

FUNCION DE LAS PROMOTORAS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA

Lydia S. L. Bond¹

Introducción

La Declaración adoptada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, URSS, en 1978, afirma que para extender la cobertura de los servicios de salud a las poblaciones necesitadas del mundo, es preciso emplear un nuevo enfoque en la prestación de atención de salud. Dicho enfoque abarca la participación de la población, los trabajadores de salud de todos los niveles, las autoridades que establecen las políticas, los especialistas en agricultura, y todos los sectores que fomentan el desarrollo, y pone énfasis en la función educativa no formal de los promotores de salud en la prevención de las enfermedades y el fomento del bienestar. Como se afirmó en la Conferencia de Alma-Ata y en las directrices oficiales de los organismos internacionales de salud, los promotores son agentes de atención primaria de salud domiciliados en la comunidad donde trabajan y provienen del mismo medio cultural y socioeconómico que las personas a quienes tratan de ayudar. Han recibido una formación que les permite realizar tareas básicas de asistencia médica e impartir enseñanzas sobre salud y saneamiento en sus respectivas comunidades. Constituyen un vínculo entre la comunidad y las instituciones de salud cercanas, desde donde se supervisan sus

actividades. Según un documento del Ministerio de Salud del Perú, el promotor es "un líder de la comunidad, comprometido, elegido por ella e integrado a su organización, que realiza acciones integrales mínimas de salud y de desarrollo, previa capacitación y la consiguiente asesoría, supervisión y control por el sistema de servicios de salud y la organización comunal" (1).

La investigación cualitativa (etnográfica) que se describe a continuación se llevó a cabo con el fin de definir y analizar el trabajo de las promotoras de salud en el campo de la educación no formal en cuatro municipios del Departamento del Valle del Cauca, Colombia. La Universidad del Valle en Cali, prestó su cooperación para el estudio, que se emprendió con los propósitos de: identificar los factores que se aúnan para constituir y definir la función de la promotora; determinar los puntos fuertes y débiles de su rendimiento; llegar a un conocimiento humanístico e integral del contexto sociocultural en que funcionan las promotoras, y describir sus condiciones de trabajo con miras a crear, en lo posible, un modelo para fines de duplicación y demostración.

Selección del método

Dado el enfoque del estudio, se estimó contraproducente formar hipótesis previas y se optó por el método de análisis abierto que permitiera discernir las caracte-

¹ Programa de Personal de Salud, Organización Panamericana de la Salud

terísticas de las promotoras según surgieran de las entrevistas y observaciones, más bien que de las teorías y expectativas de la investigadora. La naturaleza del concepto de atención primaria de salud y de las actividades de las promotoras es, por otra parte, demasiado compleja para representarla en escalas cuantitativas unidimensionales, siguiendo un modelo rígido de razonamiento lógico-deductivo a través de todas sus etapas.

La selección de un paradigma cualitativo implicó la importancia de comprender el mundo de las promotoras desde el punto de vista de los participantes en ese mundo. Si bien las observaciones relativas al criterio cuantitativo podrían expresarse en valores numéricos, la metodología cualitativa se orienta hacia el registro de datos en el lenguaje propio de los informantes, y se deseaba estudiar a las promotoras en su propio medio, mientras desempeñaban sus funciones en el ambiente acostumbrado. En las palabras de Patton: "Al emplear este criterio holístico se supone que el todo es mayor que la suma de las partes y que es esencial describir y comprender el contexto para poder entender un programa. Así pues, no basta simplemente estudiar y medir las partes que constituyen una situación recopilando datos sobre variables, escalas o dimensiones aisladas. A diferencia de los diseños experimentales en los que se manejan y miden las relaciones entre unas pocas variables cuidadosamente seleccionadas y estrictamente definidas, el criterio holístico en el diseño de investigaciones admite el acopio de datos sobre cualquier aspecto del medio estudiado a fin de dar una idea completa de la dinámica social de una situación o un programa determinado" (2).

La selección de este enfoque, por lo tanto, se basó en el respeto por el contexto cultural y consistió en:

1) La reconstrucción descriptiva de la cultura colombiana de la zona, haciendo hincapié en la observación intensiva y en

las entrevistas informales de promotoras de sectores rurales y urbanos.

2) Estudio de aspectos pertinentes de la cultura o de los sistemas sociales mediante investigaciones bibliográficas y análisis de documentos.

3) Consideración de la individualidad de los sujetos de la investigación.

4) Consideración de los sujetos como grupo o población que se presta a generalización dentro de la zona particular de Colombia escogida para el estudio.

No se trató de descubrir, verificar, ni identificar las relaciones causales existentes entre los conceptos derivados de un esquema teórico a priori. Más bien, el criterio empleado fue inductivo e intentó no prejuzgar lo que sería importante, indispensable y pertinente en el estudio.

Puesto que la investigación fue relativamente corta, no hubo tiempo para hacer la transición del punto de vista de una persona de afuera al de una de adentro.

Sujetos

Considerando que para los fines del estudio era necesario contar con la máxima heterogeneidad de formas culturales, se procedió a entrevistar a 25 promotoras de las zonas rurales y urbanas marginadas de los Municipios de Jamundí, Candelaria, Roldanillo y Buenaventura, pertenecientes al Departamento del Valle del Cauca (cuadro 1). Durante el período de investigación esa zona contaba con 270 promotoras rurales y 155 urbanas, aproximadamente. El número de 25 se determinó como muestra representativa del total de la población de promotoras. Se determinó además que sería mejor incorporar en el estudio una cantidad mayor de datos confiables sobre una muestra limitada que el menor volumen de datos y descripciones sobre aspectos característicos a que obligaría un muestreo más amplio. El número de sujetos seleccionados se justifica tam-

CUADRO 1—Distribución geográfica de las promotoras entrevistadas en el Departamento del Valle del Cauca, Colombia.

	Municipios			
	Jamundí	Candelaria	Roldanillo	Buenaventura
Número	7	6	6	6
<i>Características</i>				
Mujeres	7	6	6	6
1 año en el empleo	7	6	6	5
Zonas rurales	6	6	6	3
Zonas urbanas	1	0	0	3

bién por el hecho de que, en el Valle del Cauca, el adiestramiento y supervisión de todo el personal de ese tipo depende de la jurisdicción del Servicio Seccional de Salud de Cali y, consecuentemente, habría pocas variaciones personales en cuanto a su formación y desempeño.

La selección de informantes específicas se basó en los criterios de que pertenecieran al sexo femenino y que hubieran trabajado en su empleo actual al menos por un año. Siempre que fue posible se dio preferencia a las promotoras rurales, pero en cuatro casos solo se encontraron promotoras de las zonas urbanas.

De las promotoras elegidas, 21 provenían del sector rural formado por las aldeas de Paso de la Bolsa, Boca del Palo, Potrerito, Robles, Quinamayo y Timba (Jamundí); Villa Gorgona, el Carmelo, San Joaquín, El Tiple, Buchitolo y El Lauro (Candelaria); Isugu, Remolino, Higueronsito, La Tulia, El Retiro y Tierra Blanca (Roldanillo), y Cisnero, Triana y Bajo Calima (Buenaventura). Las otras cuatro promotoras eran del sector urbano y provinieron del Hospital Piloto de Jamundí así como de los barrios de Independencia, Bella Vista y Viento Libre (Buenaventura).

Los sujetos no recibieron ni solicitaron compensación por su participación en el estudio. La investigadora, sin embargo, obsequió a cada una de las entrevistadas

una calculadora, lo cual fue muy apreciado por ser esa una época de censo.

Acceso al grupo de trabajo

Antes de iniciar la investigación, se solicitó la debida autorización de la oficina local de la Organización Panamericana de la Salud y del Ministerio de Salud en Bogotá, el Servicio Seccional de Salud de Cali y los hospitales municipales regionales de Jamundí, Candelaria, Roldanillo y Buenaventura, bajo cuya jurisdicción trabajan las promotoras. No se esperaba tener acceso al campo de trabajo sin que existiera algún grado de reciprocidad. En este caso, se concedió permiso para realizar el estudio a condición de que se presentara un informe detallado de los resultados al Servicio Seccional de Salud de Cali, ya que esta institución deseaba evaluar el desempeño de las promotoras en atención primaria de salud.

Procedimiento

La técnica de investigación empleada para el acopio de datos se basó en la triangulación de observaciones, entrevistas abiertas, y análisis de documentos. Esas actividades se complementaron con visitas a la población local, grabación de sonidos y seguimiento en un diario.

Observaciones. Como ya se ha hecho notar, el enfoque del estudio difirió de la perspectiva cuantitativa cuyas pautas de investigación exigen interacciones claramente definidas y estrictamente controladas con los sujetos investigados. La singularidad de las observaciones hechas implica muy pocas posibilidades de replicación absoluta por la improbabilidad de que las circunstancias en que se realice otro estudio sean exactamente similares a las del primero. Las variaciones en las observaciones y el análisis reflejarían cual-

quier cambio que se hubiera efectuado, por pequeño que fuera.

Entrevistas. Predominó una actitud informal y se logró buena participación. Cada entrevista, que duró aproximadamente dos horas, se realizó a manera de conversación para que reflejara el máximo de interacciones humanas. En ese sentido, los encuentros se diferenciaron sustancialmente de las metodologías de encuesta. Se empleó un cuestionario más como ayuda para la conversación que como instrumento rígido.

La falta de transporte, el mal estado de las carreteras y las largas distancias, impidieron que se fijaran con anterioridad el lugar, día y hora de las entrevistas. Para realizarlas, la investigadora viajó de una aldea a otra, localizando a las promotoras en los lugares de trabajo, en sus casas o en los distintos hogares que visitaban diariamente. A menudo, después de largas y difíciles horas de viaje, se descubría que la promotora se había ausentado por varios días, ya que no era posible avisarle de la visita de la investigadora. No obstante, esas condiciones acentuaron el carácter de autenticidad de la información acopiada.

Análisis de documentos. Los informes del censo, los archivos públicos y algunos artículos de revistas constituyeron importantes fuentes de información y ayudaron en el discernimiento de otros puntos de vista.

Instrumento. Como instrumento para las entrevistas se diseñó un cuestionario que contenía 64 preguntas. Dicho cuestionario se sometió a una prueba preliminar en Washington, D.C. (EUA), mediante el concurso de un pequeño grupo de personas de habla hispana con antecedentes similares a los de las promotoras. El cuestionario demostró ser un mecanismo práctico para estimular a las informantes a hablar libremente.

Al emplearlo en el terreno, la investigación no se ciñó estrictamente a lo que estaba impreso en el formulario. Ello tiene la ventaja de que permite volver a pregun-

tar, aclarar, explicar y contrainterrogar a las informantes además de eliminar las preguntas que estas ya habían contestado de paso. Sin embargo, no se observó ninguna desviación significativa de las pautas de entrevista que pudiera llevar a resultados falsos. Cuando una pregunta resultaba demasiado abstracta, la investigadora se abstenía de presentar repetidamente la misma ilustración concreta para no sesgar los resultados y disminuir su validez.

Anotación de datos. Los datos obtenidos de las entrevistas se registraron mediante toma de apuntes, escucha y transcripción ulterior, y grabación magnetofónica. Este último método se empleó solo como medida de seguridad porque, aunque permite retener la relación detallada de alguna situación, exigía demasiado tiempo de transcripción. El trabajo se basó sobre todo en las notas tomadas a mano, palabra por palabra, lo que implicó cierto sacrificio de la simultaneidad. Al final de cada día se completaban las notas que se habían tomado rápidamente sobre el terreno, y se transcribían a un formulario de protocolo con renglones numerados para fines de referencia rápida. El formulario llevaba el nombre de la investigadora, la fecha de la entrevista, el sujeto entrevistado (al que se asignó un código en el análisis final para mantener el carácter confidencial de la información) y el número de orden de las páginas correspondientes a las entrevistas realizadas con los mismos sujetos.

Al transcribir las entrevistas, se hizo todo lo posible por identificar el lenguaje, indicando si correspondía a la informante o a la investigadora, por medio de paréntesis, comillas y corchetes y la mención del interlocutor en el margen.

Los datos se prepararon tanto en la forma de notas como en la de un ensayo etnográfico integral.

Análisis etnográfico. El análisis de los datos se realizó simultáneamente con su recolección así como posteriormente y la constante interacción de ambos procesos

no permitió especificar en términos absolutos la secuencia de uno u otro. El análisis se orientó parcialmente al descubrimiento del sistema de significados culturales en que se basa la expresión de las promotoras. Para ello fue fundamental interpretar los símbolos empleados por las informantes durante las entrevistas. Se tuvo en cuenta que, según Spradley, un "símbolo" es cualquier objeto o acontecimiento que se refiere a algo y consta de tres elementos: el símbolo propiamente dicho, uno o más elementos informativos y la relación existente entre el símbolo y el elemento informativo.

El análisis de los datos fue temático, agrupándose según los principales temas que surgieron del estudio. La información se clasificó bajo ocho encabezamientos muy generales, a saber: comunicaciones, antecedentes personales, actitud hacia el desarrollo, características psicológicas, socialización, posición en la estructura social del medio y concepto de esta, intervención en asuntos de política y religión. Este análisis se aplica únicamente a la población encuestada y de ninguna manera se pretende extrapolar los resultados a otras comunidades.

Resultados

La información obtenida se resume a continuación, en forma longitudinal, sin tratar de comparar las localidades estudiadas.

Antecedentes sobre las promotoras

Características generales. Al iniciar su trabajo como promotoras de salud, 4 de las 25 entrevistadas tenían entre 14 y 19 años de edad, 14 entre 20 y 25, y las otras 7 entre 26 y 30 años. Las promotoras urbanas habían recibido más educación formal que las rurales pero, en general, casi todas las

promotoras habían cumplido el ciclo primario. Muy pocas habían trabajado fuera del hogar en otros empleos. La gran mayoría de ellas (24) había vivido siempre, o durante muchos años, en la misma aldea en que trabajaba. Quince hacían vida marital (casadas o en unión libre) y 19 tenían niños cuidados por un miembro de la familia (madre, hermana, prima, o esposo).

Selección y adiestramiento. Las promotoras son seleccionadas para su cargo después de haber sido recomendadas por la Junta de Acción Comunal (el grupo político local) y de acuerdo con los resultados de los exámenes y de las entrevistas realizadas en los hospitales regionales municipales. Reciben capacitación didáctica y práctica del hospital regional durante un período muy corto (tres meses) y adquieren la mayoría de sus conocimientos prácticos por experiencia. Al entrar en funciones, las promotoras reciben un salario de unos Col\$11 000.

Las comunidades en que trabajan

Las "veredas" (palabra que se usa en Colombia para las aldeas) y los barrios visitados por las promotoras son uniformemente pobres. El salario de las promotoras puede considerarse como buen indicador del salario mínimo en Colombia. Las grandes familias son características de la zona y a veces se consideran como señal de fecundidad y seguridad económica.

La medicina popular con sus curanderos, espiritismo y supersticiones ejerce una poderosa influencia en las creencias y prácticas de salud de las comunidades y es difícil para las promotoras adaptar la práctica de esa medicina empírica popular al mundo de la medicina moderna. En algunos casos, tratan de integrar los remedios del curandero con principios de saneamiento, recomendando que se hierva

el agua para los brebajes que este receta, por ejemplo, o agregándole sales de rehidratación oral.

En general, las promotoras logran trabajar mejor con las parteras que con los curanderos, pero no hay coordinación entre las actividades de salud de la comunidad y las del sistema de salud pública a ese respecto.

La Junta de Acción Comunal influye mucho en la función de las promotoras. Cuando se les preguntó con qué personas del equipo de salud y de la comunidad les tocaba trabajar, las 25 promotoras contestaron que trabajaban con el personal del hospital: la enfermera jefe, las auxiliares que supervisan y evalúan las actividades de las promotoras, la enfermera rural, la educadora de salud y el médico rural. Cuando el médico visita el puesto de salud, la promotora tiene que suspender sus propias actividades para atenderlo.

Con la comunidad, 9 promotoras nombraron la Junta de Acción Comunal, 8 promotoras el Comité de Salud, 3 promotoras el inspector de policía, y 4 promotoras la maestra. Solo 4 de ellas recibían ayuda de amigos o familias.

Funciones de las promotoras

Asistencia médica. Todas trabajan principalmente como ayudantes de médicos y enfermeras y son representantes de los hospitales en el campo. La supervisión de las actividades de las promotoras es irregular. Cuatro declararon que la enfermera del Sector Seccional de Salud de Cali venía regularmente a visitarlas, 11 dijeron que venía solo de vez en cuando, y tres que casi nunca eran supervisadas por personal de Cali.

Por razón de la proximidad de los hospitales, a las promotoras urbanas no se les permite atender partos, hacer suturas o administrar medicamentos. Las rurales trabajan de día y de noche, atienden partos en lugares apartados de los hospitales y

aplican inyecciones intramusculares y suturas, excepto en la cara. Tienen un constante problema de transporte, a pesar de que en el año anterior a la encuesta habían recibido bicicletas del Ministerio de Salud.

Por lo general, las promotoras prestan más servicios a las mujeres que a los hombres, excepto cuando estos necesitan hacerle alguna consulta o pedirles información sobre las enfermedades de transmisión sexual. Además acuden a la proyección anual de películas sobre planificación familiar.

Educación de la comunidad

Los programas educacionales que conducen las promotoras se relacionan con inmunizaciones, crecimiento y desarrollo de los niños, atención prenatal, citología cervical y cáncer, enfermedades venéreas, hipertensión arterial, planificación de la familia, higiene personal, educación sexual, salud mental y conceptos de saneamiento, tales como quemar o enterrar la basura, hervir el agua, y construir y mantener letrinas o tazas sanitarias.

Prácticamente toda la enseñanza que imparten las promotoras se realiza en casas particulares de la comunidad mediante charlas educativas, demostraciones y observaciones durante las visitas domiciliarias. Puesto que esas actividades en su mayoría se dirigen a individuos, los conocimientos no son asimilados por toda la población. Se enseña muy poco en grupos; de vez en cuando se lleva a cabo alguna actividad didáctica, principalmente en el puesto de salud, mientras los pacientes esperan al médico.

Además, 18 promotoras dijeron que daban instrucción a los niños, en las escuelas, sobre higiene, salud dental y el cuidado de los ojos. Después de las horas de clase, estas promotoras hablan también en las reuniones de las asociaciones de Padres de Familia sobre asuntos comunita-

rios. Otras 10 promotoras también daban charlas durante algunas reuniones de la Junta de Acción Comunal o del Comité de Salud. Dos promotoras mencionaron que utilizaban el parlante de la comunidad para anunciar algunos eventos importantes como los días de vacunación.

Para estas funciones, las promotoras cuentan con escasos materiales didácticos. Dijeron que conseguían algunos folletos del hospital y de la organización PRO-FAMILIA, pero tenían poca información escrita o ilustrada para distribuir a las comunidades sobre la importancia y las necesidades de la vacunación. Algunas habían manejado rotafolios sobre diarrea, lactancia materna y crecimiento y desarrollo de los niños, pero no tenían programas bien planificados sobre nutrición y lactancia materna. En 2 ó 3 casos, se mencionó un juego educativo llamado Nutri-Bingo, que se presta para enseñar a la comunidad los 5 grupos de alimentos necesarios.

Los carteles son la única ayuda audiovisual empleada. Se preparan siempre de conformidad con las especificaciones normales establecidas por las enfermeras de los hospitales y no tienen mucha originalidad. Aunque los hospitales tienen equipo audiovisual disponible, solo el personal autorizado de los hospitales o de alguna entidad afiliada a PROFAMILIA puede usarlo y las promotoras nunca lo tocan.

No se advirtió el uso de ninguna metodología autóctona para el aprendizaje de los adultos o de una estrategia de educación popular para la salud. Por el contrario, se notó muy poca participación de la comunidad y que la supervisión autoritaria de la jerarquía del hospital desalienta cualquier esfuerzo creativo de las promotoras.

Discusión y conclusiones

Los resultados presentados se derivaron de la información suministrada por las

promotoras. Es probable que, por temor de parecer incultas, hayan dicho lo que creían que deberían decir a una representante de una organización oficial de salud. En otras palabras, quizá hayan ocultado parte de la verdad, aunque se consideran a sí mismas como personas necesarias, bien aceptadas, dignas de confianza, bien informadas y como una importante fuerza para lograr cambios y mejorías en la situación de salud. Creen además que las comunidades las consideran del mismo modo. En toda la información notificada, se notó que la Junta de Acción Comunal desempeña una importante función en sus actividades profesionales.

Si bien se supone que, dada su poca educación académica y capacitación, las promotoras deben ser apoyadas y supervisadas por el sistema hospitalario, la impresión recibida fue que el tipo de control que este ejerce mantiene a las promotoras en un estado de incertidumbre que disminuye su confianza en sí mismas y que inhibe su capacidad creadora y sentido de responsabilidad en el trabajo con la comunidad.

Existen además otros factores pertinentes a la estructura y al desarrollo del sistema de salud que limitan la eficacia de las acciones de las promotoras. Uno de estos es que el personal que integra el sistema de salud y las promotoras a menudo difieren sobre la idea de lo que constituye la función de la promotora. Como resultado del concepto que prevalece dentro del sistema de salud, los perfiles profesionales y ocupacionales de las promotoras son más bien rígidos y no siempre se adaptan a la realidad socioeconómica, cultural y geográfica de las poblaciones en que trabajan. Esta situación se agrava debido a que la administración de los programas de atención primaria, en los que trabajan las promotoras, tiene que enfrentar problemas que a veces impiden proporcionarles cantidades suficientes de materiales. Esto redundará en perjuicio de la eficiencia del trabajo de las promotoras y, hasta cierto

punto, de su reputación en las comunidades respectivas.

El hecho de que la medicina es más curativa que preventiva tiene un efecto negativo en la función de las promotoras, a pesar de que estas son consideradas como un elemento muy importante para la atención preventiva del sistema de salud y como un vínculo entre los servicios de salud y las comunidades. El problema radica en que las comunidades esperan no solo acciones preventivas sino soluciones médicas de alto nivel para los casos graves de enfermedad. En la medicina estructurada, el poder de curar tradicionalmente ha estado en manos de los médicos y es de ellos de quienes se espera recibir ayuda, aun en los lugares donde son pocos los servicios de salud. La promotora es un recurso sin tradición histórica ni cultural y representa un aspecto de la medicina —el aspecto preventivo— distinto del que espera la comunidad. En consecuencia, la promotora se encuentra en una situación conflictiva que a menudo resulta en la poca aceptación de su trabajo o de las medidas preventivas que, por lo tanto, no son completamente exitosas. Es evidente que tanto la comunidad como las promotoras desean que se les delegue la responsabilidad médica o de enfermería necesaria para que puedan recibir una asignación de suministros y tengan la autoridad para recetar y distribuir algunos medicamentos.

Las actividades de instrucción en materia de medicina preventiva tampoco reciben el grado de apoyo del grupo de salud que la situación exige. Los médicos van a las aldeas solo con el propósito de tratar a los pacientes y no a enseñar, lo cual le resta importancia a las actividades didácticas de las promotoras y afecta sus funciones de educadoras en salud.

El grado de educación de las promotoras no se ajusta muy bien a las necesidades de salud de las zonas en que trabajan. A menudo son el único “recurso médico” de las comunidades rurales; sin

embargo, carecen de formación suficiente para poner en práctica soluciones relativas al tratamiento y a la prevención de enfermedades. La poca capacitación que reciben está orientada a los aspectos técnicos y no están preparadas para interpretar o manejar la realidad socioeconómica concreta que afrontan. Tienen pocos conocimientos sobre ese aspecto de las comunidades o sobre la manera de investigarlo. Desconocen la dinámica de sus respectivas comunidades y al carecer de formación en administración comunitaria, están poco capacitadas para servir como dirigentes de la comunidad. Todo esto les produce una sensación de inseguridad que se manifiesta en su deseo de aprender más, para poder abordar mejor los problemas que se presentan.

Por otra parte, la existencia en las comunidades de dos sistemas de atención de salud —el de la medicina moderna y el de la medicina empírica popular o tradicional— requiere que se proporcione a las promotoras una formación más apropiada en métodos de educación no formal para que puedan manejar los conflictos creados por los aspectos culturales autóctonos. El sistema médico estructurado necesita reconocer abiertamente la existencia del sistema empírico y buscar la forma de integrarlo en la prestación de atención de salud. Ello exige esfuerzos específicos para el desarrollo de la comunidad y una mayor coordinación de todas las organizaciones pertinentes.

Las consideraciones anteriores indican que, al parecer, hay una discrepancia entre la importancia asignada a las promotoras en la atención primaria de salud y el apoyo técnico, administrativo y logístico que reciben de las instituciones de salud responsables. Esto se nota además en los bajos salarios que reciben.

Recomendaciones

Por todo lo dicho, se ofrecen las siguientes recomendaciones:

Selección de promotoras

- Dar consideración especial a la experiencia previa de trabajo de las candidatas en la comunidad o en actividades de salud relacionadas.

- Considerar a las aspirantes que tengan solo cuatro años de estudios primarios, y dar mayor importancia a la capacidad de comprender un texto que a las calificaciones académicas.

- Hacer una selección basada en la opinión de distintos miembros de la comunidad, y no solo en la de los miembros de la Junta de Acción Comunal.

Educación

- Incluir en el plan de estudios para la formación de promotoras la enseñanza de métodos de información y educación no formal que comprendan los aspectos antropológicos socioculturales (mitológicos, mágicos, etc.) de la interpretación y del tratamiento de la salud y enfermedad observados en las comunidades. Esa preparación les permitiría desempeñarse mejor dentro del conflicto existente entre los dos sistemas médicos, al comprender mejor la relación de esos aspectos culturales con la comunidad.

- Preparar un manual de educación no formal en el que se incluyan ejemplos de métodos educativos populares y aplicaciones de metodologías innovadoras como, por ejemplo, el método psicosocial.

- Realizar un programa de capacitación preliminar para supervisores que, una vez capacitados, estén en condiciones de adiestrar promotoras y de guiarlas en su trabajo.

- Capacitar a las promotoras para realizar las actividades educacionales de grupo instruyéndolas sobre la dinámica de grupos y otros métodos de enseñanza colectiva para que alcance a todos los niveles de la población. El adiestramiento en la solución de problemas pedagógicos es tan

importante como la capacitación técnica que reciben en la actualidad y no debería ignorarse.

- Capacitar a las promotoras en algunas metodologías que faciliten sus relaciones humanas.

- Dar a las promotoras la oportunidad de continuar su educación por medio de reuniones mensuales en las que se examinen los casos corrientes de morbilidad y mortalidad y se discutan los métodos educativos y de atención preventiva.

- Impartir a las promotoras educación continua pertinente para su trabajo, apropiada y ajustada a las necesidades de cada población atendida.

- Ofrecer a las promotoras una mayor oportunidad de educación general y de progreso personal.

- Comunicar de inmediato a las promotoras cualquier reforma educativa por medio del Servicio Seccional de Salud de Cali.

- Mejorar el adiestramiento inicial de las promotoras, particularmente en lo que respecta al uso de equipo para presentaciones audiovisuales, por ejemplo, el de proyectores de diapositivas o de películas.

Materiales

- Fomentar la publicación regular de un boletín para las promotoras, que se pueda guardar en un encuadernador de hojas sueltas.

- Proporcionar a las promotoras manuales educativos y otros materiales didácticos especialmente preparados para apoyar las actividades de grupo así como materiales audiovisuales (rotafolios, diapositivas, etc.) para apoyar sus otras actividades de enseñanza.

- Suministrar a las promotoras mapas actualizados de cada unidad de atención primaria de salud, en los que se indiquen las zonas de influencia, el número de habitantes que reciben cobertura, los medios

de comunicación disponibles y las distancias entre una casa y otra.

- Crear para las promotoras un uniforme "profesional" atractivo para que puedan enorgullecerse de su función como agentes de atención primaria en la comunidad. Ese uniforme debería ser tan atractivo como el de una enfermera pero de distinto color.

Evaluación

- Realizar una evaluación cualitativa de la función de las promotoras en materia de educación para la salud.

- Estudiar y fomentar la participación activa de las comunidades, no solo en la solución provisional de sus propios problemas sino también en lo que respecta a estudio, planificación, supervisión y evaluación de los servicios de salud y de los que brindan las promotoras.

Equipo de salud

- El hospital regional debería aceptar responsabilidad por la realización de los programas que inician las promotoras y no, como sucede con frecuencia, solo achacarles todas las fallas.

- Incrementar la participación de los médicos del sector rural en la educación comunitaria para dar mayor validez a las actividades didácticas de las promotoras.

- Mejorar la supervisión de las promotoras para que cuenten con información y orientación en situaciones difíciles incrementando el número de visitas de supervisión realizadas por las auxiliares de enfermería.

- Organizar reuniones periódicas de todas las promotoras del Departamento del Valle del Cauca para fomentar el intercambio de experiencia y de métodos educativos innovadores.

- Programar la participación periódica de las promotoras en actividades de las

instituciones de salud, por ejemplo, educación sanitaria de grupos, a fin de mejorar sus conocimientos y el concepto que tienen de sí mismas.

- Fomentar una participación más activa de los médicos en la formación y educación continua de las promotoras.

- Aumentar el sueldo de las promotoras.

- Fomentar las relaciones entre las promotoras por medio de visitas planificadas por la dirección de los hospitales regionales a diferentes aldeas de la municipalidad.

- Originar en la dirección de los hospitales una campaña de difusión para dar al público una idea de lo que son las promotoras, que incluya transmisiones por la radio o la televisión.

- Obtener la colaboración de las organizaciones internacionales con la OPS en la preparación de módulos autodidácticos para las promotoras, dentro del concepto de aprendizaje a distancia.

- Conseguir la cooperación de los organismos internacionales con las agencias nacionales para apoyar el desarrollo de recursos de la comunidad que fomenten indirectamente su participación en actividades didácticas. Entre estos cabe mencionar los siguientes: 1) establecimiento de un centro de diversiones para la comunidad; 2) creación de escuelas nocturnas para la educación continua de las promotoras y de otros adultos; 3) provisión de una mayor cantidad de equipo y suministros para cada puesto de salud, y 4) instalación de radioteléfonos para acelerar las comunicaciones con los hospitales.

- Mejorar la colaboración y las relaciones de trabajo entre las promotoras, los maestros de escuela y las organizaciones existentes en la comunidad.

Resumen

Esta investigación cualitativa se llevó a cabo en cuatro municipios del Departamento del Valle del Cauca.

mento del Valle del Cauca, Colombia, con el fin de definir y analizar la función de una muestra de 25 promotoras de salud rurales y urbanas. La técnica de investigación se basó en la triangulación de observaciones, entrevistas y análisis de documentos, complementada con visitas a poblaciones locales, grabación de sonidos y seguimiento en un diario. Se diseñó un cuestionario de 64 preguntas como instrumento para estimular la conversación de las informantes. Al analizar los datos, se agruparon de acuerdo con los temas principales que surgieron del estudio. Los resultados indican que las promotoras son oriundas de las comunidades en que trabajan, inician sus funciones entre los 16 y 30 años de edad y por lo general han terminado el ciclo primario de enseñanza. Su selección se basa en la decisión de la Junta de Acción Comunal y en los resultados de exámenes y entrevistas realizados en los hospitales regionales. Se capacitan por tres meses y adquieren la mayoría de sus conocimientos prácticos por experiencia. Trabajan principalmente como ayudantes de médicos y enfermeras y son supervisadas, más bien de manera esporádica, por el Servicio Seccional de Salud de Cali. Sus actividades educativas sobre la prevención de enfermedades se realizan por lo común en casas particulares y no son asimiladas por las comunidades. Cuentan con escasos materiales de enseñanza y promoción de la salud y no han sido adiestradas apropiadamente para sus funciones didácticas en la comunidad. Tampoco se les delega autoridad para resolver los problemas médicos que se presentan. Su eficiencia se

encuentra limitada además por el sistema de medicina empírica tradicional que se practica en las poblaciones y por la falta de apoyo de las instituciones de salud responsables. Influyen de manera negativa en su desempeño otros factores, tales como la discrepancia de criterio entre el sistema de salud pública y las promotoras sobre la definición de sus funciones; el carácter curativo y no preventivo de la atención de salud; la falta de equipo y suministros, y los bajos salarios que reciben. Teniendo en cuenta los resultados y conclusiones del estudio, se hacen recomendaciones específicas para mejorar el proceso de selección de las promotoras; ampliar su educación mediante la preparación de materiales didácticos y su adaptación a las necesidades de las comunidades pertinentes; adiestrar a los supervisores; ofrecer la oportunidad de educación continua y progreso personal; fomentar la comunicación e intercambio de experiencias entre las promotoras; establecer un sistema de evaluación de su desempeño e incrementar la participación del personal profesional de salud en la instrucción en salud y creación de recursos para las comunidades. ■

Agradecimiento

La autora agradece muy especialmente la cooperación prestada por la Universidad del Valle, el Servicio Seccional de Salud de Cali y los hospitales municipales de Jamundí, Candelaria, Roldanillo y Buenaventura, y, sobre todo, la de las promotoras entrevistadas, que tan amablemente dieron de su tiempo para contestar las preguntas que se les hicieron.

REFERENCIAS

1. Perú. Ministerio de Salud. Escuela de Salud Pública del Perú, Dirección General de Programas de Salud. *Modelo normativo para la capacitación de promotores de salud*. Lima, 1979.
2. Patton, M. Q. *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills, Sage, 1983.
3. Spradley, J. J. *The Ethnographic Interview*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1979.

BIBLIOGRAFIA

- Borda, Fals, A. *Educación y cambio social en Colombia*. Bogotá, Editora Andes, 1975.
- Colombia. Ministerio de Salud. *Evaluación de la extensión de cobertura de servicios de salud con atención primaria, 1977-1979*. Bogotá, D. E., 1980.
- Colombia. Ministerio de Salud. Departamento del Valle del Cauca. Servicio Seccional de Salud y Universidad del Valle. *Censo y diagnóstico sanitario de la Unidad Regional de Palmira-Cali, 1976-1977*, Bogotá, 1978.
- Colombia. Ministerio de Salud. Departamento del Valle del Cauca. Servicio Seccional de Salud y Universidad del Valle. *Censo y diagnóstico sanitario de la Unidad Regional de Roldanillo, 1976-1977*. Bogotá, 1978.
- Epstein, S. Estudio descriptivo de las parteras en un barrio popular de nivel bajo en Cali. *Acta Med Valle* 4:75-77, 1973.
- Filstead, W. J. *Qualitative Methods. A Needed Perspective in Evaluation Research*. Boston, Northeastern University, 1973.
- Freire, P. Conscientization. *Cross Currents*, primavera de 1974.
- Freire, P. *Cultural Action for Freedom*. Boston, Harvard Educational Review Monograph, 1970.
- Freire, P. *Education for Critical Consciousness*. New York, Continuum, 1973.
- Freire, P. *¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural*. México, Siglo Veintiuno, 1973.
- Freire, P. Guinea Bissau: Record of an ongoing process. *Convergence* 10:11-27, 1977.
- Freire, P. *Oppression, Dependence and Marginalization*. LADOC Latin American Documentation 60. Septiembre-octubre de 1975.
- Freire, P. *Pedagogy of the Oppressed*. New York, Continuum, 1979.
- Gillespie, G. W., Jr. *Data Collection, Analysis and Research Strategies. A Framework for Organizing the Fieldnote File*. Trabajo presentado a la reunión anual de la Midwest Sociological Society, Des Moines, Iowa, abril de 1982. Ithaca, New York, Universidad de Cornell, 1983.
- Lewis, O. *The Children of Sanchez: Autobiography of a Mexican Family*. New York, Vintage, 1963.
- Narol, R. y Cohen R., eds. *A Handbook of Method in Cultural Anthropology*. New York, Columbia University Press, 1973.
- Organización Mundial de la Salud. The Alma-Ata Conference on Primary Health Care. *WHO Chron* 32(11):407-458, 1978.
- Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales*. Washington, D.C., 1982. (Documento Oficial 179.)
- Rist, R. C. On the Application of Ethnographic Inquiry to Education: Procedures and Possibilities. *Journal of Research in Science Teaching*, julio de 1982.

Function of health promoters in Valle del Cauca Department, Colombia (Summary)

This qualitative investigation was carried out in four municipalities of Valle del Cauca Department, Colombia, to examine and define the function of a sample of 25 rural and urban health promoters. The research technique employed was based on a triangulation of observations, interviews and analysis of documents, complemented by visits to local populations, sound recordings, and monitoring in a log. A questionnaire containing 64 items was designed as a means of encouraging the informants to converse. The data were analyzed and grouped in relation to the main themes that emerged from the study. The results indicate that promoters are natives of

the places in which they are employed, begin working at between 16 and 30 years of age, and have generally completed their primary schooling. They are chosen by decision of the community action board and on the basis of tests and interviews in regional hospitals. They are trained for three months and acquire most of their practical knowledge by experience. They are employed chiefly as aides to physicians and nurses, and are monitored—rather sporadically—by the Cali Sectional Health Sector. Their education work on disease prevention is usually done in private homes and therefore not assimilated by the communities as a whole. There are few mate-

rials available for health instruction and promotion, and promoters are not properly trained for their teaching functions in the community. Nor are they given any authority to solve medical problems that may arise. Their efficiency is further limited by the traditional medicine practiced in towns and villages and by lack of support from the responsible health institutions. Other obstacles in the performance of health promoters are disagreement between them and the public health system on the nature of their functions, the fact that health care is curative rather than preventive, a lack of equipment and supplies, and low re-

muneration. Based on the results and conclusions of the study, specific recommendations were made for improving the selection of promoters, enhancing their education by preparing teaching materials adapted to the needs of the communities involved, training supervisors, offering possibilities for continuing education and personal advancement, promoting communication and exchanges of experiences between promoters, establishing a system for evaluating their performance, and increasing the participation of professional health personnel in health instruction and in the generation of community resources.

Função das promotoras no Departamento do Vale do Cauca, Colômbia (Resumo)

Realizou-se uma pesquisa qualitativa em quatro municípios do Departamento do Vale do Cauca, Colômbia, para definir e analisar a função de uma amostra de 25 promotoras de saúde rurais e urbanas. A técnica de pesquisa baseou-se na triangulação de observações, entrevistas e análises de documentos, complementada com visitas a populações locais, gravações e acompanhamento num diário. Elaborou-se um questionário de 64 perguntas como instrumento para estimular as informantes a falarem. Na análise os dados foram agrupados de acordo com os temas principais que surgiram do estudo. Os resultados indicam que as promotoras são oriundas das comunidades em que trabalham, iniciam suas funções entre os 16 e 30 anos de idade e em geral concluíram o ciclo primário de estudos. Sua seleção baseia-se na decisão da Junta de Ação Comunal e nos resultados de exames e entrevistas realizados nos hospitais regionais. São treinadas por três meses e adquirem a maioria de seus conhecimentos práticos por experiência. Trabalham principalmente como ajudantes de médicos e enfermeiras e são supervisionadas, de maneira esporádica, pelo Setor Seccional de Saúde de Cali. Suas atividades educativas sobre a prevenção de enfermidades são realizadas geralmente em casas particulares e não são assimiladas pelas comunidades. Dispõem de poucos materiais de en-

sino e promoção da saúde e não foram treinadas de maneira apropriada para suas funções didáticas na comunidade. Tampouco se lhes delega autoridade para resolver os problemas médicos que se apresentam. Sua eficiência encontra-se limitada também pelo sistema de medicina empírica tradicional que se pratica nas comunidades e pela falta de apoio das instituições de saúde responsáveis. Outros fatores que influem de maneira negativa em seu desempenho são a discrepância de critérios entre o sistema de saúde pública e as promotoras sobre a definição de suas funções, o caráter curativo e não preventivo do atendimento, a falta de equipamento e materiais e os baixos salários que recebem. Levando em conta os resultados e conclusões do estudo, fazem-se recomendações específicas para melhorar o processo de seleção das promotoras, ampliar sua educação mediante a preparação de materiais didáticos e sua adaptação às necessidades das comunidades pertinentes, treinar os supervisores, oferecer oportunidade de educação contínua e progresso pessoal, fomentar a comunicação e intercâmbio de experiência entre as promotoras, estabelecer um sistema de avaliação de seu desempenho e incrementar a participação do pessoal profissional de saúde na instrução sanitária e criação de recursos para as comunidades.

Rôle des promotrices du département de la Vallée du Cauca, Colombie (Résumé)

Cette enquête qualitative a été effectuée dans quatre municipalités du département de la Vallée du Cauca, en Colombie, pour définir et analyser le rôle d'un échantillon de 25 promotrices de la santé rurales et urbaines. La technique de recherche était fondée sur la triangulation des observations, des entrevues et l'analyse des documents, complétée par des visites aux populations locales, des enregistrements et l'établissement d'un journal. Un questionnaire comprenant 64 questions a été établi comme instrument pour stimuler la conversation entre enquêtrice et enquêtées. Pour l'analyse, les données ont été groupées selon des thèmes principaux qui sont apparus lors de l'étude. Les résultats indiquent que les promotrices sont originaires des communautés auprès desquelles elles travaillent, qu'elles commencent à exercer leur métier entre 16 et 30 ans et qu'elles ont en général terminé le cycle d'études primaires. Leur sélection est fondée sur la décision d'une commission d'action communale et sur les résultats d'examens et d'entrevues effectués dans les hôpitaux régionaux. Elles suivent un stage de trois mois et acquièrent la majeure partie de leurs connaissances pratiques par l'expérience. Elles travaillent principalement comme aides de médecins et d'infirmières et sont supervisées, plutôt de façon sporadique, par le secteur de santé de la région de Cali. Leurs activités éducatives sur la prévention de la maladie sont menées généralement dans les maisons particulières et ne sont pas assimilées par les communautés.

Elles disposent d'un matériel d'enseignement et de promotion de la santé limité et n'ont pas reçu une formation appropriée pour leurs fonctions didactiques vis-à-vis de la communauté. Il ne leur est pas non plus délégué de pouvoir pour résoudre les problèmes médicaux qui se présentent. Leur efficacité se trouve en outre limitée par le système de médecine empirique traditionnelle pratiquée par les populations et par le manque d'appui des établissements de santé responsables. D'autres facteurs influent de façon négative sur l'exercice de leurs fonctions, notamment la divergence de vues entre le système de santé publique et les promotrices en ce qui concerne la définition de leurs fonctions; le caractère curatif et non préventif des soins de santé; le manque d'équipement et de fournitures et les faibles salaires qu'elles perçoivent. Compte tenu des résultats et des conclusions de l'étude, des recommandations spécifiques sont présentées pour améliorer le processus de sélection des promotrices; élargir leur formation par la préparation de matériel didactique et leur adaptation aux besoins des communautés intéressées; former les cadres; offrir la possibilité d'une éducation continue et d'un progrès individuel; promouvoir la communication et l'échange d'expériences entre les promotrices; établir un système d'évaluation de leur travail et accroître la participation du personnel professionnel de santé à l'instruction de la santé et à la création de ressources pour les communautés.