaron para concentrarse en los siguientes campos de interés: 1) perfiles de las familias, 2) informes de las familias sobre el uso, el costo y la fuente de medicamentos, 3) informes de los profesionales de salud o los distribuidores sobre las enfermedades más comunes y los medicamentos recomendados para tratarlas y 4) medicamentos seleccionados para APS en las instalaciones que prestan servicios farmacéuticos a las aldeas escogidas.

Se hizo circular un resumen de los resultados de las tres encuestas a siete funcionarios del MS, junto con una lista de estrategias para mejorar la distribución de medicamentos en las zonas rurales de Somalia. Se pidió a los funcionarios del MS que comentaran sobre los resultados del estudio y clasificaran las diversas estrategias en cuanto a eficacia y factibilidad. Seis de los participantes dijeron que las tres opciones siguientes son las más factibles: mejorar el sistema de distribución de medicamentos, mejorar el control del inventario en los depósitos centrales y mejorar los conocimientos del distribuidor sobre el empleo apropiado de esos productos. Se clasificaron esas mismas seis posibilidades de la más a la menos importante para ampliar la disponibilidad de medicamentos para la población rural. El logro de la fabricación local de productos farmacéuticos se clasificó como lo más importante. En segundo lugar estuvieron la limitación del número de medicamentos que se debe manipular y el mejoramiento del sistema de distribución.

Después de examinar los resultados del estudio de PRICOR y las estrategias recomendadas por las autoridades del MS de Somalia, el grupo de estudio preparó recomendaciones para mejorar la distribución de medicamentos en las zonas rurales. Los investigadores creyeron que

convendría emplear los servicios de los sectores público y privado para la distribución de medicamentos dentro del sistema de APS. El grupo recomendó también que se preparara una guía para el empleo de medicamentos para APS, que se pueda utilizar para impartir enseñanzas a los pobladores de las aldeas. Se identificó una activa organización femenina como grupo de trabajo para el establecimiento de un programa de educación. También se recomendó que el MS revisara la lista de medicamentos de APS con objeto de limitar el número de productos incluidos.

* * *

Este estudio fue realizado entre abril de 1984 y diciembre de 1985 por la Academia Nacional de Artes y Ciencias de Somalia y Medical Services Consultants (MSC), Inc. Para mayor información diríjase a MSC, 1716 Wilson Blvd., Arlington, Virginia 22209 o al Dr. Stewart Blumenfeld, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

DESARROLLO DE METODOS APROPIADOS PARA SOSTENER A LOS MOTIVADORES DE SALUD RURAL

El motivador de salud rural (MSR) es un elemento clave de la atención primaria de salud (APS) en las zonas rurales de Swazilandia. Sin embargo, el programa se ve afectado por una elevada tasa de cambio de personal. Junto con la Unidad Primaria de Salud (UPS) del Ministerio de Salud (MS) y con el apoyo del proyecto de PRICOR, un grupo de la Unidad de Investigaciones sobre Ciencias Sociales (UISS) de la Universidad de Swazilandia realizó un estudio de investigación operativa para encontrar la forma de estabilizar a los MSR.

Se encontró una solución al problema que constaba de tres componentes principales: participación de la comunidad, mayor supervisión y remuneración segura. Los MSR reciben un estipendio mensual del Ministerio, pero es pequeño y no es nada raro que ocurran demoras en el pago. Al establecer las prioridades para resolver el problema, el grupo de la UISS del MS decidió, basándose en el trabajo previo realizado con grupos de MSR, que la remuneración pequeña e irregular era quizá la principal causa del cambio de personal de MSR.

Se creyó que la suplementación por parte de la comunidad sería una solución apropiada porque ofrecía la ventaja no solo de incrementar el pago por los servicios prestados por el MSR sino que también fomentaba una mayor participación de la comunidad para garantizar la disponibilidad de APS. Sin embargo, los investigadores determinaron que antes de que las comunidades accedan a pagar los servicios de los MSR, es preciso fortalecer las habilidades de éstos. Por tanto, los objetivos de la investigación fueron definir un grupo de habilidades dentro de la capacidad de los MSR, que fueran aceptables al MS y que la comunidad considerara dignas de remuneración, y desarrollar el esquema apropiado de remuneración.

Se emplearon varias técnicas de investigación operativa para la fase de análisis de problemas del estudio con el fin de examinar la organización del sistema de APS del país e identificar las restricciones y los insumos, procesos, productos y resultados. Se realizó una encuesta nacional, que produjo información crucial para la búsqueda de soluciones, concentrándose en cuatro campos: patrones de utilización de la atención de salud, gasto en salud, disposición de las comunidades a apoyar a los MSR y actitudes de éstos respecto a su trabajo. Un resultado interesante de la encuesta fue que mientras que 28% de los respondientes dijeron que estarían dispuestos a prestar apoyo financiero a los MSR, ninguno de los MSR entrevistados creyó que la comunidad

estaría dispuesta a hacerlo principalmente porque, en principio, ya estaban recibiendo un sueldo del gobierno. Sobre la base de los comentarios de los MSR, la experiencia adquirida en otros proyectos, las discusiones con profesionales de salud y los resultados de la encuesta de la comunidad, el grupo de investigaciones preparó matrices para determinar qué actividades relativas a los MSR deberían fortalecerse o introducirse. Con los resultados de la matriz y las discusiones sostenidas con autoridades del MS se pudo determinar que se debe hacer hincapié en la inmunización, la terapia de rehidratación oral (TRO) y la vigilancia del crecimiento. Otra matriz permitió determinar que el pago anticipado de servicios es la forma de remuneración más apropiada.

La prueba de soluciones se realizó a manera de prueba de demostración de campo en una sola capitanía en un período de 6,5 meses. El grupo de investigación inició la prueba realizando reuniones comunitarias y un curso de entrenamiento de dos días para los ocho MSR. La prueba se supervisó cuidadosamente por medio de reuniones con los MSR y líderes comunitarios. Se emplearon una encuesta comunitaria y entrevistas con los MSR y los líderes de la comunidad para evaluar la prueba de campo.

La evaluación de la prueba de campo reveló que el entrenamiento práctico en APS para los MSR había servido para ampliar la percepción que tenía la comunidad del papel del MSR en relación con la salud infantil. Por ejemplo, los respondientes opinaron que la MSR era la fuente primaria de información sobre TRO y las madres cumplían con lo indicado cuando el MSR enviaba a sus hijos para inmunización. Los conocimientos prácticos de vigilancia del crecimiento recién adquiridos fueron bien recibidos por la comunidad y los MSR y éstos demostraron ser aptos y activos en su aplicación.

El esquema de apoyo a los MSR que escogió la comunidad comprendió la donación de terrenos comunales y mano de obra agrícola para la producción de una cosecha a donarse al MSR, que podría venderla por dinero en efectivo. Este plan no llegó a dar fruto porque el jefe de zona, que es la única persona facultada para obligar a las personas a cumplir deberes cívicos, se ausentó en el período crucial de preparación del terreno, con motivo de la coronación de un nuevo rey. El campo escogido para el MSR fue preparado por la comunidad pero aquél consideró que era demasiado tarde para sembrar. El jefe y la comunidad concordaron en que el MSR debería mantenerse activo y en que la comunidad prepararía de nuevo el terreno para la próxima temporada de siembra. Una capitanía adyacente, que no cuenta con ninguna promoción del grupo de investigación, ha indicado que ensayará también el mismo esquema.

Como resultado del estudio se hicieron las tres recomendaciones siguientes al MS. Primero, los MSR deberán entrenarse en vigilancia del crecimiento a nivel de la comunidad. Ese entrenamiento debe incluir materiales en el idioma local, cuidadosas pautas de referencia, instrumentos adecuados como balanzas y tarjetas de registro del crecimiento y sesiones de supervisión adecuada y de entrenamiento en servicio. Segundo, el entrenamiento en servicio de los MSR debe revisarse para acentuar las inmunizaciones y la TRO. Tercero, la Unidad de Salud Pública (USP) debe tratar de mejorar el apoyo comunitario a los MSR. Esos esfuerzos debe incluir la motivación a las comunidades para encontrar formas de remuneración de los MSR que sean apropiadas para cada localidad, considerando la forma de conscientizar más a los cónyuges de los MSR para que les presten el debido apoyo en sus actividades e incrementar los esfuerzos por mantener informados a los líderes tradicionales sobre las actividades de la USP y de los MSR en sus comunidades y fomentar su participación en las mismas.

El grupo de estudio subraya lo que quizás es un resultado clave del estudio, es decir que solo después de que mejore el apoyo prestado por la comunidad a los MSR deberán hacerse otros esfuerzos por establecer esquemas de contribución de la comunidad en especie o en efectivo.

* * *

Este estudio fue realizado por investigadores de la Unidad de Investigaciones sobre Ciencias Sociales de la Universidad de Swazilandia entre abril de 1984 y marzo de 1986. Para mayor información diríjase a los investigadores principales, Lic. Laurie H. Dunn, P. O. Box 4, Malkerns, Swaziland, o a la Lic. B. Dlamini Vilakati, Ministry of Health, Mbabane, Swaziland, o al Dr. Stewart Blumenfeld, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

PRICOR Primary Health Care Operations Research

Resumen del Estudio

FINANCIACION COMUNITARIA DE LAS ACTIVIDADES DE APS EN NUTRICION, ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO

Investigadores de la Junta Nacional de Desarrollo Económico y Social (NESDB) realizaron un estudio para identificar y probar modelos de financiación comunitaria efectivos en función del costo para actividades de atención primaria de salud (APS) en nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento.

El Gobierno de Tailandia reconoció que las actividades de nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento eran decisivas para realizar un programa efectivo de APS, pero el Ministerio de Salud Pública (MSP) carecía de fondos para costear estas intervenciones de salud y éstas no tendrían éxito sin la participación y el apoyo de la comunidad. Por ende, la finalidad del estudio era identificar un modelo o modelos de financiación comunitaria de actividades de APS en nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento, que permitieran la mejor movilización de recursos de la comunidad para apoyar estas actividades.

En la fase de desarrollo de soluciones del estudio se realizaron tres actividades de acopio de datos. Primero, el MSP envió una carta a los 5.000 oficiales de salud de los tambones (éstos son subdistritos formados por 6 a 10 pueblos) en la que se les solicitaba que indicaran los fondos de APS existentes en sus respectivas jurisdicciones. Más del 70% de los oficiales de salud respondieron e identificaron más de 12.000 fondos. Luego, se enviaron por correo cuestionarios más detallados a esos oficiales solicitándoles información específica sobre los 12.000 fondos: su antigüedad y origen, las características de su administración, procedimientos, diversificación y problemas pertinentes así como los servicios que prestaban y los hogares que atendían. Se recibieron los cuestionarios llenos con información sobre 4.631. Por último, se realizaron 63 estudios de casos detallados en 22 provincias del país.

Los datos se analizaron para 1) distinguir y describir los modelos viables existentes de financiación comunitaria, 2) explicar las variaciones en la viabilidad y el rendimiento y 3) proponer otros modelos para ensayo y aplicación. El análisis demostró que hay cinco clases de fondos:

1. Fondos de finalidad única (medicamentos, nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento)
2. Fondos subvencionados de finalidad única

3. Fondos integrales de APS (que prestan apoyo a todos los servicios de APS)
4. Fondos de finalidad múltiple (no limitados a APS)
5. Fondos de tarjetas de salud.

Los datos indicaron además que los fondos varían sistemáticamente según la actividad de atención primaria de salud para cuya financiación se han establecido y según la población a la que sirven. Por ejemplo, los fondos para medicamentos son los fondos de APS más antiguos, más numerosos y de mayor rentabilidad continua de Tailandia. Sirven a un mayor número de familias, tienen fuentes de ingresos más diversificadas, demuestran tener mayor potencial de diversificación de servicios y menos variación regional que los fondos de nutrición o saneamiento.

Los fondos de nutrición son los más generalizados después de los anteriores y están localizados sobre todo en el nordeste y el norte. Suelen encontrarse en los poblados más pequeños y más pobres, tienen una limitada base financiera para rentabilidad o valorización del capital, dependen mucho de las aportaciones de mano de obra de las mujeres y/o conducen a la descapitalización. Irónicamente, los más rentables de estos son a menudo los menos activos para reducir la malnutrición y los que menos éxito tienen al juzgarlos por otros criterios de APS. Por último, los fondos de saneamiento son los menos numerosos y la mitad está localizada en el nordeste. Hay variaciones regionales en cuanto a capital de trabajo, rentabilidad, tipos de interés, compras compartidas y servicios. Suelen estar localizados en poblados de mayor tamaño y más prósperos. Los de mayor éxito se emplean para conceder préstamos a tipos de interés del mercado para construcción de letrinas de cierre hidráulico.

El grupo de investigación examinó varios modelos de financiación y los comparó con un conjunto de criterios normales, inclusive viabilidad, rentabilidad, servicios, cobertura y capacidad para apoyar los servicios básicos de APS. Llegó a la conclusión de que la mejor solución del problema operativo son los fondos de finalidad múltiple, por varias razones: 1) las fuentes de ingreso son múltiples y diversas, el riesgo está distribuido, el ingreso es más seguro, las utilidades son mayores y el crecimiento del capital es más acelerado; 2) las perspectivas reales de utilidades son un incentivo para que las familias compren acciones; 3) los fondos de finalidad múltiple ahorran tiempo de administración y exigen menos conocimientos prácticos--uno de esos fondos exige menos personal y menos tiempo para fines de manejo que 5 a 10 fondos de finalidad única y 4) las mayores utilidades y el rápido crecimiento del capital permiten que un fondo de finalidad múltiple apoye la actividad de nutrición, aunque no tenga rendimiento monetario, y haga préstamos para mejoras de saneamiento (en particular a las personas de bajos ingresos).

10/11

Estos resultados y las recomendaciones fueron presentados al MSP, que los aceptó. El Secretario General de la NESDB presentó un resumen de los resultados y recomendaciones al gabinete tailandés por solicitud del Primer Ministro. El MSP ha aceptado la recomendación de que se fomente la diversificación de los fondos de APS existentes, particularmente los de medicamentos, y se establezcan nuevos fondos de finalidad múltiple cuando las circunstancias lo permitan. A partir de 1985, el MSP comenzó a poner en práctica esas recomendaciones. En la fase de validación de soluciones del estudio, el grupo de investigadores realizó un ensayo longitudinal de los diversos modelos de establecimiento de fondos de finalidad múltiple.

Un interesante resultado del estudio fue que el éxito de la financiación comunitaria no consistió en la capacidad de establecer una cierta forma o un cierto modelo de plan financiero, sino en la capacidad de transmitir el concepto de financiación comunitaria a la comunidad rural que, a su vez, formula su propio plan financiero apropiado a sus necesidades y medios particulares. Los elementos esenciales de esos planes financieros son: 1) la agrupación de recursos de capital y de otra clase dentro de la comunidad, que sean rotatorios y autónomos; 2) la capacidad de agrupar recursos dentro de la comunidad y sin ella; 3) la comunidad tiene el poder de decisión final respecto de la administración de los recursos agrupados, 4) la comunidad tiene el poder de decisión final sobre la utilización de los recursos agrupados y la determinación de actividades que se realizarán con éstos y 5) la comunidad tiene un órgano central o una red de organización central a donde se envía el exceso de recursos agrupados.

* * *

Este estudio fue realizado entre marzo de 1983 y enero de 1986 por la Junta Nacional de Desarrollo Económico y Social (NESDB) de Tailandia. Para mayor información diríjase a la investigadora principal, Lic. Orathip Tanskul, NESDB, Krung Kasem Rd., Bangkok 10100, Tailandia, o al Dr. Jack Reynolds, supervisor del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD PARA MEJORAR LA SUPERVISION DE AUXILIARES DE SALUD DE LA ALDEA EN TANZANIA

Los investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Dar Es Salaam realizaron un estudio con la técnica de investigación de operaciones para analizar el problema de la falta de supervisión de los auxiliares de salud de la aldea (ASA) en los distritos de Bagamoyo y Hanang. El objetivo general del estudio era mejorar la utilización y la cobertura de los servicios de atención primaria de salud (APS) prestados por esos auxiliares ampliando la supervisión de éstos. Para el estudio se contó con la participación de los pobladores y los gobiernos de la aldea, los auxiliares de salud, los supervisores y las autoridades del Ministerio de Salud (MS).

Se emplearon tres conjuntos de información para analizar los problemas de supervisión. Primero se aclararon las variables relativas a decisiones sobre supervisión por medio de una serie de discusiones de grupo a las que asistieron los investigadores de PRICOR, las autoridades del MS y los dirigentes de proyectos en los distritos objeto de estudio. Después de identificar 15 variables por medio de este ejercicio, el grupo de PRICOR preparó cuestionarios dirigidos a los supervisores los auxiliares de salud y los habitantes de la aldea. Las calificaciones que recibió cada supervisor por cada variable relativa a decisiones se ponderaron según el cargo y el grado de formación del respondiente. Con este método fue posible dar mayor importancia a las opiniones de quienes habían tenido una mejor oportunidad de aplicar los cambios en el sistema de supervisión. Se calculó el promedio ponderado de cada una de las 15 variables en una escala de 1 a 5. Como resultado de esta encuesta, hubo que reemplazar a dos supervisores que recibieron una baja calificación.

La segunda fuente de información fue una encuesta de los auxiliares de salud para determinar su grado de desempeño en 10 actividades esenciales de APS. Se les preguntó cuántas veces realizaban cierta actividad, como educación sanitaria o terapéutica de rehidratación oral (TRO), en un período de dos semanas. Por ejemplo, en el distrito de Bagamoyo cada auxiliar trató, en promedio, a un paciente con diarrea en ese período y en Hanang, el promedio fue de 3,6 pacientes.

La tercera fuente de información fue un análisis limitado de la cobertura prestada por los auxiliares de salud en diversos servicios de APS. Se procedió a evaluar las actividades relacionadas con el tratamiento de la malaria, la vigilancia de la nutrición, el saneamiento ambiental y la construcción de letrinas partiendo de los resultados de tres encuestas realizadas en el distrito de Bagamoyo. Las cifras

correspondientes a visitas domiciliarias, educación sanitaria y TRO se calcularon empleando los informes mensuales presentados por los auxiliares. La cobertura prestada por estos fue mayor en construcción de letrinas (78% de las casas disponían de estas) y de educación sanitaria (los auxiliares de salud realizaban 65,5% del número previsto de sesiones de educación sanitaria).

Partiendo de estas fuentes de información, el grupo de PRICOR, las autoridades del MS y los consultores de PRICOR puntualizaron varias limitaciones que impiden una buena supervisión en Tanzania, a saber, falta de tiempo, combustible, papelería, medicamentos, equipo, subsidios de viaje y vehículos. Los participantes determinaron la máxima cantidad de tiempo y dinero que existe para supervisión en cada zona objeto de estudio.

Con la información acopiada del análisis del problema, el grupo de PRICOR procedió a conseguir la participación de las comunidades, los auxiliares de salud, los supervisores y las autoridades para fijar metas para la supervisión de los auxiliares. Se colocaron en orden prioritario diez metas de APS, según su importancia y factibilidad a juicio de las autoridades. Se dio la mayor prioridad a la cobertura de inmunización y luego a la utilización de la TRO y a la construcción de letrinas. El grupo de PRICOR se dedicó luego a estudiar varias aldeas y a ayudar a sus pobladores a establecer metas de APS para sus comunidades por cada actividad prioritaria, en términos de cobertura porcentual y utilización. Este ejercicio despertó un gran interés en las actividades de los auxiliares de salud entre los dirigentes de la aldea. Se pidió a los supervisores que fijaran metas de APS para los auxiliares a su cargo, teniendo en cuenta las metas fijadas por los pobladores y las restricciones de supervisión. Los investigadores de PRICOR y las autoridades discutieron esas metas empleando un proceso de grupo nominal.

Seis autoridades influyentes del MS, el grupo de investigación y los supervisores de APS participaron en el establecimiento de metas dentro del sistema de supervisión. En ese ejercicio, los participantes analizaron dos grupos de supervisión hipotéticos cuya diferencia estaba en sus aptitudes y en una variable relativa a decisiones de supervisión. Los participantes determinaron lo que se debería hacer para corregir el comportamiento del grupo supervisor deficiente y ponerlo al mismo nivel que el del eficiente. En otro ejercicio, las autoridades, el grupo de PRICOR y los supervisores emplearon el proceso de grupo nominal (técnica de Delfos) para revisar el sistema de supervisión basándose en los insumos de los pobladores, los auxiliares de salud, los supervisores y las autoridades.

Como resultado de las comprobaciones efectuadas con el estudio, fue posible incorporar importantes revisiones en el sistema de supervisión del distrito de Bagamoyo. Se ha duplicado el número de supervisores asignado a la zona del proyecto y aumentado el número de visitas de supervisión necesarias, y hoy en día cada supervisor visita los sitios que se le han asignado al menos dos veces al mes. Se han preparado programas de supervisión y se exige que cada supervisor presente planes de trabajo e informes mensuales. Se ha preparado una lista de verificación que se emplea actualmente en las visitas de supervisión. Se han proporcionado bicicletas a los supervisores y se ha incrementado el presupuesto para la supervisión de los auxiliares de salud.

Los pobladores de la aldea participan mucho en la supervisión del auxiliar de salud que se les ha asignado. Los comités de salud locales trabajan activamente y ayudan a supervisar al auxiliar de salud. Los supervisores han entablado buenas relaciones con los dirigentes locales en un ambiente de cooperación. En todas las aldeas se ha adoptado el plan del "safari en grupo" ideado por PRICOR. Según ese plan, un grupo formado por el comité de salud de la aldea, el auxiliar de salud y su supervisor, los maestros locales y los trabajadores en agricultura y aprovechamiento de aguas visitan regularmente todas las casas de la aldea. En cada visita el grupo discute la salud y el bienestar de la familia con sus integrantes. Los grupos preparan una lista de los casos cuya trayectoria deben seguir los auxiliares de salud. Estos preparan un informe sobre sus actividades de seguimiento y lo presentan al comité de salud de la aldea antes del próximo "safari".

* * *

Este estudio fue realizado por investigadores de la Universidad de Dar es Salaam de enero de 1983 a marzo de 1986. Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. F.D.E. Mtango, University of Dar es Salaam, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Medicine, Box 65001, Dar Es Salaam, Tanzania o a la Dra. Jeanne Newman, supervisora del estudio de PPICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

ORGANIZACION COMUNITARIA PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS DE SALUD

El Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH) realizó un estudio de investigación operativa para abordar el problema de la falta de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud preventiva por parte de policlínicas populares privadas (centros comunitarios de salud) en los barrios suburbanos de Montevideo. El objetivo general del estudio era demostrar que ciertos problemas de salud se pueden resolver fortaleciendo la organización comunitaria. Eso podría realizarse creando comisiones voluntarias que se encargarían de seleccionar, adiestrar y supervisar a promotores comunitarios de salud. Los investigadores partieron de la hipótesis de que la acción de las comisiones y los promotores de salud serviría de catalizador para cambiar la actitud de los residentes respecto de los problemas sanitarios, para conscientizarlos más de los factores que afectan su propia salud y para movilizarlos a tomar las medidas necesarias para resolver esos problemas.

El personal de CLAEH realizó una encuesta de base de 849 hogares para determinar los conocimientos y la consciencia que tiene la comunidad en cuanto a los problemas de salud y las prácticas que sigue al respecto. Además, se efectuó una observación directa para determinar las condiciones de salud ambiental. Esto abarcó la evaluación de las condiciones sanitarias de los centros de actividad local y la existencia y el estado de los servicios comunitarios que afectan la salud (policlínicas, servicios de evacuación de basura, disponibilidad de agua limpia, etc.).

Se seleccionaron tres barrios urbanos marginados para formar comisiones de salud y se escogieron como testigos otros tres barrios semejantes. La comisión de salud de cada barrio experimental estaba formada por individuos de la comunidad escogidos por sugerencia de las organizaciones locales, representantes de la policlínica y un investigador de CLAEH. Las comisiones procedieron luego a seleccionar candidatos a promotores (un numeroso grupo del que se escogerían los promotores de salud). El número de candidatos a promotores de salud y de los miembros del comité dependió del tamaño de la comunidad atendida.

La capacitación de los futuros promotores y de los miembros de la comisión se realizó en cada comunidad. Los dos grupos discutieron los resultados del estudio de base y de la observación directa y, por solicitud, determinaron lo que consideraban problemas de salud y sus respectivas soluciones. La capacitación, que tuvo lugar en ocho sesiones realizadas en cada uno de los barrios experimentales, cubrió

principios básicos de promoción de la salud y varios factores ambientales y particulares que la afectan. Los candidatos a promotores aprendieron también a identificar problemas de salud en cada barrio, a trabajar con grupos, a conscientizar a la comunidad respecto de los problemas de salud y a encontrar soluciones viables para éstos. Los candidatos que respondieron mejor a la capacitación se seleccionaron como promotores.

Después de concluir la capacitación y selección de los promotores, las comisiones de salud y los promotores de cada barrio comenzaron a seleccionar los problemas que abordarían y a preparar planes de acción para resolverlos. No se efectuaron acuerdos oficiales entre las comisiones y los promotores de salud, aunque se encargó a aquéllos de supervisar y apoyar a éstos en su trabajo. Los investigadores no establecieron oficialmente funciones determinadas para los promotores, ya que las comisiones y éstos se encargaron de definir las. La motivación de los promotores se basó en su interés en el servicio comunitario y su preocupación por las condiciones de salud. No recibieron ninguna otra clase de pago ni reembolso.

Los promotores y las comisiones de salud trabajaron con los grupos establecidos en las comunidades (religiosos, sociales, deportivos, etc.) y formaron grupos de individuos con un problema de salud común (por ejemplo, padres de niños desnutridos). En reuniones informales, esos grupos discutieron las preocupaciones de salud e identificaron soluciones que se podrían poner en práctica con un esfuerzo compartido por toda la comunidad. Las actividades emprendidas como resultado del trabajo de los promotores y las comisiones de salud incluyeron la creación de comedores populares, actividades de recaudación de fondos para la policlínica y los comedores populares y la presentación de una solicitud de los vecinos a las autoridades nacionales de abastecimiento de agua para ampliar dicho servicio en su barrio. Las comisiones celebraron reuniones cada una o dos semanas para determinar el progreso de los esfuerzos de los promotores. Los investigadores asistieron a esas reuniones y ofrecieron asistencia técnica durante la intervención.

CLEAH evaluó el proyecto por medio de una nueva encuesta de hogares realizada 6 meses después de que los promotores comenzaron a trabajar. Los investigadores compararon los cambios en las respuestas en las comunidades sometidas a ensayo con los observados en las comunidades testigos. Se entrevistaron los miembros de las comisiones, los promotores, los integrantes de la comunidad y el personal de las policlínicas como parte de la evaluación. Esta demostró que, en lo que

respecta a la salud, la organización comunitaria incrementó la utilización de las policlínicas e hizo conocer mejor los servicios de las clínicas. Además, en las zonas donde se organizaron comisiones de salud, las personas tenían mayores posibilidades de apreciar los aspectos sanitarios de problemas que habitualmente no se definen como sanitarios (por ejemplo, el saneamiento ambiental y la desnutrición). Al evaluar la experiencia que tiene cada una de las tres comunidades experimentales en organización comunitaria, los investigadores concluyeron que las comisiones de salud funcionaban más eficazmente cuando entre los integrantes de la comisión había representantes de los grupos comunitarios establecidos.

Aunque su participación oficial en las comisiones terminó a finales de 1985, los investigadores de CLAEH han mantenido relaciones con el personal de los servicios de salud populares privados.

* * *

Este estudio fue realizado entre mayo de 1983 y septiembre de 1985 por el Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH). Para mayor información diríjase a la investigadora principal, Dra. Obdulia Ebole, CLAEH, Casilla de Correo 5021, Montevideo, Uruguay, o a la Lic. Lani Rice Márquez, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).

Resumen del Estudio

ENSAYO DE VARIOS PLANES DE PAGO EN LOS CENTROS DE SALUD DE ZAIRE

En 1982 el Gobierno de Zaire descentralizó las actividades de salud pública y creó zonas que funcionarían sobre todo con financiamiento propio. El Proyecto de Servicios Rurales Básicos de Salud (SANRU), una actividad realizada en colaboración con el Gobierno de Zaire, USAID y la Iglesia de Cristo en ese país, se inició en 1982 para coordinar esa reorganización. Una de las tareas del proyecto SANRU consistió en identificar programas comunitarios de financiamiento de la APS.

El grupo de estudio identificó cuatro planes de pago de la APS empleados en las zonas rurales, a saber, 1) un valor fijo por episodio, independientemente de la enfermedad; 2) un valor fijo por consulta, con precios variables de los medicamentos, según la dosis diaria y el costo del producto; 3) un valor por episodio, según la gravedad de la enfermedad y el costo de los medicamentos y 4) un valor fijo por la consulta y los medicamentos y uno reducido por las consultas subsiguientes necesarias. Los dos primeros planes se seleccionaron para estudio porque el tercero y el cuarto se consideraron como variaciones del segundo.

Se emplearon dos técnicas principales de acopio de datos. Primero se realizó una encuesta básica de familias en cada sitio del estudio antes y después de introducir un nuevo plan. Segundo, se efectuó un análisis de costos de los servicios de salud en cinco zonas de salud con el apoyo del proyecto SANRU.

En cada una de las cinco zonas rurales de salud, se escogieron dos centros para participar en el estudio. En cuatro de las zonas, se pidió a un centro que cambiara a un plan basado en el valor cobrado por episodio de enfermedad. El otro centro siguió empleando un plan de pago basado en un valor fijo por consulta y uno variable por los medicamentos. En la quinta zona, un centro de salud con un plan basado en el valor cobrado por episodio cambió a uno que se basa en el valor de la consulta mientras que el otro continuó con el primer plan. Se mantuvieron estos planes por un año.

Las consultas con fines de atención curativa variaron enormemente de un centro de salud a otro, desde un mínimo de tres consultas anuales por cada 100 habitantes en Katanda y Tshileo hasta un máximo de 245 por cada 100 habitantes en Lukunga. Una razón para ello fue que la proporción de personas que acudieron al centro de salud de SANRU en busca de atención osciló entre 1,4% en Katanda (donde la enfermera estableció un

113

servicio competitivo de práctica particular) y 83,2% en Lukunga (una zona de servicio pequeña, bien definida y aislada). Una segunda explicación fue que la población de algunas zonas declaró que empleaba muy poco los servicios de cualquier proveedor de atención de salud (solo 10 consultas anuales por cada 100 personas en Tshileo, por ejemplo), mientras que en otras zonas las consultas eran hasta 35 veces más frecuentes. Las consultas por episodio de enfermedad variaron desde apenas un poco más de 1,0 en Lukunga, Muadi Kayembe y Kaniama hasta más de 6,0 en Kangoy.

Los costos de la atención curativa per cápita, por consulta y por episodio también variaron enormemente. (Los costos se expresan en dólares de los Estados Unidos y se basan en un tipo de cambio de US\$1 = Z 43,8 de octubre de 1984 a marzo de 1985 y de US\$1 = Z 52 de abril a septiembre de 1985.) En Tshileo (la zona con poca utilización), los costos operativos directos en 12 meses fueron solo de 2 centavos per cápita, mientras que en Lukunga fueron de 90 centavos. Los costos por consulta oscilaron entre 4 centavos en Kangoy y \$3,46 en Katanda. En este último centro la utilización fue baja en extremo, de modo que los costos fijos se distribuyeron entre un número relativamente pequeño de consultas, mientras que en el primero la utilización fue muy alta.

Los costos operativos de los centros de salud por episodio oscilaron entre 27 centavos en Kangoy y \$7,46 en Katanda, siendo la media de 95 centavos. En el centro común, un pago de 95 centavos hecho por el paciente por episodio habría cubierto sueldos del personal, servicios del supervisor de la zona y sueldos del equipo móvil durante el tiempo gastado en actividades de campo, adiestramiento en servicio, suministros para fines administrativos y de mantenimiento, medicamentos, vacunas, petróleo, reparaciones menores de las edificaciones y transporte de personal y materiales, inclusive de los supervisores y del equipo móvil.

Los costos de los suministros médicos (principalmente de los medicamentos) representaron cerca de la mitad de todos los costos de la atención curativa, oscilando entre un mínimo de 8,8% en Katanda (donde los costos fijos de personal fueron elevados en un dispensario subutilizado) y un máximo de 70,1% en Kaniama. La mayoría de los centros de salud gastaron de 22 a 34% de sus fondos en atención preventiva.

Los costos de operación de cuatro de las cinco zonas fueron de \$3.500 a \$5.500 anuales, aunque el número de centros de salud que supervisaron varió de 6 a 47.

Los precios cobrados en los dispensarios variaron de un centro de salud a otro y se fijaron de diversas formas. No se llegó a un acuerdo sobre una fórmula técnica para fijarlos, pero los 6 centros con datos

utilizables sobre ingresos declararon que cubrían una media de 107,3% de sus costos de atención curativa, inclusive costos de supervisión zonal y de equipos móviles. Los ingresos de la atención preventiva cubrían entre 0,4% y 10,6% de los costos de ésta, pero tres centros de salud recaudaban ingresos por concepto de atención curativa muy superiores a los costos, lo que permitía una subvención general de esa clase de atención. En conjunto, los seis dispensarios declararon tener una recuperación media de costos de 66,5%.

Los investigadores aprendieron mucho sobre el proceso de introducir o cambiar los planes de financiación comunitaria y sobre el efecto de ese proceso en las operaciones de los dispensarios y en la utilización por parte de la comunidad. Se demostró que el valor de los servicios fijado por medio del proceso "poco científico" de adopción de decisiones en la comunidad y un cálculo aproximado de costos fueron formas apropiadas para la recuperación importante de costos, especialmente de la atención curativa. La administración del dispensario, la calidad y la moral del personal, el suministro de medicamentos y las relaciones con la comunidad en general fueron quizá influencias más importantes en la utilización en esos 10 centros que el plan de pago; no obstante, esos factores a su vez se vieron afectados por la reacción del personal y de la comunidad ante el cambio. El personal de los dispensarios de distintas localidades no estaba de acuerdo con el plan de pagos que se le pidió que pusiera en práctica ni con los valores fijados. La utilización disminuyó mucho en un centro porque la enfermera se retiró y estableció un servicio competitivo de práctica particular; su sucesora fue despedida por mala conducta. La comunidad, a la que se pidió que cambiara el plan basado en el valor cobrado por episodio por uno en el que se cobrara por consulta, hizo objeciones a lo que consideró ser un sistema menos conveniente y comenzó a emplear más los servicios de otros proveedores. Durante este tiempo, la forma en que se estableció y manejó el plan de pago pareció afectar la utilización, el costo y la recuperación de éste en el país, mucho más que la misma naturaleza del plan.

* * *

Este estudio fue realizado por SANRU por intermedio de la Misión Intergubernamental Africana de septiembre de 1983 a marzo de 1986. Para mayor información diríjase al investigador principal, Dr. Lusamba Dikassa o al Dr. Frank Baer, P. O. Box 3555, Kinshasa, Zaire, o a la Lic. Marty Pipp, supervisora del estudio de PRICOR (Chevy Chase).