

IMPACTO DE LOS PROMOTORES DE SALUD EN UNA ZONA DE BARRIOS POBRES DE PUCALLPA, PERÚ

Peer Brehm Christensen¹ y Susan Karlqvist¹

En 1986, 30 meses después de concluir un proyecto de atención primaria de salud financiado por la Agencia Danesa para el Desarrollo Internacional, se evaluó la labor de 43 promotores voluntarios de salud en una zona de barrios pobres de la ciudad de Pucallpa, Perú. La evaluación incluyó entrevistas con los promotores de salud y una encuesta de 152 familias. Los resultados se compararon con los de una encuesta realizada entre 82 familias pertenecientes a una zona testigo donde no habían trabajado promotores. Aproximadamente cuatro quintas partes de las actividades realizadas por los promotores eran curativas y una quinta parte, preventivas. El efecto de la labor de estos trabajadores en la población se plasmó en una mejor utilización de los servicios públicos de atención de la salud y en el mejoramiento de la cobertura de vacunación. Sin embargo, su trabajo no logró mejorar la higiene del agua potable y no hubo cambios significativos en el tratamiento de la diarrea en la población. Se recomienda que los programas de capacitación de promotores de salud sigan formando parte de la estrategia de atención primaria de salud.

Hoy día existen distintos métodos para evaluar la atención primaria de salud (1). En este artículo se presentan los resultados de una evaluación de la labor de los promotores de salud voluntarios efectuada en 1986, 30 meses después de concluir el proyecto del CCMI, con el fin de conocer su grado de actividad y los efectos de su trabajo en los comportamientos de salud de la comunidad.

Entre 1976 y 1983, el Comité de Cooperación Médica Internacional (CCMI), un organismo danés no gubernamental de asistencia a los países en desarrollo, puso en práctica un proyecto de atención primaria de salud en el que se capacitó a 43 promotores de salud. Dichos promotores trabajaban gra-

tuitamente como voluntarios elegidos por la comunidad. El proyecto fue financiado por la Agencia Danesa para el Desarrollo Internacional (DANIDA), su costo ascendió a \$US 400 000 y en 1983 fue transferido al Servicio de Salud Pública del Perú (2, 3).

Dicho proyecto se inició en una zona de barrios pobres de los alrededores de Pucallpa, ciudad situada en la selva amazónica, con una población de 130 000 habitantes y constituida por mestizos de habla hispana con una gran heterogeneidad cultural.

Esa zona se creó 20 años antes del inicio del proyecto, tras la ocupación colectiva de la tierra. En ella vivían 4 000 personas, agrupadas en unidades de 40 familias (200-250 personas) denominadas comités vecinales. Los habitantes vivían en casas de madera en parcelas de 300 m². Entre 10 y 20%

¹ Comité de Cooperación Médica Internacional, Copenhague, Dinamarca. Dirección postal: P. B. Christensen, Rolf Krakes Vej 11, THUSØ DK-5700 Svendborg, Dinamarca.

de los habitantes tenían un empleo estable y la mayoría realizaban trabajos ocasionales en el comercio, el transporte y la pesca. El grado de higiene en los barrios era bajo, a causa del hacinamiento, el abastecimiento deficiente de agua en algunos pozos comunes muy contaminados y la falta de alcantarillado, servicios sanitarios y electricidad. Las condiciones de salud en la zona también eran deficientes. El 50% de los niños menores de cinco años estaban malnutridos y 1% padecía malnutrición de tercer grado (según la clasificación de Ramos Galván y Luna Jaspe, datos inéditos). La tasa de mortalidad infantil, probablemente subestimada, oscilaba alrededor de 120 defunciones por 1 000 habitantes (Hospital de Pucallpa, comunicación personal), y la diarrea era la causa más frecuente de mortalidad infantil (3).

En dicha zona había un centro de salud, abierto los días laborables de 8 de la mañana a 2 de la tarde, en el que trabajaban un médico, una enfermera y cuatro auxiliares. El centro estaba situado a menos de media hora de camino de los barrios pobres. En el centro de la ciudad, a una hora de camino, había un hospital que cubría cuatro especialidades médicas. Además del Servicio de Salud Pública, existía otro de atención médica privada, abierto día y noche, que era demasiado caro para que la mayoría de los habitantes de la zona acudieran con regularidad. Todas las personas que tenían empleo estable disponían de un seguro médico de enfermedad.

En la ciudad, los curanderos tradicionales parecían desempeñar una función menos importante que en las comunidades rurales. En esta investigación no se estudió la influencia de su labor en la población.

En los tres cursos ofrecidos se capacitó a 43 promotores de salud elegidos entre los vecinos de la zona de barrios pobres y aprobados por el CCMI. En cada comité vecinal se capacitó a dos promotores. Los cri-

terios de selección de los promotores fueron los siguientes: ser mayor de 18 años, saber leer y escribir y estar motivado para el trabajo.

Los cursos duraron de 60 a 90 horas, y durante los mismos se discutieron temas como prevención y tratamiento de las enfermedades más frecuentes, bienestar durante el embarazo, higiene y sanidad, organización de la atención de salud y técnicas de inyección. Al finalizar el curso, se entregó a cada promotor un botiquín que contenía un equipo básico de curación y cinco medicamentos (dos analgésicos, dos espasmolíticos y un antibiótico tópico en polvo), junto con jeringas y agujas para inyectar medicamentos recetados por los médicos. La comunidad decidió que los pacientes debían pagar los gastos de material.

Las funciones que debían realizar los promotores eran las siguientes: estimular a la población a adoptar soluciones colectivas para los problemas de salud; apoyar y fortalecer las actividades preventivas entre los vecinos; prestar primeros auxilios; tratar las enfermedades más comunes, y remitir pacientes al centro de salud.

El CCMI fue el organismo encargado de supervisar la labor de los promotores. Dicho trabajo se realizó en pequeños grupos y formó parte de campañas colectivas realizadas en toda la zona, como pesar a los niños, vacunar, y limpiar pozos y áreas comunitarias. El grupo coordinó sus actividades manteniendo reuniones mensuales en las que a menudo participaba la enfermera del centro de salud. El trabajo se llevó a cabo en cooperación con la organización de residentes locales. Al final del proyecto, el centro de salud asumió la supervisión de las actividades, que se debilitó paulatinamente por falta de recursos y la frecuente renovación del personal.

Durante los 18 meses previos a la evaluación, el Banco Mundial financió un proyecto para realizar visitas domiciliarias sistemáticas cada tres meses, incluida la zona de trabajo de los promotores de salud. Para ello, se contrató a ocho auxiliares de campo a tiempo completo cuya capacitación y funciones eran similares a las de los promotores de

salud (de hecho, una de los ocho auxiliares era promotora de salud). Este proyecto se canceló poco después de la evaluación por falta de recursos económicos, y el personal se transfirió a otras zonas.

MATERIALES Y MÉTODOS

La evaluación del proyecto fue realizada en enero de 1986 por un funcionario médico que había trabajado en el mismo como estudiante de medicina. Dicha evaluación consistió en la realización de entrevistas a promotores de salud y de encuestas de familias de la comunidad. Las entrevistas se basaron en el protocolo prototipo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y constaban de 86 preguntas y conversaciones dirigidas durante una o dos horas y en una prueba escrita sobre la diarrea (4). Las actividades de los promotores se registraron en una lista de verificación de 20 apartados. El personal del CCMÍ fue el encargado de realizar las entrevistas.

Como en el Perú no se disponía de normas internacionales o nacionales para evaluar el trabajo de los promotores de salud, el CCMÍ estableció sus propios criterios en coordinación con los mismos promotores y el Servicio de Salud Pública.

Para realizar las encuestas domiciliarias se seleccionó una muestra de 20% de las viviendas (la quinta vivienda de cada manzana), siguiendo el criterio de que la familia había vivido allí durante más de un año. Cuando no se cumplía esa condición, se seleccionaba la casa vecina. La evaluación se complicó por el hecho de que los auxiliares de campo habían trabajado por año y medio en la misma zona donde habían trabajado los promotores durante los cinco años y medio anteriores. La encuesta cubrió tres zonas de barrios pobres: la zona de los promotores de salud, donde también habían trabajado los auxiliares de campo (tamaño de la muestra = 152); una zona testigo, donde no habían trabajado los promotores de salud ni los au-

xiliares de campo (tamaño de la muestra = 82), y una zona donde solo habían trabajado los auxiliares de campo (tamaño de la muestra = 130). No existía ninguna zona atendida exclusivamente por los promotores. Las tres zonas eran comparables en cuanto a la antigüedad del vecindario, las condiciones socioeconómicas y la distancia al centro de salud.

La encuesta consistió en 20 preguntas sobre comportamientos de salud formuladas a la madre de la familia. El trabajo fue realizado en una semana por 21 trabajadores remunerados (promotores de salud, empleados del centro de salud y dos maestros de los barrios pobres). Ninguno de ellos efectuó entrevistas en su propio distrito.

Para efectuar el análisis estadístico de los resultados se usó la prueba de χ^2 con la corrección de Yates. Una vez procesados los resultados, se presentaron a los promotores de salud, a la organización de residentes locales y a las autoridades locales de salud para su discusión.

RESULTADOS

Se entrevistó a 30 promotores de salud, que representaban 70% de los 43 que completaron el curso. No se pudo localizar a 13 de ellos, pero se registraron los motivos de su abandono, entrevistando a sus familias, vecinos y a otros promotores. La repetición de las entrevistas, efectuada por personal del CCMÍ y los maestros, reveló una concordancia elevada entre los entrevistadores.

En el cuadro 1 aparecen los seis criterios elegidos para definir el concepto de promotor activo. Se consideraron promotores de salud aquellos que satisfacían uno o más de los siguientes criterios: asistir a las reuniones del grupo, ser conocido como mínimo por la mitad de las familias o haber participado en una actividad de salud de la comunidad du-

CUADRO 1. Porcentajes de los 43 promotores de salud^a capacitados que seguían siendo activos según los criterios de promotor activo. Comité de Cooperación Médica Internacional, Pucallpa, Perú, 1976 a 1983

Criterio	Porcentaje
Asistir a las reuniones del grupo	23
Ser conocido por la mitad de las familias de su distrito	23
Participar en la última campaña nacional de vacunación	35
Haber realizado actividades preventivas durante el último mes	40
Haber tratado a ocho o más pacientes durante el último mes	49
Considerarse activo	54

^aEn total se entrevistó a 70% de los promotores.

rante los tres meses anteriores a la realización del estudio. En el cuadro 2 se presentan las características socioeconómicas de los promotores. En comparación con los promotores "pasivos", la edad de los "activos" fue superior, el tamaño de sus familias y el nivel de educación menores, y la cifra de los que trabajaban fuera del hogar, más elevada. Sin embargo, el tamaño reducido de la muestra no permite extraer conclusiones definitivas.

CUADRO 2. Características socioeconómicas de 30 promotores de salud entrevistados. Comité de Cooperación Médica Internacional, Pucallpa, Perú, 1976 a 1983

Característica	Valor	Recorrido
Número total de promotores (mujeres)	30 (28)	
Mediana de la edad	36,5	20-45
Porcentaje de promotores casados	70	
Mediana del número de miembros de la familia	6,5	2-15
Mediana del número de hijos	4	0-10
Mediana del número de hijos menores de cinco años	1	0-3
Mediana del número de años de asistencia a la escuela	7	3-14
Porcentaje de personas que trabajan fuera del hogar	60	
Porcentaje de familias con empleo estable	27	
Mediana de los ingresos familiares medios al día en 1986 (\$US)	3,5	1,2-11,8

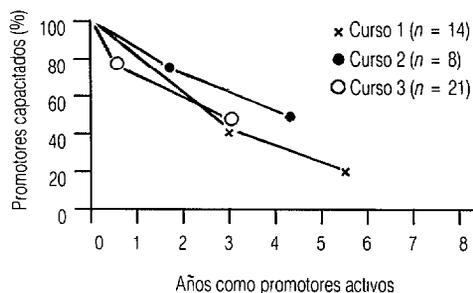
De acuerdo con los criterios utilizados para definir a un promotor como activo, 17 (40% de los capacitados inicialmente y 57% de los entrevistados) se encontraban activos 30 meses después de haber concluido el proyecto. Los porcentajes de promotores activos obtenidos pueden estar subestimados, ya que es posible que alguno de los 13 promotores no localizados continuara trabajando en otro lugar.

En la figura 1 se muestran los porcentajes de promotores activos, en función de los años transcurridos desde la finalización del curso. Los tres grupos fueron muy similares, y la mitad de los promotores de salud continuaban trabajando tres años después de finalizar el curso durante períodos variables que oscilaron entre seis meses y tres años.

La proporción de abandono fue similar en los tres grupos, a pesar de que los criterios para su elección, la estructura de los cursos y la duración de la supervisión fueron distintos, lo cual indica que esas circunstancias pueden tener una importancia secundaria. Los motivos de abandono más frecuentes de los 26 promotores "pasivos" fueron el empleo o los estudios (11), el embarazo y la crianza de los hijos (8) y los desacuerdos personales en el grupo de promotores de salud (4).

En el cuadro 3 aparecen las actividades registradas durante el mes anterior a la evaluación y en él se observa que en el mes investigado se realizó en promedio una acti-

FIGURA 1. Porcentajes de promotores de salud activos en función del tiempo transcurrido desde la finalización de su curso. Comité de Cooperación Médica Internacional. Pucallpa, Perú, 1976 a 1983



idad/día/promotor de salud. El 21% de las actividades fueron preventivas y 79%, curativas. La actividad realizada con más frecuencia fue la inyección de un medicamento (34%), sin incluir vacunas. La mayor parte de las inyecciones fueron prescritas por un médico, aunque en la zona se administraban indebidamente con elevada frecuencia. No se

registraron los tipos de medicamento administrados, si bien se sabe que en su mayoría eran antibióticos de amplio espectro y vitaminas.

La actividad preventiva realizada con más frecuencia fue la visita domiciliaria, definida como la visita a una vivienda por motivos distintos de la atención de un paciente. Estas visitas representaron 10% de las actividades realizadas.

En la evaluación no se tomó en cuenta el tiempo dedicado a las distintas actividades, y por ese motivo se subestimaron aquellas que requerían mucho tiempo, y especialmente las preventivas. Si se supone que el tiempo promedio invertido por actividad osciló entre 30 minutos y una hora, se puede estimar que los promotores trabajaron de 15 a 29 horas al mes. Su nivel de actividad en ese momento se puede comparar con el que tenían tres años antes, poco antes de concluir

CUADRO 3. Actividades curativas^a y preventivas realizadas por los 30 promotores de salud durante el mes anterior a la evaluación. Comité de Cooperación Internacional, Pucallpa, Perú, 1976 a 1983

Actividades	%	Cifra absoluta
Curativas		
Inyecciones	34,4	303
Distribución de sales de rehidratación oral	17,6	155
Tratamiento de heridas	13,8	122
Remisión de pacientes al centro de salud	7,8	69
Otras actividades curativas ^a	5,0	44
Total	78,6	693
Preventivas		
Visitas domiciliarias ^b	10,4	92
Remisión a los programas preventivos del centro de salud ^c	7,4	65
Charlas educativas	3,1	27
Otras actividades preventivas ^d	0,6	5
Total	21,4	189
No. total de actividades	100	882
No. de actividades/promotor de salud/mes		29

^aVisitar a personas con enfermedades agudas y asistir partos.

^bVisitar a familias sin ser llamados por enfermedades agudas.

^cBienestar durante el embarazo, atención a niños menores de cinco años, nutrición y otros.

^dConstrucción de letrinas de fosas, campañas de limpieza y cultivo de huertas comunes.

el proyecto. Este cálculo se efectuó retrospectivamente, a partir de los informes mensuales de 11 promotores de salud durante dos meses. En aquella fecha, el número de actividades era 25% menor, y las actividades curativas representaban 60% del total.

En la zona de los promotores de salud se realizaron 152 entrevistas y en la zona testigo, 82. En 97% de las entrevistas se interrogó a la madre y en 3%, al padre. Las personas entrevistadas tenían características similares en cuanto al sexo, años de residencia en los barrios pobres y número de hijos menores de cinco años. El 57% de las familias conocía a su promotor de salud, y 10% había estado en contacto con él por problemas de salud durante los tres últimos meses. Cuarenta y cinco por ciento de las personas que conocían a los promotores estaban satisfechas con el trabajo que estos realizaban, 10% no lo estaban y 44% respondieron que no lo sabían.

Los habitantes destacaron la importancia de la función curativa que cumplen los promotores de salud, y solo algunos reconocieron la de las actividades preventivas. Como motivo de satisfacción señalaron que la labor del promotor de salud era menos costosa para ellos que otros servicios de salud de la zona y que el promotor estaba presente cuando se necesitaba.

También se evaluó el grado de aceptación del promotor por la población 30 meses antes, es decir, inmediatamente después de concluir el proyecto (5). En ese momento, 98% de los habitantes los conocían y 82% estaban satisfechos con las actividades que realizaban. Ello indica que se produjo una disminución de la aceptación de los promotores tras concluir el proyecto.

El término "alfabetismo sanitario" fue introducido por la OMS para definir la comprensión de los problemas de salud prevalentes y los métodos adecuados para prevenirlos y resolverlos (6). En el cuadro 4 se resumen las opiniones de la población

acerca de las causas de los problemas de salud en los barrios pobres. En comparación con la zona testigo, los habitantes de la zona de los promotores conocían mejor las causas de los problemas de salud y comprendían mejor la importancia de la higiene.

En la zona de los promotores, 37% de las respuestas concedían una importancia decisiva a la organización de la gente para resolver los problemas, en comparación con 21% de respuestas en la zona testigo. Por consiguiente, el grado de alfabetismo sanitario en la zona de los promotores de salud fue más elevado que en la zona testigo.

En el cuadro 5 se puede apreciar que el número de niños que recibieron inmunización completa en la zona de los promotores fue el doble que el de la zona testigo, y que en aquella zona el porcentaje de madres que participaron en los programas de bienestar durante el embarazo fue 14% más elevado. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas entre las zonas respecto a la asistencia a consultorios de menores de cinco años. En consecuencia, el trabajo de los promotores mejoró la utilización de algunos servicios de salud pública.

El cuadro 6 muestra que tampoco se encontraron diferencias significativas entre las dos zonas en cuanto al grado de higiene del agua potable. Menos de la mitad de las familias bebían agua hervida y en el momento de la entrevista solo un tercio de las viviendas tenían agua hervida. La higiene del agua potable no era mejor en las zonas donde habían trabajado los auxiliares de campo.

Respecto al tratamiento de la diarrea, la bebida para rehidratación casera (suero casero) era mejor conocida en la zona de los promotores, aunque en dicha zona no se utilizaba con mayor frecuencia (véase el cuadro 6). Esta bebida estaba compuesta por media cucharadita de sal (3,1 g de NaCl), tres cucharadas de azúcar (36–50 g de azúcar) y jugo de media naranja o de medio limón (5–10 mmol de K⁺).

Durante el estudio se evaluaron los efectos de las visitas domiciliarias sistemáticas realizadas por los auxiliares de campo en las zonas donde nunca habían trabajado

CUADRO 4. Causas de los problemas de salud en los barrios pobres percibidas por las personas entrevistadas en la encuesta domiciliaria. Comité de Cooperación Médica Internacional, Pucallpa, Perú, 1976 a 1983

Respuestas	Porcentaje		
	Zona conjunta de los promotores de salud y los auxiliares de campo	Zona testigo	Zona de los auxiliares de campo
Causas registradas como expresión de alfabetismo sanitario:			
Higiene	30	23	25
Problemas económicos	7 ^a	1	4
Malnutrición	5	4	8
Población desorganizada	5	3	1
Subtotal	46 ^a	30	39
Causas no registradas como expresión de alfabetismo sanitario:			
Enfermedades comunes ^b	20 ^a	34	33
Ningún problema de salud	8	9	5
Falta de servicios curativos	7	2	8 ^c
Otras ^d	12	17	14
No sabían	6	8	1 ^a
Subtotal	54 ^a	70	61
No. total de respuestas ^e	244	142	210
No. total de familias entrevistadas	152	82	130

^aP < 0,01.

^bLos entrevistados no indicaron las causas de las enfermedades, aun cuando se les explicó el significado de las preguntas

^cP < 0,05.

^dFalta de electricidad, caminos en malas condiciones, ignorancia de la gente y otras.

^eEl promedio del número de causas señaladas por los entrevistados fue 1,6.

CUADRO 5. Porcentajes (y cifras absolutas) de utilización de las actividades preventivas de los servicios de salud por los habitantes según las zonas estudiadas.^a Comité de Cooperación Médica Internacional, Pucallpa, Perú, 1976 a 1983

Actividad preventiva	Zona conjunta de los promotores de salud y los auxiliares de campo	Zona testigo	Zona de los auxiliares de campo
Madres que asistieron al programa de bienestar durante el embarazo	54 (58)	40 (23)	69 (63) ^b
Niños que asistieron al programa para menores de cinco años	35 (37)	31 (18)	37 (34)
Niños que recibieron la vacunación completa ^c	65 (72) ^c	36 (21)	64 (58) ^d
No. de familias cuyo hijo menor tenía menos de cinco años	(107)	(58)	(91)

^aSolo se registraron los datos del último niño y solo si era menor de cinco años.

^bP < 0,001.

^cDe acuerdo con la norma nacional para la edad que informó la madre; no se usaron certificados de vacunación.

^dP < 0,005.

CUADRO 6. Porcentajes (y cifras absolutas) de los comportamientos de salud de la comunidad estudiada. Comité de Cooperación Médica Internacional, Pucallpa, Perú, 1976 a 1983

Comportamiento de salud	Zona conjunta de los promotores de salud y los auxiliares de campo	Zona testigo	Zona de los auxiliares de campo
Agua potable			
Respondieron que siempre bebían agua hervida	41 (63)	37 (30)	25 (33)
Había agua hervida al efectuar la entrevista	35 (53)	28 (23)	33 (43)
Bebida de rehidratación oral^a			
Conocían la bebida de rehidratación oral	61 (93) ^b	40 (33)	47 (61)
Formularon una receta cuantitativa correcta	20 (31) ^b	5 (4)	22 (29) ^b
No. total de familias	(152)	(82)	(130)
Comportamiento frente a un niño con diarrea^c			
Administraron medicamentos ^d	43 (87)	46 (56)	49 (79)
Buscaban asistencia médica	17 (35)	13 (16)	17 (27)
Usaban la bebida de rehidratación oral	21 (42)	21 (26)	19 (30)
Usaban remedios caseros o plantas medicinales	18 (37)	19 (23)	15 (24)
Otros	1 (2)	0 (0)	0 (1)
No. total de respuestas	(203)	(121)	(161)

^aLa bebida casera de rehidratación oral recomendada por los promotores de salud y el servicio de salud pública para tratar a un niño con diarrea contiene agua hervida, sal, azúcar y jugo de limón.

^b $P < 0,005$.

^cAlgunos entrevistados dieron más de una respuesta.

^dPrincipalmente antibióticos (31% en la zona conjunta de los promotores de salud y los auxiliares de campo; 46% en la zona testigo, y 30% en la zona de los auxiliares de campo).

promotores de salud. Los resultados fueron similares a los obtenidos en la zona de los promotores de salud y se presentan en detalle en otro trabajo (2). Tanto estos como los auxiliares de campo lograron modificar ciertos comportamientos de la población en un período relativamente breve. No fue posible determinar cuál de los dos grupos fue responsable de los resultados, ya que este estudio no estaba diseñado con ese propósito. No obstante, como las recetas para preparar la bebida de rehidratación oral eran diferentes, se calculó que 64% de las familias de la zona donde habían trabajado ambos grupos usaba la receta de los promotores de salud.

DISCUSIÓN

El nivel de actividad de los promotores se evaluó teniendo en cuenta sus condiciones de vida: la mayoría de los promotores estaban desempleados, habían dedicado la mayor parte de su tiempo al cuidado de sus familias y vivían en una sociedad inestable.

El número de promotores que continuaban activos (40%) coincide con los observados en otros trabajos publicados

(7-11). La variabilidad de los resultados de esos estudios obedece en parte a los distintos criterios de actividad utilizados y a las diferencias entre los programas de promotores de salud. En general, los promotores rurales y los remunerados siguen activos durante períodos más prolongados que los promotores voluntarios que trabajan en barrios pobres (11). Otra diferencia importante fue la duración de los programas.

Para comparar los resultados de los programas de promotores de salud se deben emplear criterios de actividad idénticos tales como participar en reuniones, realizar un número razonable de actividades de salud y ser aceptado por la comunidad.

La elevada proporción de abandono detectada obedeció básicamente a la ocupación y la crianza de los hijos. Los motivos de abandono reflejan las condiciones de vida en un barrio pobre sobre las que un proyecto a pequeña escala tiene muy poca influencia. Sería más conveniente elegir a los promotores de salud entre las personas bien afincadas y con empleo estable, aunque rara vez es posible hacerlo. También parece ser muy importante la capacitación del grupo para solucionar conflictos personales, ya que estos constituyen una causa frecuente de abandono. Cualesquiera que sean las personas seleccionadas y el grado de supervisión que reciban, los promotores de salud deben recibir una capacitación continua y es necesario seguir integrando nuevos promotores. En este estudio, la tasa anual de abandono fue de 20% en cada grupo.

El trabajo y las proporciones de abandono de los promotores de salud se relacionan a menudo con sus condiciones socioeconómicas (11). De acuerdo con los resultados obtenidos, al elegir promotores de salud es importante tener en cuenta la motivación de cada persona e investigar si sus condiciones de vida le permitirán trabajar como promotor de salud.

En relación con los criterios de selección de los promotores, otros investigadores han afirmado que deben ser de edad madura, saber leer y escribir, y estar socialmente comprometidos (11).

Es cuestionable si se debe capacitar a los promotores de salud en las técnicas de inyección, ya que esta labor no pertenece a ese nivel de actividades y las inyecciones no están médicamente justificadas en muchos casos. La tradición de automedicarse originó la necesidad de capacitar a los promotores, lo cual constituyó, al mismo tiempo, un requisito para que fueran aceptados por la comunidad como trabajadores de salud.

Como las actividades preventivas requieren mucho más tiempo que las curativas, es posible que la carga total de trabajo de los promotores haya disminuido desde que concluyó el proyecto, si bien el número de actividades registradas ha aumentado, como lo afirmaron muchos promotores durante las entrevistas. El aumento del número de actividades curativas fue apreciado por la comunidad, ya que satisfizo sus necesidades. En otros estudios se han obtenido resultados similares. Por ejemplo, en Tanzania, las actividades curativas de los promotores de salud aumentaron de 21 a 49% en dos años (12).

Desde el punto de vista médico, y teniendo en cuenta la brevedad del período de capacitación, el cambio hacia las actividades curativas es preocupante. Existe la posibilidad de que los promotores de salud puedan así correr el riesgo de perjudicar a los pacientes. Para evitarlo, es preciso supervisar constantemente su labor.

Otro factor que influye en el nivel de actividad de los promotores de salud es la organización local y sus líderes. Las actividades preventivas dependen en gran medida del apoyo y la comprensión de la comunidad. En el presente estudio, la disminución de las actividades preventivas coincidió con una desorganización creciente de los barrios pobres durante los últimos años a causa de su antigüedad. El porcentaje de visitas a domicilio fue bajo en comparación con los obtenidos en otros estudios (9, 10, 13). Ello se debió a que, en contraste con otros programas

de promoción de la salud, las visitas domiciliarias sistemáticas no formaban parte de la labor asignada. Es excesivo pedir a un promotor de salud voluntario que realice visitas domiciliarias sistemáticas.

Los resultados obtenidos sobre el conocimiento de la comunidad de las causas de los problemas de salud indican que las personas de la zona de los promotores conocían mejor dichos problemas que las de la zona testigo. En general, se entendía bien la importancia de la higiene, lo cual coincide con los resultados de otros estudios. Por ejemplo, en una encuesta de 20 000 familias realizada en el Perú en 1984, 41% de los entrevistados reconocieron la importancia de la higiene en relación con los problemas de salud (14).

Los datos sobre el tratamiento de la diarrea revelan una experiencia pedagógica frecuente: saber no es lo mismo que hacer. La nueva bebida barata casera no fue considerada tan eficaz como los medicamentos potentes y costosos u otros antiguos remedios caseros bien conocidos. No es satisfactorio que solo una tercera parte de las familias emplearan bebidas caseras para rehidratación y que aproximadamente la mitad usaran medicamentos para tratar la diarrea no complicada.

El hecho de que solo 33% o menos de los que conocían la bebida pudieran redactar su receta exacta no es necesariamente un indicador de su incapacidad para preparar la bebida. La población no estaba acostumbrada a usar medidas tradicionales y hubiera sido más adecuado pedirles que prepararan la bebida, aunque ello no fue posible a causa del poco tiempo de que disponían los entrevistadores.

Los efectos de la labor de los promotores de salud sobre los comportamientos de la población se plasmaron en una mayor utilización de los servicios de atención de la salud, algunos avances en el tratamiento de la diarrea y en un aumento del porcentaje de cobertura de la inmunización, aunque no se observó ningún mejoramiento de la higiene del agua potable.

Por consiguiente, es preciso impartir cursos de actualización continua, inte-

grar nuevos promotores de salud y seleccionarlos entre las personas de edad madura que sean residentes con trabajos estables. Los acuerdos personales dentro del grupo fueron una causa de abandono y, por tanto, es recomendable capacitar a los promotores de salud en la solución de los conflictos de grupo.

Dada la preocupación que produce el aumento de las actividades curativas, se recomienda que la supervisión y el apoyo continuos, especialmente en relación con las actividades preventivas, formen parte de los programas de promotores de salud durante unos 10 años después de la capacitación inicial.

Según los resultados presentados en este trabajo, los promotores de salud deben continuar formando parte de la estrategia de atención primaria de salud.

REFERENCIAS

- 1 Kroeger, A. Health interview survey in developing countries: a review of the methods and results. *Int J Epidemiol* 12(4):465-481, 1983.
- 2 Soegaard, U. IMCC's sundhedsprojekt i Peru. *J Dan Med Assoc* 149(31):2117-2119, 1987.
- 3 Christensen, P. B. y Karlqvist, S. Primaere sundhedsarbejdere i peruviansk slumby-evaluering af IMCC's promotorprogram tre ar efter projektafslutning. Report to DANIDA (Danish International Development Agency), 1986.
- 4 Organización Mundial de la Salud. Review of primary health care, prototype protocols. Documento SHS/PHC Review/84/1-7.
- 5 Henriksen, L. O. y Samuelsson, I. S. How did the IMCC influence the slum district 9 de Octubre in Peru? Results of an interview investigation after the conclusion of a health care project. *J Dan Med Assoc* 149(15):2749-2751, 1987.
- 6 Organización Mundial de la Salud. *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra, 1981. Serie Salud para Todos 4.

- 7 Bolduc, V. C. y Dufault, R. B. Una experiencia de pastoral sanitaria. *Shupihui* 4(11):303-309, 1979.
- 8 Corzantes, C. A. y Delgado, R. Setting standards for monitoring the performance of primary care personnel-outreach workers. *J Ambulatory Care Manage* 3(2):35-52, 1980.
- 9 Bhattacharji, S., Abraham, S., Muliylil, J., Job, J., John, K. y Joseph, A. Evaluating community health worker performance in India. *Health Policy Plann* 1(3):232-239, 1986.
- 10 Rubin, G., Chen, C., de Herrera, Y., de Aparicio, V., Massey, J. y Morris, L. Trabajadores de atención primaria. El programa de auxiliares rurales de salud en El Salvador. *Bol Of Sanit Panam* 94(6):560-570, 1983.
- 11 Ofusu-Amaah, V. Experiencias nacionales en el empleo de trabajadores de salud de la comunidad. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1984. Publicación Científica 459.
- 12 Heggenhougen, K., Vaughan, P., Muhondwa, E. P. Y. y Rutabanzibwa-Ngaiza, J. *Community Health Workers. The Tanzanian Experience*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
- 13 Feuerstein, M. T. Evaluation-by the people. *Int Nurs Rev* 25(5):146-153, 1978.
- 14 Perú, Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud* 1984. Lima, 1986.

SUMMARY

HEALTH PROMOTERS IN LOW-INCOME NEIGHBORHOODS OF PUCALLPA, PERU

In 1986, 30 months after the conclusion of a primary health care project financed by the Danish Agency for International Development, the performance of 43 voluntary health promoters in low-income neighborhoods of the city of Pucallpa, Peru, was evaluated. The evaluation included interviews with the health promoters and a survey of 152 families. The results were compared with a survey of 82 families in an index area where no

promoters had been working. Approximately four-fifths of the promoters' activities were curative and one-fifth were preventive. The effect of their work, for the people served, was translated into enhanced utilization of public health care services and improved vaccination coverage. However, their work did not contribute to any improvement in drinking water hygiene or to any significant changes in the treatment of diarrhea among the population. It is recommended that programs for training health promoters continue to be included as part of the primary health care strategy.