

El Programa Nacional de Voluntariado de EsSalud

César Calvo
Oswaldo Molina

Introducción

En solo dos años de operación, el Programa Nacional de Voluntariado (PNV) de EsSalud ha logrado comprometer a alrededor de cinco mil personas con una labor estable y gratuita de apoyo a los pacientes atendidos por el Seguro Social. Aunque naturalmente el PNV sufre diversos problemas y su gestión presenta aspectos por corregir, es indudable que se trata de un fenómeno difícilmente comparable con cualquier otra iniciativa de filantropía en el país. El decrecimiento del PNV desde el inicio del año 2001, sin embargo, puede ser un motivo de preocupación.

Uno de los ejes principales de la exploración del PNV recae sobre una característica evidente del programa: la condición socioeconómica de sus miembros. A diferencia de otras organizaciones de voluntariado estable, el PNV está mayoritariamente compuesto por voluntarios de los estratos de menores ingresos. El compromiso de servir sin retribución es, desde luego, más valioso en el caso de personas que enfrentan dificultades para asegurar el sostenimiento de sus propias familias. No obstante, las razones tras esta composición del PNV pueden no limitarse únicamente al afán de servicio de sus miembros.

Por otra parte, la organización del PNV es original en cuanto compromete en una misma iniciativa a una institución pública (EsSalud) y a un conglomerado de voluntarios que operan y se gobiernan de manera autónoma. Por esta razón, se halla bajo una legislación específica y se desenvuelve en un marco distinto del resto de organizaciones voluntarias. Esta mixtura, como se explicará más adelante, no está exenta de roces entre ambas partes.

De esta manera, surge una serie de interrogantes en torno del programa: ¿Cuáles fueron los principales factores del enorme crecimiento del PNV? ¿A qué se debe el decrecimiento registrado desde inicios del año 2001? ¿Cuál es el perfil de los voluntarios que participan en el programa? ¿Cómo afecta su condición económica al desempeño dentro del mismo? ¿Cuáles son sus principales motivaciones? Finalmente, ¿cuáles son los problemas que se originan en la relación entre el PNV y EsSalud, y cuáles sus consecuencias?

Con la finalidad de dar respuesta a tales preguntas, y a otras que surgieron a lo largo de la investigación, se llevó a cabo una encuesta entre los voluntarios del programa en cinco centros asistenciales. Además, se entrevistó a personas vinculadas a la dirección tanto del PNV como de EsSalud.

El presente documento ha sido organizado en seis secciones. En la primera de ellas se reseña los datos fundacionales del PNV, así como sus antecedentes. La segunda sección aborda la organización del mismo y las labores asumidas por sus miembros. En la tercera sección se discute la problemática del programa. El perfil de los voluntarios, sobre la base de la encuesta realizada, es descrito y analizado en la cuarta sección. La quinta sección incluye algunas consideraciones en torno de la motivación de los voluntarios del programa. Finalmente, en la sexta sección, se presentan las conclusiones del trabajo.

1. Datos fundacionales y antecedentes

El PNV es el primer esfuerzo de voluntariado de EsSalud en el nivel institucional. Antes de su creación, existieron iniciativas aisladas que no puede decirse que fueron el germen del actual PNV. Este programa no nace para aglutinarlas ni contó con sus logros como punto de apoyo. El PNV es más bien fruto de la iniciativa personal de la Sra. Carmen Adrianzén de Vásquez, esposa del entonces presidente de la institución, Sr. Manuel Vásquez Perales. La Presidencia Ejecutiva emitió en julio de 1999 una Resolución que creaba al PNV como una organización independiente en la cual, sin embargo, participaba la institución.

Antes de la creación del PNV, el Centro Geriátrico ANCYJE (Asociación Nacional de Cesantes y Jubilados de Educación) había constituido en 1988 la primera iniciativa de voluntariado en EsSalud. Hacia 1992, un programa de la Gerencia de Programas Externos de EsSalud llegó a reunir a 800 voluntarios dedicados a la atención de adultos mayores. En 1998, la Gerencia de Prestaciones Sociales organizó, a través de los Centros del Adulto Mayor (CAM),¹ un programa en el que participaron 700 volunta-

1 Los CAM son centros de EsSalud concebidos como espacios donde los adultos mayores tienen la oportunidad de realizar actividades recreativas, culturales, productivas y de cuidado de su salud. Entre otros servicios, los CAM ofrecen a sus miembros comedores sociales, salones de juegos, gimnasios, peluquerías, orientación jurídica, atención médica preventiva, turismo social y actividades culturales.

rios. En provincias, existían también iniciativas específicas, como en Piura y Arequipa.²

Esta iniciativa de los CAM comprendía tres actividades. A través del programa del “Abuelo Sustituto”, los adultos mayores de los CAM atendían a niños internados en hospitales de EsSalud. En el programa de “Turismo”, se realizaban visitas con el resto de miembros de los CAM. En tercer lugar, los voluntarios llevaban a cabo visitas a otros adultos mayores enfermos. La iniciativa de los CAM es especialmente importante porque fueron precisamente algunos de sus participantes los primeros en participar en el PNV.

De algún modo, el PNV unificó estas propuestas previas de voluntariado. Sin embargo, esta unificación no constituyó la motivación principal. En realidad, la Sra. Carmen Adrianzén de Vásquez se involucra con la realidad de la institución a partir de que algunos asegurados la buscaron para quejarse del servicio o para pedirle ayuda.³ La base de la iniciativa fue la consideración de la desproporción entre el número de pacientes de los establecimientos de EsSalud (siete millones de asegurados, aproximadamente) y el personal de los mismos (34 mil, aproximadamente). La fundadora veía en esta desproporción la causa de la falta de “calidez” en la atención a los asegurados. Se propuso por ello dos objetivos principales para la labor de los voluntarios en el PNV:⁴

- Brindar a los pacientes mayor calidad y calidez de servicio.
- Contribuir a la gestión de los establecimientos de salud a través de la detección de fallas.⁵

2 Información obtenida a partir de la entrevista con el Sr. Frank Quintana, subgerente de la Unidad de Apoyo y Coordinación de EsSalud.

3 La fuente de información de los siguientes párrafos es una entrevista realizada con la Sra. Carmen Adrianzén de Vásquez, ex presidenta y fundadora del PNV.

4 En términos formales, el PNV define su *visión* como “formar una red nacional de voluntariado, donde mujeres y hombres sean protagonistas de la atención de las personas que acuden a los centros asistenciales con calidad y calidez, bajo los principios de humanidad, respeto, equidad y democracia”. Asimismo, concreta su *misión* en “brindar una atención personalizada con calidad y calidez, otorgando apoyo, información, orientación y direccionamiento a los asegurados y/o familiares, contribuyendo así al bienestar de las personas voluntarias y a la promoción de los valores humanos”.

5 Para cumplir este segundo objetivo, se ideó el Cuaderno de Incidencias, a través del cual el Coordinador local del programa reporta al Director del establecimiento las deficiencias observadas por los voluntarios.

Es importante mencionar que la fundadora no contaba con experiencia previa en el campo del voluntariado. Esta falta de experiencia es una muestra de que el PNV es una respuesta concreta frente a las difíciles condiciones de atención al asegurado en EsSalud.

Al inicio de la gestión de la Sra. Adrianzén, existía en EsSalud un Comité de Damas que participaba en actividades puntuales dirigidas a los empleados de EsSalud (aniversarios institucionales, días de la madre, etc.). Este comité había perdido vitalidad durante los últimos años. La Sra. Adrianzén decidió no utilizar esta organización para sus propósitos debido a que su gestión no había sido llevada de modo ordenado y, de hecho, se carecía incluso de libros contables. Asumir esa organización habría supuesto asumir también la responsabilidad de las acciones anteriores.

De este modo, el PNV nace como una iniciativa independiente de todos los esfuerzos precedentes y basada en el empeño personal de la Sra. Adrianzén, apoyada por su esposo. Además, nace desconectado de otros programas de voluntariado en el sector de la salud. Las características de EsSalud impedían que se copiasen los mecanismos de funcionamiento ordinarios de otros programas ya existentes, por lo que se plantea la necesidad de crear un modelo original. De todos modos, la Sra. Adrianzén empleó como puntos de referencia del ámbito formal de la organización (reglamentos, estatutos, etc.) los documentos de otros programas y, en concreto, los documentos del Hospital del Niño y del Instituto Peruano de Enfermedades Neoplásicas.

En el ámbito organizacional, la fundación del PNV debió respetar dos puntos que otras iniciativas de voluntariado no suelen enfrentar:

- La formalización de la relación entre el PNV y EsSalud. La coordinación entre ambos es compleja en todos sus niveles: en la dirección central del PNV y en la labor de los voluntarios en cada establecimiento.
- La imposibilidad de recaudar fondos propios. La ley establece que el servicio a los asegurados sea financiado solamente por los aportes obligatorios de los trabajadores. Esta situación acentúa la dependencia del PNV con respecto a EsSalud. Por ejemplo, mientras en el Hospital del Niño el Comité de Damas recauda fondos para la institución, esta tarea no es ni necesaria ni admisible dentro del Seguro Social. Tanto es así que, desde su inicio, el PNV ha debido rechazar donaciones ofrecidas por terceros (farmacias, laboratorios, entre otros).

Para iniciar el PNV, la Sra. Adrianzén convocó el apoyo de las esposas de los gerentes de la institución. Sin embargo, solo pudo contar con la participación de cuatro de ellas. Luego buscó la ayuda de sus propias amistades. De esta primera convocatoria no masiva, se conformó el primer consejo directivo con aquellas personas con mayores aptitudes para el gobierno de la organización.

El primer Comité de Coordinación estuvo presidido por la Sra. Adrianzén. Dentro de los miembros vocales, estaba la Sra. Blanca Robles de Mispireta, que había fundado el voluntariado del Hospital del Niño y que más adelante asumiría la Vicepresidencia del PNV.

La convocatoria pública a participar en el PNV se inició en los CAM, de donde provino la mayoría de los voluntarios que iniciaron la labor del programa en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el 7 de julio de 1999. Este establecimiento fue empleado como centro piloto del programa y, en adelante, mantendría esta condición: las innovaciones al PNV son siempre ensayadas primero en dicho hospital.

Dos semanas después, el 20 de julio, se iniciaron las operaciones en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Luego de los hospitales nacionales, el programa se expandió hacia los hospitales departamentales. La selección de los establecimientos siguió el criterio de priorizar los establecimientos de mayor nivel de complejidad.

2. Organización del PNV y actividades de los voluntarios

Actualmente, el PNV está dirigido por un Comité de Coordinación, presidido por la esposa del Presidente de EsSalud, Sra. Martha Cornejo de Basombrío. En la práctica, la dirección ejecutiva ha recaído en la Vicepresidenta, Sra. Blanca Robles de Mispireta. Este Comité de Coordinación es autónomo, y recibe apoyo de la Unidad Orgánica de Apoyo y Coordinación, que forma parte de la estructura de EsSalud. Esta Unidad es presidida por dos Subgerentes y depende de la Gerencia Central de Operaciones.

Esta forma organizacional entró en vigencia en noviembre del año 2000, con la intención de dar mayor autonomía al programa. Antes de esa fecha, EsSalud tenía participación en el Comité de Coordinación y nombraba al Vicepresidente del mismo.⁶

⁶ La información de los dos párrafos precedentes fue producto de la entrevista con la

En el nivel central, el Comité de Coordinación solicita a la Unidad Orgánica el apoyo para cada iniciativa concreta, y esta se limita a proveer de los materiales o servicios necesarios, y a mantener a la Gerencia Central de Operaciones al tanto de la evolución del programa. En la actualidad, se encarga también del curso de capacitación a los postulantes al PNV.

Asimismo, el Comité de Dirección nombra Coordinadores en cada centro asistencial donde laboran voluntarios. Estos Coordinadores tratan directamente con la Dirección del centro las tareas asumidas por los voluntarios y los requerimientos de materiales y servicios. Participan también en las reuniones de gestión de los directivos del establecimiento.⁷

Adicionalmente, se nombran seis coordinadores “de día” (de lunes a sábado), responsables de supervisar y atender a los voluntarios. Estos coordinadores se comprometen a dedicar al PNV ocho horas del día asignado, de modo que cubren los dos turnos de trabajo de los voluntarios ordinarios. Estos últimos trabajan cuatro horas un día a la semana.

En general, la labor de los voluntarios se concentra en orientar a los asegurados durante su atención en el hospital o centro de salud. Esta tarea es especialmente frecuente en el área de consultas externas e, indudablemente, supone una ayuda y un aporte de “calidez” para los enfermos que llegan al establecimiento. Esta orientación continúa a lo largo de la estancia de los pacientes: son llevados de un consultorio a otro, se les ofrece sillas de ruedas a los más ancianos, se les acompaña con conversaciones a los más preocupados, etc.

En “piso”, el área de pacientes internados, el apoyo a los pacientes abarca ayudarles a ingerir sus alimentos cuando es necesario, ir en busca de algo que necesitan (revistas, bebidas, etc.) y, en general, prestar su apoyo moral durante la enfermedad.

En algunos casos, la labor de los voluntarios, sin dejar de tener por objetivo final el bienestar del paciente, apoya o incluso suplente el trabajo de los empleados del centro asistencial. Es frecuente que los voluntarios trasladen las historias clínicas de un consultorio a otro y, en menor medida, que trasladen muestras de sangre para análisis, tiendan camas o ayuden en

Sra. Carmen Rosa Gutiérrez, subgerente de la Unidad de Apoyo y Coordinación de EsSalud.

⁷ Las reuniones de gestión son espacios de discusión de los problemas y metas de los centros asistenciales. A través de ellas, la dirección del establecimiento recoge las sugerencias y preocupaciones de quienes están más directamente involucrados con la atención a los asegurados.

el baño personal de los enfermos hospitalizados. En estos casos, los voluntarios son ordinariamente dirigidos por la jefa de enfermeras correspondiente. Más adelante se tocará con más detalle las implicancias de este sistema de operación.

3. Problemática del PNV

3.1 Tamaño del PNV: explosión inicial y estancamiento actual

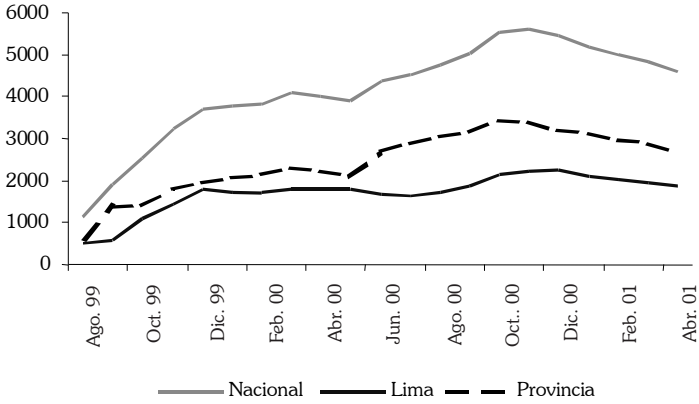
A diferencia de muchas otras propuestas de voluntariado, la convocatoria al PNV es masiva y de libre acceso (con la condición de que el interesado supere la fase preparatoria y sea considerado apto). Desde los primeros meses, se registró un explosivo incremento del número de participantes. El programa se inició en julio de 1999 con 142 voluntarios que colaboraban en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Para diciembre de ese año, el número total de voluntarios era ya 3.666 y, para diciembre de 2000, alcanzaba 5.451. Durante los primeros seis meses, el PNV se extendió a 42 centros asistenciales y, de este modo, logró cubrir el 100% de los centros de nivel III y IV (mayor complejidad).⁸ Durante el año 2000, se buscó tener mayor presencia en los centros de nivel I y II, y el número de centros se elevó en total hasta 105 en diciembre de ese año.

El gráfico 1 muestra la evolución de la cantidad total de voluntarios desde el inicio del PNV. Se observa el rápido crecimiento inicial del mismo pero, también, se reconoce que diciembre del año 2000 marcó un punto de quiebre a partir del cual comenzó a declinar la cantidad de voluntarios. Durante el año 2001, el PNV ha decrecido. Esto parece explicarse por la pérdida de decisión en su dirección, debido a la salida de la fundadora.

El gráfico 2 expresa esta evolución en promedios trimestrales de las tasas mensuales de crecimiento del programa. En promedio, el PNV perdió 3,9% de sus voluntarios en cada uno de los primeros tres meses del año 2001. Asimismo, el gran crecimiento del programa aparece claramente concentrado en sus primeros meses de operación.

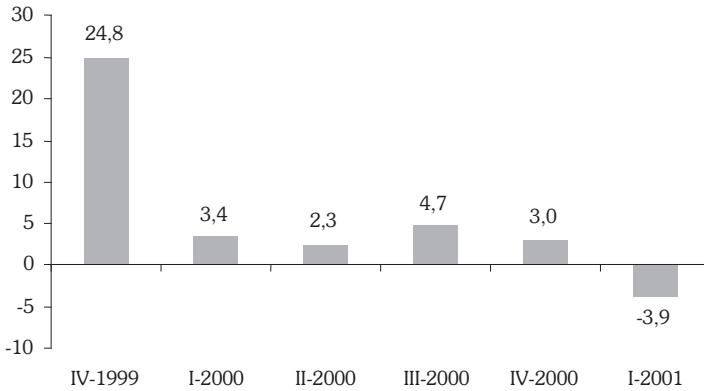
⁸ Se clasifican los centros de atención de acuerdo con la complejidad de las enfermedades que atienden. En un centro de nivel I se realizan las intervenciones más simples, mientras que en uno de nivel IV se llevan a cabo las operaciones más sofisticadas y de mayor riesgo.

Gráfico 1
Total de voluntarios en el PNV



Fuente: Unidad de Apoyo y Coordinación, ESSALUD.
Elaboración propia.

Gráfico 2
Promedios de las tasas mensuales de crecimiento del PNV
(en porcentajes)



Fuente: Unidad de Apoyo y Coordinación, ESSALUD.
Elaboración propia.

Por otra parte, el PNV parece haber evitado una excesiva centralización en la capital. En especial, se observó una tendencia a crecer principalmente en provincias. Así, aunque en el año 2000 se registró una tasa de crecimiento menor que en 1999, dicho crecimiento se concentró en el interior del país. Según el gráfico 1, en el año 2000, el tamaño del PNV fuera de Lima marcó una clara ventaja con respecto a la capital. En promedio, la tasa de crecimiento mensual alcanzó en provincia 4,6% durante ese año, mientras en Lima solo llegó a 2,1%.

3.2 Relación entre el PNV y EsSalud

La relación entre el PNV y EsSalud puede analizarse en dos dimensiones: en el nivel de campo y en el nivel directivo. En ambos casos aparecen roces que conviene resaltar.

En el nivel de campo, con cierta frecuencia, los voluntarios han sido acogidos con recelo por los empleados de los centros asistenciales, tanto por los médicos como por las enfermeras y el resto del personal. No se han realizado encuestas a empleados de la institución pero, por otra parte, las entrevistas llevadas a cabo proponen dos motivos principales para estas fricciones:

- Los voluntarios serían vistos como potenciales reemplazantes en el propio puesto de trabajo. Dado el perfil de los voluntarios, esta motivación se concentra especialmente en el personal técnico y, en menor medida, en las enfermeras.
- Los voluntarios serían vistos como delatores de las faltas de los empleados. En este caso, también los médicos encuentran un motivo para mantenerse recelosos con respecto al programa.

Antes de desarrollar con mayor detalle estos problemas en el caso concreto del PNV, son necesarias dos observaciones. En primer lugar, debe notarse que ambos motivos de recelo se alimentan entre sí: una manera de reemplazar a una persona en su puesto de trabajo es delatar sus errores.

En segundo lugar, conviene recordar que el PNV es una experiencia aún reciente, y este tipo de temores parece común en los primeros momentos de los programas de voluntariado en centros de salud. Se han recogido opiniones en ese sentido del Comité de Voluntariado del Centro Médico Naval. En ese caso, el paso del tiempo bastó para superar los

recelos. Por lo demás, el temor a perder el puesto de trabajo parece natural ante la presencia de un individuo que labora gratuitamente en el mismo ambiente.⁹

En el caso concreto de EsSalud, sin embargo, debe notarse que los motivos de recelo se acentúan por las peculiaridades del PNV. Dos puntos resultan cruciales:

- Como se desarrolla en detalle en la sección referida al perfil de los voluntarios, estos proceden mayoritariamente de los niveles socioeconómicos C, D y E. Las dificultades económicas objetivas de los voluntarios hacen más verosímil para los empleados la presunción de que se trata en realidad de personas en busca de trabajo. Independientemente de la motivación real de los voluntarios, esta hipótesis resulta plausible para los empleados de EsSalud.

Es importante notar que no hace falta presumir que los voluntarios deseen un puesto laboral para temer por el propio. Su trabajo gratuito es en sí mismo un motivo para pensar que la institución podría preferir cubrir con voluntarios algunas tareas originalmente asumidas por personal contratado. Como se indicó, en el Centro Médico Naval, los empleados mostraron el mismo temor, a pesar de que allí el voluntariado es desarrollado por esposas de oficiales de la Marina de Guerra y es improbable, por tanto, la búsqueda de un puesto de trabajo.

En el caso del PNV, el perfil socioeconómico de los voluntarios alimenta ese temor al hacer más fuerte la “amenaza” del voluntario como una persona interesada en el puesto de trabajo de, por ejemplo, los empleados no profesionales de los establecimientos de salud. Conviene observar que pertenecer a los estratos socioeconómicos inferiores no solo implica mayor escasez de ingresos, sino que también está asociado a un menor nivel educativo y a una menor conexión con el mercado laboral.

Adicionalmente, el recelo de los empleados de EsSalud fue alimentado por una desafortunada coincidencia al inicio del programa: la institución decidió dejar de contar con unas “anfitrionas” de reciente

⁹ De hecho, como se desprende del trabajo de Portocarrero y Millán, el 36,8% de la población urbana del país (no necesariamente empleados sujetos a esta “amenaza” de trabajadores voluntarios) se muestra de acuerdo, o parcialmente de acuerdo, con la opinión de que “los voluntarios quitan trabajo pagado” (ver Portocarrero y Millán 2001: 39-40).

contratación, encargadas de atender a los asegurados a su llegada a los centros asistenciales. Esta coincidencia avivó desde un inicio la impresión de que el PNV podría conducir a una reducción de personal contratado.

- La Dirección del PNV estableció un Cuaderno de Incidencias en el cual los voluntarios indicaban a la Dirección del centro de salud, a través del Coordinador del programa en el establecimiento, las fallas detectadas en el servicio a los asegurados. El Cuaderno está pensado como el instrumento para alcanzar el segundo objetivo planteado por la fundadora: contribuir a la gestión de los establecimientos a partir del reporte de los puntos por corregir. Sin embargo, acentuó la negativa disposición de algunos empleados y, notoriamente, de algunos médicos. En algún momento llegaron a circular comunicados firmados por médicos en contra del PNV.

En el nivel directivo, por otro lado, el vínculo entre el PNV y EsSalud ha atravesado por dos claras etapas, definidas por la permanencia y la salida del Sr. Manuel Vásquez como presidente de la institución. Durante la gestión del Sr. Vásquez, la relación fue necesariamente fluida, debido a su apoyo a la labor de su esposa como presidenta del PNV. Más adelante, su salida dio espacio a la expresión de preocupaciones por parte de los nuevos directivos de EsSalud. En particular, la actual administración observa dos problemas en el desarrollo del PNV.

- En primer lugar, observan una exagerada autonomía del programa y, más aún, indican que en el pasado la Dirección del PNV ha llegado a tener injerencia sobre personal de EsSalud y ha causado un desorden institucional.
- En segundo lugar, juzgan que el programa se limita a cubrir ineficiencias que deberían ser superadas por la misma institución. El PNV supondría entonces un costo innecesario para EsSalud.

En torno de este último punto, son muchos los aspectos por considerar. En primer lugar, es evidente que, como señala la fundadora en el espíritu de la creación del PNV, la proporción de empleados de la institución con respecto a la población asegurada es notablemente baja (cinco empleados por mil asegurados). En términos de los asegurados que realizan consultas en un año, la proporción llega a 17 por mil (Cuánto S.A. 2000a).

Sin embargo, ¿implica esta desproporción que sea razonable que voluntarios asuman labores que, en principio, son propias de los empleados de la institución? La actual administración de EsSalud observa un indudable riesgo: en ausencia de una clara distinción entre la propia labor y la del voluntario, el empleado tiene un incentivo a trasladar al voluntario parte de su carga de trabajo.

Existe un conjunto de actividades propias del voluntariado, que no son estrictamente prioritarias para los empleados de EsSalud. En concreto, el voluntario se esmera especialmente en mejorar el trato al enfermo y darle “calidez”. En el caso del PNV, esta calidez se ha concretado en la acogida amable a los pacientes y, también, en la compañía de los internados.¹⁰

No obstante, aunque en menor medida, el PNV asume también otras tareas de apoyo directo a las atenciones de salud, que debería realizar el personal técnico (que constituye aproximadamente el 24% del total de empleados). En ausencia de los empleados necesarios, por restricciones presupuestales de EsSalud, el trabajo de voluntarios constituye una evidente alternativa para cubrir espacios vacíos. Sin embargo, esta alternativa ofrece desventajas, que deben ser comprendidas a plenitud para medir adecuadamente los beneficios que aporta el programa.

En EsSalud, la cantidad de voluntarios (5.451 en diciembre del año 2000) ha llegado a representar alrededor del 15% del total de empleados de la institución y, con relación solo a los empleados no profesionales de la salud, ha alcanzado el 67%. Desde luego, cada voluntario ofrece solo cuatro horas semanales de trabajo y, por ello, estas tasas serían sustancialmente menores en términos de horas-hombre (alrededor de 1,5% y 6,7%, respectivamente, si cada voluntario trabajase solo cuatro horas por semana y, cada empleado, cuarenta). No obstante, aun así se trata de un apoyo de considerable magnitud dentro de una institución de la escala de EsSalud.

Con el tiempo, el PNV ha ganado cada vez más espacio dentro de EsSalud y, en términos prácticos, este crecimiento ha significado ingresar a nuevas áreas y tareas. Como se indicó, aunque no es lo mayoritario, algunos voluntarios se ocupan de, por ejemplo, tender camas (en los Hospitales Nacionales Rebagliati y Almenara). Este tipo de tareas implica que el PNV ha asumido parte de las labores de empleados de la institución.

¹⁰ Por ejemplo, otra iniciativa de voluntariado, la Asociación “Stella Maris”, organiza en el Centro Médico Naval actividades de entretenimiento de los internados (bingos, clases de cocina, jardinería, etc.) y, desde luego, brinda compañía y apoyo moral a los que más lo necesitan.

Cuando el voluntariado se expande desde esfuerzos por solo dar mayor calidez hacia el apoyo de la labor de los empleados, aparece una pregunta inevitable: ¿se está verdaderamente complementando el esfuerzo de estos empleados o se les está más bien sustituyendo? Si se trata de esta segunda opción, aparecen dos desventajas que deben tenerse en cuenta:

- Se alimenta el temor de que los voluntarios originen la pérdida de los puestos de trabajo de los empleados y se enturbia la relación entre unos y otros.
- Para reducir su esfuerzo, el empleado puede trasladar al voluntario parte de su carga de trabajo.

Ambos efectos han sido tocados con anterioridad, pero adquieren en este punto especial importancia. Además, antes de observar particularidades en el caso del PNV de EsSalud, conviene notar que *a priori* ambos deberían compensarse entre sí y aliviar el peso conjunto de estas desventajas: precisamente el temor a perder el puesto debería incentivar a evitar que los voluntarios asuman un mayor protagonismo y, más bien, redoblar el esfuerzo en la propia labor.

Nuevamente el perfil socioeconómico de los voluntarios del PNV juega un papel importante para acentuar las desventajas mencionadas. Cuando los voluntarios proceden de un nivel socioeconómico alto, su posición social es suficiente para evitar que los empleados abusen de su afán de ayudar y les trasladen carga injustificada.¹¹

En el caso del PNV, en cambio, la relación entre voluntarios y empleados se entabla fácilmente en sentido inverso: la posición de los voluntarios es débil con respecto a los empleados. De este modo, el bajo nivel socioeconómico de los voluntarios hace más probable que el voluntariado genere un desempeño ineficiente de los empleados de la institución.

Dicho en otros términos, el escenario de un voluntariado que suple a los empleados en las labores a las que están obligados es probable en EsSalud, una vez que el PNV sobrepasa el ámbito de

¹¹ En la experiencia de la Asociación “Stella Maris”, pocas veces los empleados han intentado hacerlo y, cuando lo han hecho, inmediatamente las propias damas voluntarias han sabido resolver la situación con facilidad, sin necesidad de un mecanismo formal de comunicación o control de estas situaciones.

la búsqueda de calidez para el paciente. Otro escenario distinto sería aquel en el que los voluntarios, al apoyar a los empleados, los liberasen de tareas rutinarias (transporte de papeles u objetos, por ejemplo) y les permitiesen esforzarse más en actividades directamente relacionadas con la salud y atención del asegurado.

El punto crucial es, por tanto, lograr que el comportamiento de los empleados no conduzca el esfuerzo del voluntariado hacia una pérdida de eficiencia sino, más bien, hacia una ganancia. Los agentes claves son entonces los Directores de los establecimientos de salud y las jefas de enfermeras de las distintas áreas. El PNV puede verificar que sus voluntarios colaboren según se les indique, pero no tiene capacidad para supervisar el esfuerzo de los empleados ayudados por el programa. El Cuaderno de Incidencias podría ser un mecanismo de supervisión pero, dados los roces comentados, no parece prudente ampliar sus funciones en este sentido.

4. Perfil de los voluntarios

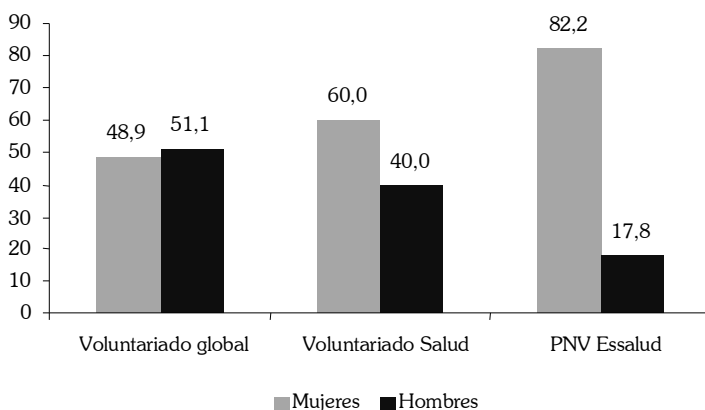
4.1 El voluntario

Con los datos obtenidos mediante la encuesta realizada a los voluntarios de EsSalud,¹² se puede configurar el perfil de los voluntarios del PNV. Dado que la encuesta se realizó solo en Lima Metropolitana, se trata de un perfil del programa en la ciudad capital. Por ello, se toman mayormente

12 Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico 2001. En dicha encuesta se utilizó un cuestionario de 37 preguntas sobre el perfil del voluntario y su relación con el PNV. Asimismo, en los hospitales nacionales se llevó a cabo un simulacro de decisión de inversión en programas de salud, diseñado para generar índices de valoración de la equidad en salud. Se realizaron 73 encuestas a voluntarios del programa en cinco centros asistenciales: 21 encuestas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (en Jesús María), 14 en el Hospital Nacional Guillermo Almenara (en La Victoria), 17 en el Hospital Angamos (en Miraflores), 11 en el Hospital Juan José Rodríguez Lazo (en Chorrillos) y 10 en el Hospital Aurelio Díaz Ufano (en San Juan de Lurigancho). El muestreo fue aleatorio y el número de encuestados se determinó empleando como variable de referencia el sexo de los voluntarios, sobre el que se contaba con información real total para Lima Metropolitana. Se definió el número de encuestas contemplando un 95% de confianza de que la proporción de mujeres estimada diste un máximo de 5,5 puntos porcentuales del valor paramétrico. La distribución entre los establecimientos seleccionados se realizó de modo estratificado.

como puntos de referencia las características de la población limeña. Esta referencia es importante para no confundir las características de la población en la que se desenvuelve el programa con las particularidades específicas del mismo. Por ejemplo, un 80% de universitarios dentro del programa no significaría un sesgo a favor de ese grupo si en la población total el 80% de las personas fuera universitaria. Por lo demás, cuando se realizan comparaciones con la investigación de Portocarrero y Millán, se emplea como referencia la población urbana del país, dado el alcance nacional de esta última encuesta.

Gráfico 3
Sexo de los voluntarios del PNV
(en porcentajes)



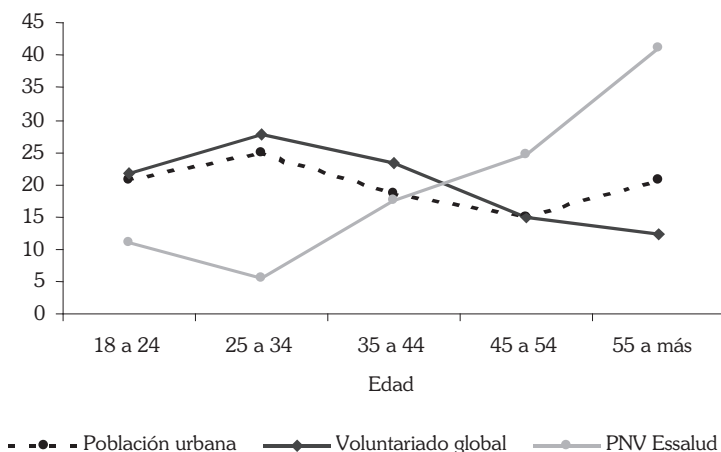
Fuente: CIUP 2001 y Portocarrero y Millán 2001.
Elaboración propia.

En primer lugar, se puede apreciar en el gráfico 3 que la participación de las mujeres en el PNV es mayoritaria (82,2%). En general, en los voluntariados en el sector salud, las mujeres tienen una mayor participación que los hombres, pero en el caso del PNV la diferencia entre ambos sexos es aun mayor.¹³

¹³ Dentro de los voluntarios del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según estadísticas reales proporcionadas por la Oficina de Voluntariado, el porcentaje de mujeres es 86,2%

En el gráfico 4 se observa que en el PNV se concentra un alto porcentaje de **personas con mayor edad** (24,7% se encuentra en el rango de 45 a 54 años de edad, y un 41,1% es mayor de 54 años). Estas proporciones son notoriamente superiores a las que se observan en la población urbana nacional (solo 35,8% es mayor de 45) y, sobre todo, en el voluntariado, tanto de manera general (27,0%) como en el caso específico del sector salud (31,1%). En el PNV, el porcentaje de voluntarios parece crecer con la edad, de modo contrario a lo observado en el resto de voluntariados. Al menos parcialmente, esta composición del PNV se debe a la fuerte participación de los Centros de Adulto Mayor (CAM) en la captación de los voluntarios, especialmente en el inicio del programa.

Gráfico 4
Edad de los voluntarios
(en porcentajes)



Fuente: CIUP 2001; Portocarrero y Millán 2001; Cuánto S.A. 2000b.
Elaboración propia.

Por otra parte, es posible que la presencia de los jóvenes sea subestimada por la encuesta, que no recogió datos durante los días sábado, cuando es mayor la proporción de jóvenes. Sin embargo, en la información censal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, los voluntarios menores de 18 años representan solo el 2,0% del total y, los menores de 30 años, 15,1%. Estas cifras superan solo ligeramente las proporciones regis-

tradas por la encuesta (0,0% y 12,3%, respectivamente) y son consistentes con el margen de error del muestreo.

El cuadro 1 muestra que las edades más frecuentes en el PNV son también las edades en que más horas se ofrecen semanalmente al programa. En concreto, los voluntarios entre 45 y 54 años trabajan cada semana 9,1 horas, probablemente porque recaen sobre ellos las labores de coordinación. Estas últimas toman al menos ocho horas semanales, en vez de cuatro, como ocurre con la labor ordinaria de campo. Asimismo, es interesante observar que, en promedio, los voluntarios trabajan más tiempo (6,9 horas) que el mínimo requerido (4,0 horas).

Cuadro 1
Porcentaje de voluntarios y horas semanales de voluntariado según edad

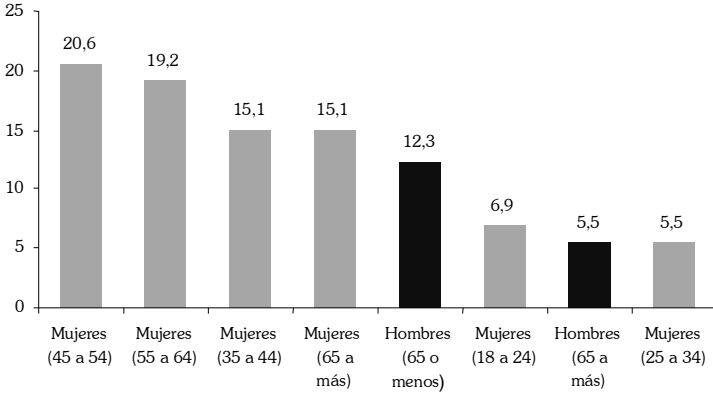
	Porcentaje de voluntarios	Promedio de horas semanales
18 a 24	11,0	4,3
25 a 34	5,5	4,5
35 a 44	17,8	6,5
45 a 54	24,7	9,1
55 a 64	20,6	6,5
65 a más	20,6	7,3

Fuente: CIUP 2001.
Elaboración propia.

El gráfico 5 muestra la conformación total de la población de voluntarios del PNV. Resalta la fuerte participación de las mujeres entre 45 y 64 años, que acumulan el 39,8% de los participantes. Este segmento puede asociarse con mujeres cuyas obligaciones familiares han disminuido (como el cuidado de hijos, etc.) y que cuentan con mayor tiempo libre. Por el lado de los varones, se observa que mayoritariamente participan hombres menores de 65 años, que representan el 12,3% de los voluntarios del programa.

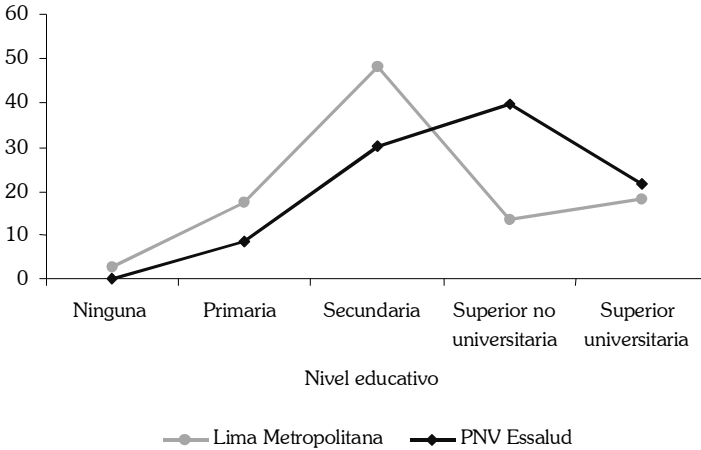
Como se puede observar en el gráfico 6, el nivel educativo de los voluntarios de EsSalud no es elevado. Mayormente, estos han alcanzado una educación superior no universitaria (39,7%) o solo secundaria (30,1%). Probablemente, esto constituye una limitante para que surjan propuestas creativas desde las bases del programa. Aun así, al comparar con la población global de Lima Metropolitana, se distingue que la educación de los voluntarios es superior que el promedio de la población. Es importante

Gráfico 5
Conformación de la población de voluntarios del PNV
según sexo y edad
(En porcentajes)



Fuente: CIUP 2001.
Elaboración propia.

Gráfico 6
Nivel educativo de los voluntarios del PNV
(En porcentajes)



Fuente: CIUP 2001, Cuánto S.A. 2000b.
Elaboración propia.

observar a la población de referencia del programa para captar las particularidades del grupo de voluntarios.

En el cuadro 2 se muestran las actividades que realizan los voluntarios en comparación con el promedio de Lima. Llama la atención, de inmediato, la mayor participación de las amas de casa, jubilados y trabajadores independientes; en detrimento, principalmente, de los trabajadores dependientes. El patrón parece indicar que aquellos que tienen actividades más flexibles, con mayor libertad para ordenar su tiempo, son los que se integran al PNV.

Cuadro 2
Actividad principal de los voluntarios del PNV
(En porcentajes)

	Lima Metropolitana	PNV EsSalud
Trabajador dependiente	36,7	12,3
Trabajador independiente	23,7	31,5
Estudiante	4,8	9,6
Ama de casa	14,8	26,0
Búsqueda de trabajo	4,7	1,4
Jubilado	5,0	13,7
Ninguna en especial	10,3	5,5

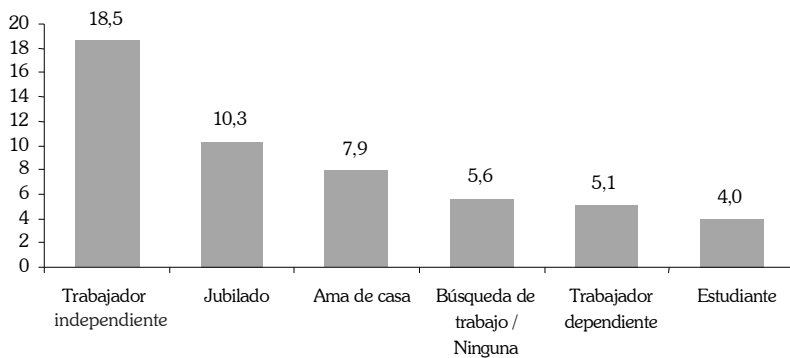
Fuente: CIUP 2001, Cuánto S.A. 2000b.

Elaboración propia.

Una conclusión similar se obtiene del gráfico 7, que muestra las horas semanales de voluntariado asociadas a cada tipo de ocupación. Las actividades que permiten una mayor flexibilidad en su horario presentan promedios más altos para estas horas de labor: trabajadores independientes (18,5 horas por semana), jubilados (10,3) y amas de casa (7,9).

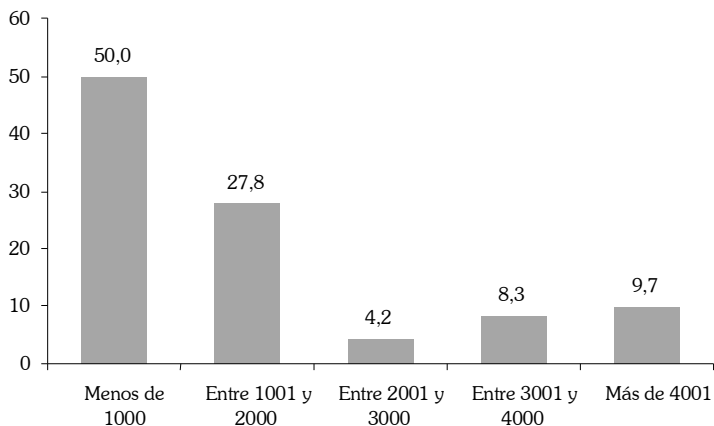
En el gráfico 8 se presentan las respuestas de los voluntarios sobre el ingreso total del hogar. Caben algunas apreciaciones. En primer lugar, para medir la situación económica de una familia es más coherente revisar el gasto que el ingreso, pues este último suele considerarse más sensible a condiciones transitorias del hogar. En cambio, las familias buscan mantener un nivel estable de gasto (dadas sus necesidades de consumo y sus costumbres). Sin embargo, en una encuesta sencilla es difícil obtener este tipo de información. Por otro lado, la encuesta no está necesariamente diri-

Gráfico 7
Horas de voluntariado según actividad principal



Fuente: CIUP 2001.
Elaboración propia.

Gráfico 8
Percepción del ingreso del hogar de
los voluntarios del PNV
(En porcentajes)



Fuente: CIUP 2001.
Elaboración propia.

gida al jefe del hogar (que es ordinariamente la persona más enterada de los ingresos del hogar), sino a los voluntarios (jubilados que viven con sus hijos, amas de casa, estudiantes), que probablemente carecen del conocimiento de esos ingresos.

A pesar de lo anterior, es interesante observar la percepción que tienen los voluntarios sobre el ingreso en sus hogares. El 50,0% precisa que este es menor que 1.000 soles al mes, de modo que cerca de la mitad de los voluntarios del PNV se encontraría en los niveles socioeconómicos C₂, D y E definidos por Apoyo Opinión y Mercado (2000). El 27,8% se ubica en el rango de 1.001 a 2.000 soles, mientras que solo el 22,2% indica que en su hogar hay un ingreso superior a los 2.000 soles al mes. Aun cuando podrían existir algunas distorsiones en las respuestas, es evidente que el PNV congrega principalmente a personas de estratos económicos bajos, en contraste con lo que se aprecia en voluntariados similares en el sector salud (como el Hospital de Neoplásicas, el Centro Médico Naval o el Hospital del Niño).

El cuadro 3 ratifica lo anterior. Según este cuadro, el PNV, en alguna medida, reproduce la realidad económica de su medio. Se debe resaltar el enorme porcentaje que significan los pobres (40,3%, contando pobres extremos), pues se trata de personas que, a pesar de no contar con los recursos para cubrir sus propias necesidades, ayudan desinteresadamente al resto y sin ningún tipo de retribución (como sí podría existir en organizaciones sociales como los comedores populares, agrupaciones vecinales, etc.).

Cuadro 3
Niveles de pobreza de los voluntarios del PNV ^{1/}
(En porcentajes)

	Lima Metropolitana	PNV EsSalud
Pobres extremos	3,4	4,2
Pobres	37,5	36,1
No pobres	59,1	59,7

1/ Se compararon los ingresos per cápita con los costos de las canastas básicas elaboradas por el Instituto Cuánto. Se emplearon los promedios de los extremos de los intervalos definidos en la encuesta, salvo para los pobres extremos, para los cuales se calculó el promedio entre el salario mínimo y el límite superior.

Fuente: CIUP 2001, Cuánto S.A. 2000b.

Elaboración propia.

Tal como se esperaba, según el cuadro 4, existe una amplia mayoría de los voluntarios que son católicos (86,3%) aunque existe un ligero sesgo a favor de otros cultos, al comparar con la población total de Lima Metropolitana. Por otro lado, la encuesta revela que el 37,0% de los voluntarios nacieron fuera de la capital. Esta proporción de migrantes es solo ligeramente mayor que la que se registra en la ciudad capital (31,6%). En otras palabras, el PNV convoca a migrantes, pero en buena parte esta convocatoria se debe simplemente a que, en general, un tercio de la población de Lima está compuesta por migrantes.

Cuadro 4
Religión de los voluntarios del PNV
(En porcentajes)

	Lima Metropolitana	PNV EsSalud
Católica	91,3	86,3
Judía	0,1	2,7
Evangelista	4,5	5,5
Otra	3,3	5,5
Ninguna	0,8	0,0

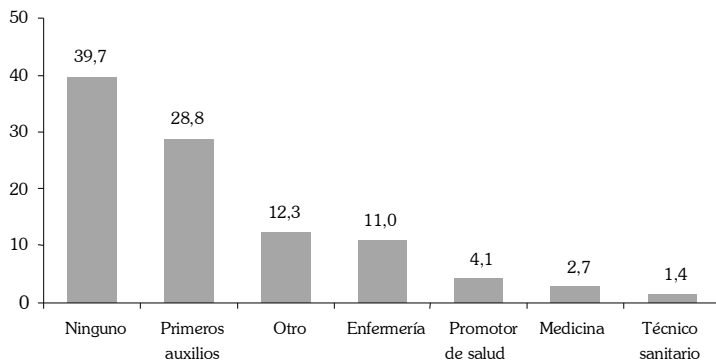
Fuente: CIUP 2001, Cuánto S.A. 2000b.
Elaboración propia.

Es interesante observar en el gráfico 9 que el 60,3% de los voluntarios tiene algún conocimiento previo sobre temas de salud. Esto, en alguna medida, podría explicar su preferencia por este voluntariado en particular. También es un buen indicador de la capacidad de los voluntarios para colaborar en las actividades de EsSalud.

Asimismo, existen dos puntos fundamentales que se pueden extraer de este gráfico y que están conectados con la discusión de la sección precedente: en qué medida el ingreso al PNV fue motivado por la convicción de ser luego contratado por EsSalud y, en segundo lugar, hasta qué punto los empleados pueden considerarse “amenazados” por los voluntarios.

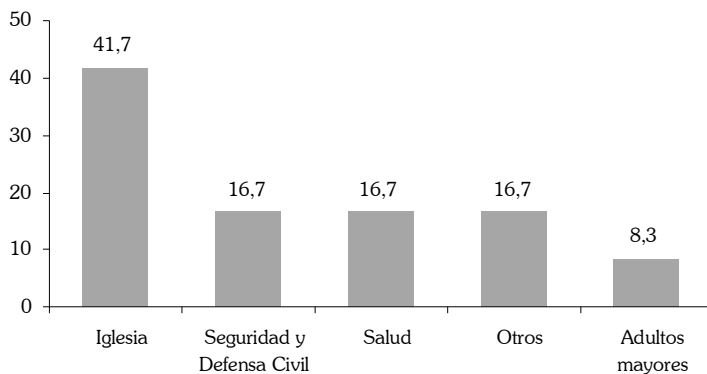
El 49,0% de los voluntarios encuestados realiza otra labor filantrópica además del PNV. En el gráfico 10 se observa el tipo de actividades que desempeñan; es clara la preponderancia de las labores relacionadas con la Iglesia, que aglutina el 41,7% de esas actividades adicionales. La participación en actividades adicionales puede reflejar de algún

Gráfico 9
 Conocimientos de salud de los voluntarios del PNV
 (En porcentajes)



Fuente: CIUP 2001.
 Elaboración propia.

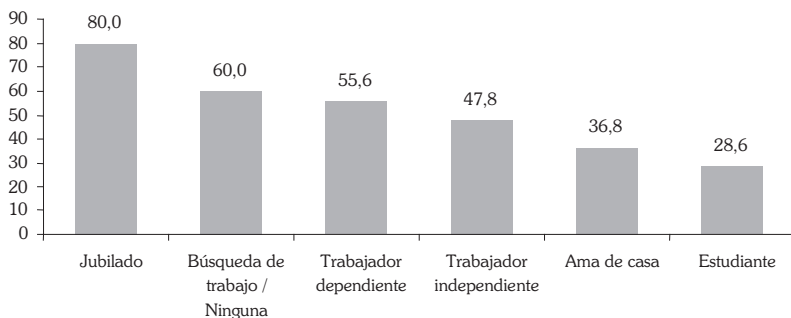
Gráfico 10
 Actividades alternativas de voluntariado desarrolladas por los voluntarios del PNV
 (En porcentajes)



Fuente: CIUP 2001.
 Elaboración propia.

modo el ímpetu por ayudar, o la disponibilidad para hacerlo. Por ello, resulta interesante observar con detenimiento las características asociadas a esa participación.

Gráfico 11
Nivel de participación en actividades alternativas de voluntariado
según actividad principal
 (En porcentajes)



Fuente: CIUP 2001.
 Elaboración propia.

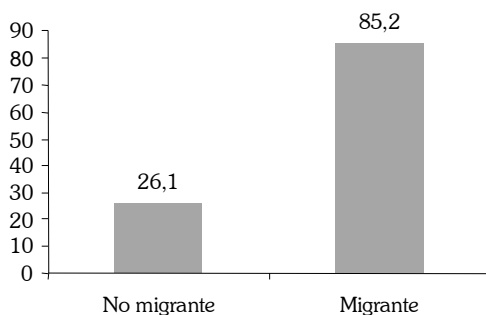
En concreto, el gráfico 11 muestra la actividad principal de las personas que realizan actividades filantrópicas adicionales. Como puede apreciarse, la “doble filantropía” es más frecuente entre los jubilados y los inactivos (80,0% y 60,0%, respectivamente). No obstante, no parece directamente asociada a la mayor disponibilidad de tiempo, pues también los empleados dependientes muestran índices altos de participación en actividades adicionales (55,6%), mayores que los observados entre los independientes y las amas de casa (47,8% y 36,8%, respectivamente). Es evidente que otras variables intervienen en el grado de participación de los voluntarios.

Por su parte, en el gráfico 12 se observa que **son los migrantes los que mayoritariamente llevan a cabo actividades adicionales de voluntariado** (un 85,2% de ellos). Esta observación es inesperada y plantea más de una hipótesis sobre los migrantes:

- Estos tienen una mayor necesidad de ampliar sus redes sociales y generar mayor **capital social**.

- Los migrantes conservarían elementos culturales distintos de los urbanos, en los que se valoran las actividades colectivas con mayor fuerza.
- Este segmento concentraría a los individuos con mayor disponibilidad de tiempo. Sin embargo, la encuesta refuta esta hipótesis.

Gráfico 12
Nivel de participación en actividades alternativas de voluntariado según migración (En porcentajes)



Fuente: CIUP 2001.
Elaboración propia.

El cuadro 5 parece sugerir que las tres hipótesis anteriores tienen algún grado de relevancia. Los migrantes voluntarios son en general personas de mayor edad. El 29,6% de ellas superan los 64 años de edad. Desde esta perspectiva, es razonable pensar simultáneamente en migrantes con mayor disponibilidad de tiempo (25,9% de estos voluntarios está jubilado), con mayor apego a sus raíces culturales (por su mayor edad) y carentes de una red social que los acoga.

En esta misma línea, la encuesta estima que el 52,2% de los migrantes con “doble filantropía” se dedica a labores de Iglesia en su actividad adicional. Entre los no migrantes, el ámbito más frecuente es la seguridad y la defensa civil (38,5%), y las labores de la Iglesia ocupan el segundo lugar. En ambos casos, es evidente la importancia de factores religiosos en los voluntarios.

Cuadro 5
Edad de los voluntarios del PNV, según migración
(En porcentajes)

	No migrante	Migrante
18 a 24	17,4	0,0
25 a 34	2,2	11,1
35 a 44	26,1	3,7
45 a 54	21,7	29,6
55 a 64	17,4	25,9
65 a más	15,2	29,6

Fuente: CIUP 2001.

Elaboración propia.

4.2 Relación del voluntario con el PNV

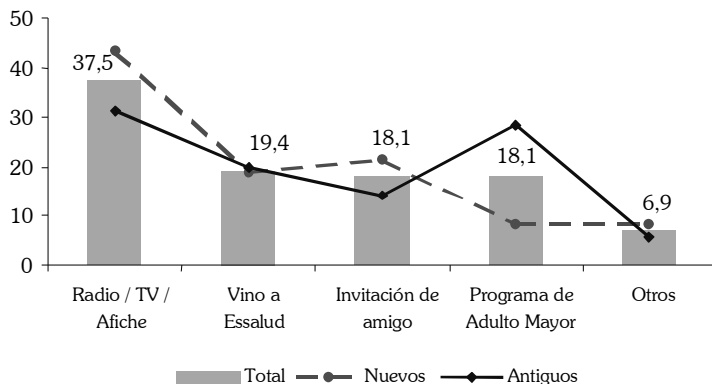
El gráfico 13 muestra que la expansión del PNV se ha apoyado principalmente en los medios de comunicación masiva (radio, TV y afiches). El 37,5% de los voluntarios se enteró de la existencia del programa por esos medios. Este resultado reitera una vez más el carácter masivo del PNV. En segundo lugar, el 19,4% de los voluntarios conoció el programa al visitar, ellos o sus familiares, un establecimiento de EsSalud. En esta alternativa la difusión se logró a través del contacto de los individuos con voluntarios activos, o con la publicidad desplegada en los mismos centros de atención.

Este segundo medio de difusión es especialmente interesante porque refleja de algún modo un “crecimiento natural” del programa: se trata de voluntarios que no son atraídos por una campaña *ad hoc* sino, por ejemplo, por un encuentro casual con un voluntario durante su consulta de salud. También las invitaciones de amigos o familiares a participar reflejan este crecimiento natural y, en conjunto con las visitas a centros de EsSalud, representan el 37,5% de la captación de voluntarios. Así, el crecimiento natural del programa alcanza una importancia equivalente al reclutamiento por medios masivos.

Asimismo, el gráfico 13 relaciona el medio de difusión del PNV con la antigüedad de los voluntarios. Estos son considerados “antiguos” si pertenecen al 50% de voluntarios con mayor número de meses en el programa, o “nuevos” si pertenecen a la mitad de más reciente incorporación. Se aprecia que en la primera etapa existía una fuerte dependencia del Programa del Adulto Mayor (28,6% de los voluntarios antiguos se incorporaron al PNV a través del mismo). Más adelante toman preponderancia aun mayor la difu-

sión masiva y, en menor medida, la invitación de un amigo. En suma, cobra una mayor importancia el “crecimiento natural” aunque, por otro lado, las campañas de captación atraen personas de un espectro más amplio que los adultos mayores.

Gráfico 13
Medio por el que el voluntario se enteró del PNV

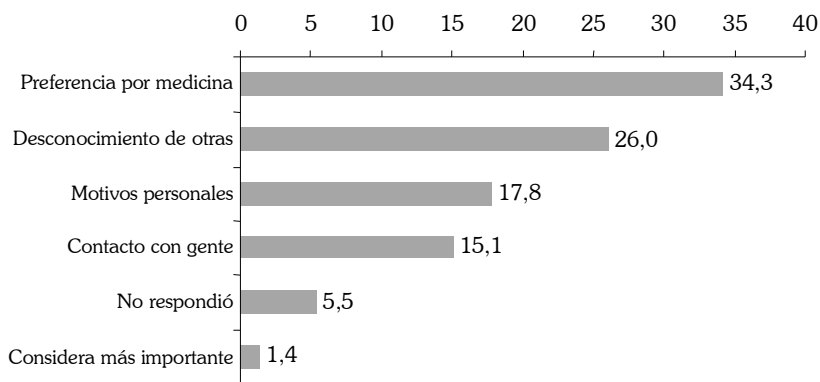


Fuente: CIUP 2001.
Elaboración propia.

Según el gráfico 14, la preferencia por los temas de salud aparece como la primera razón por la que los voluntarios escogieron el PNV antes que otras organizaciones de filantropía. El 34,3% de los voluntarios señaló este motivo. Asimismo, es interesante observar que el 26,0% indica que no tenía conocimiento de otras alternativas cuando decidió ingresar al PNV. Este resultado sugiere la existencia, en los niveles socioeconómicos inferiores, de una disposición a participar en voluntariados que, sin embargo, no llega a concretarse por el desconocimiento de modos para encauzarla. El PNV aprovechó este potencial de ayuda y, nuevamente, resalta la importancia de su carácter masivo y no exclusivo.

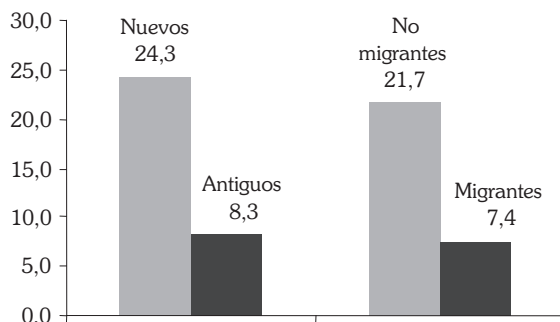
La encuesta pregunta también “¿hasta cuándo planea permanecer en el PNV?”. La mayoría de los voluntarios (el 83,6%) indicó estar dispuesto a permanecer indefinidamente en el programa. Estas respuestas subrayan nuevamente el nivel general de compromiso de los voluntarios. Sin embargo, el gráfico 15 identifica dos grupos en los cuales fue relativamente alto el porcentaje de encuestados que plantearon algún tipo

Gráfico 14
Razones por las que el voluntario prefirió el PNV
frente a otras alternativas
 (En porcentajes)



Fuente: CIUP 2001.
 Elaboración propia.

Gráfico 15
Voluntarios que plantean alguna restricción a su permanencia
 (En porcentajes)



Fuente: CIUP 2001.
 Elaboración propia.

de limitación a su participación en el PNV (disponibilidad de tiempo o, incluso, un plazo fijo predeterminado).

En concreto, esta menor disposición de permanecer en el programa es más frecuente entre los voluntarios "nuevos" (24,3%) y los no migrantes (21,7%). Las particularidades de los voluntarios migrantes ya han sido comentadas, y este último resultado parece reforzar las hipótesis anteriores. Por ello, es más interesante en este momento el menor nivel de compromiso de los más recientemente incorporados. Si las recientes captaciones han perdido "calidad", debe estudiarse el motivo y los modos de revertir esta tendencia. La menor disponibilidad de permanencia de los más recientes es especialmente llamativa porque, *a priori*, los más antiguos deberían en principio sentirse más agotados por el programa y tienen mayor motivo para considerar que ya han realizado un aporte significativo.

Cuadro 6
Distancia entre distrito de residencia del voluntario y el PNV
(En porcentajes)

	HN Almenara (La Victoria)	HN Rebagliati (Jesús María)	Rodríguez Lazo (Chorrillos)	Angamos (Miraflores)	Díaz Ufano (San Juan de Lurigancho)	Total
Mismo distrito	21,4	14,3	82,8	17,6	100,0	38,5
Distrito vecino	7,1	23,8	18,1	41,2	0,0	20,5
Distrito lejano*	71,4	61,9	0,0	41,2	0,0	41,0

* Se considera distrito lejano a aquel que no es adyacente al distrito donde se ubica el centro de salud.

Fuente: CIUP 2001.

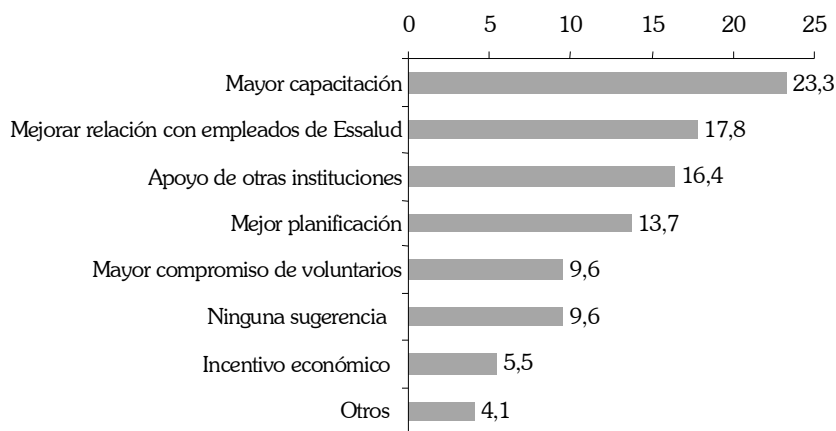
Elaboración propia.

Por otra parte, la encuesta refleja de varios modos la satisfacción de los voluntarios por participar en el PNV. El 91,8% de los voluntarios ha invitado a conocidos suyos a incorporarse al programa. Esta conducta revela algún tipo de satisfacción de los voluntarios con el compromiso que han adquirido. Más aún, el 68,5% de los voluntarios indicó que incluso había logrado que al menos uno de sus conocidos se uniese al PNV. Otro reflejo de la disposición a colaborar de los voluntarios aparece en el cuadro 6, que muestra que el 41,0% de los mismos reside en un distrito "lejano" con relación al establecimiento de salud donde colabora. La necesidad de cubrir distancias es especialmente alta en los Hospitales Naciona-

les, pues los establecimientos de menor nivel procuran agrupar a los voluntarios de sus respectivas zonas.

Finalmente, el gráfico 16 indica que los voluntarios consideran que la manera más adecuada de mejorar el PNV implicaría, principalmente, recibir una mayor capacitación (23.3%) y mejorar las relaciones con los empleados de EsSalud (17.8%). Las razones de las tensiones con los integrantes de la institución han sido tratadas en la sección precedente, y este resultado se limita a confirmar la información obtenida por las entrevistas con funcionarios de EsSalud y del PNV.

Gráfico 16
Recomendaciones de los voluntarios sobre el PNV
(en porcentajes)



Fuente: CIUP 2001.

Elaboración propia.

Es importante observar que son minoritarias las respuestas que aluden a algún tipo de ineficacia por parte de los coordinadores del programa (solo 13,7% espera una “mejor planificación”) o algún tipo de interés económico (5,5% desearía algún “incentivo económico”). En este último caso, debe tomarse en cuenta que, además de voluntarios interesados en una compensación por sus servicios, se incluyen personas que requieren financiar los gastos asociados a su participación (transporte, refrigerio, etc.).

5. *Motivación: constancia y deserción de voluntarios*

Finalmente, sobre la base de los puntos anteriores, puede abordarse el aspecto más interesante del PNV: la movilización de más de cinco mil personas en torno de una iniciativa de voluntariado. Ciertamente, el PNV se distingue de otras organizaciones por el hecho de que está atado a EsSalud, la segunda institución más grande del país luego del Estado. Sin embargo, aun así resulta sorprendente la cantidad de voluntarios involucrados.

El programa sorprende también porque convoca mayoritariamente a voluntarios de los estratos de menores ingresos. La experiencia del PNV revela que, aun cuando las necesidades básicas de la propia familia están en riesgo de no ser cubiertas, las personas son capaces de comprometerse a apoyar las necesidades de los demás. Desde esta perspectiva, se trata de una experiencia especialmente valiosa.

La recolección de las encuestas empleadas en esta investigación, así como ocasionales entrevistas adicionales con algunos voluntarios, han permitido recoger una impresión directa del afán de servicio que domina en el ambiente del PNV. Aunque en algunos casos existen intenciones cuestionables, que se comentarán más adelante, es importante comenzar por resaltar la importancia de un fenómeno de cinco mil personas comprometidas con una iniciativa concreta de servicio.

¿Qué factores se encuentran detrás de la participación de los voluntarios? Siempre se hallan tres posibles motivos: *extrínsecos* (una reacción de otro con respecto a uno es el eje de interés), *intrínsecos* (se busca un efecto de la acción en uno mismo) o *trascendentes* (se busca un efecto por el bien del otro).¹⁴ Por ejemplo, un médico trabaja por los honorarios que sus pacientes le pagarán (motivación extrínseca), porque aprende durante el tratamiento (motivación intrínseca), o porque desea el bien del enfermo (motivación trascendente). Ordinariamente, estas tres motivaciones están simultáneamente presentes en cualquier acción de toda persona. Por tanto, como en cualquier otra organización humana, en el PNV la cuestión es descubrir qué tipo de motivación prima entre sus miembros.

En la Encuesta PNV, se formuló al voluntario una pregunta abierta sobre “¿qué lo motivó a participar?”. Desde luego, la mayoría de los encuestados (84%) mencionó motivos relacionados con el deseo de servir. Además, con la excepción de algunos casos puntuales, el resto de volunta-

14 Se toman los términos y conceptos de Pérez López (1997).

rios se refirió a este mismo deseo, aunque añadió algún matiz adicional (disfrutar el alivio del enfermo, sentirse útil, recibir el agradecimiento de las personas, etc.). Por lo demás, es interesante notar que la motivación de sentirse útil se concentra en un 87,5% entre los desempleados, las amas de casa y los jubilados; es decir, en las personas con mayor probabilidad de pensar que es escaso el aporte que brindan a sus familias.

Respuestas similares se obtienen sobre “¿Qué es lo que más le gusta en el PNV?”. Solo el 9,6% menciona aspectos distintos de la satisfacción de ayudar. En la mayoría de los casos, estos otros aspectos se concentran en torno de la amabilidad del grupo humano que participa en el PNV. Por otro lado, casi la mitad de los encuestados que mencionaron la satisfacción de ayudar subrayaron especialmente la gratificación que representa para ellos el agradecimiento de los pacientes y, en general, el contacto humano con ellos.

Ciertamente, la encuesta revela en los voluntarios una motivación fundamentalmente trascendente. Sin embargo, aparecen rastros secundarios de una motivación intrínseca. En otras palabras, aunque la mayoría actúa con desinterés, para algunos existe una búsqueda indirecta de la propia satisfacción a través de sentirse útil, del contacto con los enfermos, de su agradecimiento, etc.

Las motivaciones trascendentes son permanentes: siempre existen enfermos necesitados de ayuda (en los establecimientos de EsSalud). En cambio, las motivaciones intrínsecas son menos fuertes (la satisfacción de ayudar puede ceder ante algún otro sentimiento, por ejemplo); y las extrínsecas, aun más volubles. Por ello, cuanto mayor es la fuerza de las motivaciones trascendentes dentro de una organización, mayor será la probabilidad de continuidad de la misma. ¿Cómo se concilia esta observación con el decrecimiento del PNV durante el año 2001? Aparecen tres puntos por comentar:

- En primer lugar, la muestra de la encuesta está limitada a voluntarios que, de hecho, están prestando servicios en los centros asistenciales. De este modo, está sesgada hacia los voluntarios más activos y comprometidos.
- En segundo lugar, se puede argüir que las respuestas a las encuestas no reflejan la realidad, pues los encuestados contestan con un *diché*. Si hubiera alguna motivación adicional, es probable que el encuestado la oculte por vergüenza o porque sabe lo que se espera que responda.
- Finalmente, y como prolongación del punto anterior, es verosímil (y

algunas autoridades de EsSalud así lo temen) que algunos voluntarios estén en efecto buscando un empleo remunerado (motivación extrínseca). Nuevamente, resulta crucial el perfil socioeconómico bajo de los voluntarios.

Sobre esta última hipótesis, es importante mencionar que no ha sido posible verificarla de modo alguno. Si los encuestados no manifiestan sus intenciones, es imposible conocerlas. Es ciertamente injusto atribuir a los voluntarios una general ambición de conseguir un puesto laboral, pero no se puede descartar que al menos una minoría de ellos la tenga.

Es importante afirmar que los interesados en el PNV son capacitados y entrevistados antes de su incorporación. En esas etapas previas, se les advierte que no recibirán remuneración alguna. Si la persona era motivada por la búsqueda de un pago en efectivo (o de un refrigerio o algún material), es muy probable que decida alejarse del programa en estas fases, antes de iniciar sus labores. Desde luego, una cierta inercia (la curiosidad, la vergüenza de retirarse, etc.) podría llevarlos a incorporarse por algún tiempo al PNV, pero es evidente que no se tratará de un voluntario permanente. Alternativamente, también la esperanza de conseguir ser contratado de algún modo podría mantenerlo activo.

Desde esta perspectiva, resultan razonables las altas tasas de deserción registradas entre la capacitación y la incorporación al programa. Más aún, serían beneficiosas, pues así los voluntarios poco o mal motivados se apartan del PNV. También resulta natural esta deserción durante las primeras semanas en el programa.

Desde luego, EsSalud y el PNV afrontan un costo por estas deserciones, que alcanzan en el plano nacional al 57,7% de los capacitados: solo el 42,3% de estos ha permanecido como voluntario hasta la fecha. EsSalud provee a estos voluntarios de materiales (camperas, fotochecks) y capacitación. A su vez, el PNV se esmera por ofrecer un entrenamiento *in situ* en las labores por desarrollar. Este entrenamiento requiere tiempo de otros voluntarios y, especialmente, de los coordinadores y, quizá, se trata del mayor costo de las deserciones. Sin embargo, dado el carácter masivo de la convocatoria (a estratos de bajos ingresos), estos costos parecen inevitables para lograr contar con voluntarios con una motivación real y duradera.

Por otro lado, aquella esperanza de contratación puede permanecer oculta y motivar la permanencia de los voluntarios en el programa. Como ya se ha comentado, parece una hipótesis verosímil por las condiciones

socioeconómicas de los voluntarios. No obstante, la larga permanencia de la mayoría de voluntarios (14,7 meses en promedio hasta el momento) y la impresión personal de los mismos no parecen justificar una sospecha general de falta de rectitud en sus intenciones.

Como un esfuerzo por “cuantificar” la motivación de los miembros del PNV, la encuesta incluyó en los hospitales nacionales un simulacro de decisión de inversión en programas de salud. Se trata de un simulacro diseñado por Lindholm y Rosén para calcular un índice de valoración de la equidad social en cuanto a la distribución de la salud.¹⁵

El índice de Lindholm y Rosén puede variar entre 0 y 1, y refleja una mayor valoración de la equidad cuando más se acerca a la unidad. En el caso de los 35 voluntarios encuestados en hospitales nacionales de Lima Metropolitana, se obtuvo un índice de 0.92. Lamentablemente, se carece de estimaciones para otras poblaciones similares, que podrían servir de puntos de referencia para interpretar este índice. Solo se cuenta con las estimaciones de Lindholm y Rosén para 24 autoridades del sector de salud en Suecia. Ellos obtienen un valor de 0.88. Según estos resultados, puede aventurarse que los voluntarios del PNV tienen una especial sensibilidad por la equidad social de la salud. Desde esta perspectiva, es verosímil atribuirles una motivación mayoritariamente trascendente por servir a los enfermos y relegar a un segundo plano cualquier otra intención que se podría argüir.

La Dirección del PNV ha procurado conservar y nutrir esta motivación de los voluntarios por medio de diversas actividades: charlas (programadas

15 La metodología propuesta por Lars Lindholm y Mans Rosén parte de la definición de un ratio $E = H_{EDE}/H^*$, donde H_{EDE} es un nivel de salud “equitativamente distribuido equivalente” (*equally distributed equivalent*) al actual nivel promedio de salud H . Se entiende que esta equivalencia es determinada por las preferencias de los miembros de la sociedad. Por ejemplo, si la sociedad acepta sacrificar que la salud sea idéntica para todos los individuos en un nivel de 10 a cambio de una distribución desigual que alcanza un promedio de 15, puede decirse que $E < 10/15$. En el simulacro desarrollado, para cada uno de los tres escenarios, se calcula el porcentaje de personas que decidió sacrificar el programa “focalizado”, equitativo. Para cada caso, se determina así para qué porcentaje de individuos se verifica $E < a_i$, donde a_i es el ratio H_{EDE}/H^* asociado al i -ésimo escenario. Una vez asignado un rango $E < a_i$ para cada uno de los encuestados, se interpola la mediana de la distribución: ¿para qué valor a_i se obtendría que el 50% de la población sacrificaría la equidad a cambio de la eficiencia? Este valor mediano es asumido como representativo del ratio E para el conjunto de la sociedad. Ver Lindholm y Rosén, 1998.

con cierta regularidad en cada centro asistencial) y Talleres de motivación (más complejos y realizados en los hospitales nacionales). Con este fin, también en el año 2000, tuvo lugar un Encuentro Nacional de Coordinadores Departamentales y Coordinadores de los Centros Asistenciales de Lima.

Asimismo, se han organizado actividades de integración de los voluntarios, con el propósito de que la amistad entre ellos afiance su decisión de continuar en el programa. Se han programado encuentros departamentales de todos los voluntarios con motivo del aniversario del programa, de las fiestas de Navidad, etc. En estas oportunidades, se entregaron recordatorios y premios simbólicos como un modo de agradecer el esfuerzo de los voluntarios.¹⁶

6. Conclusiones

El PNV es la primera organización de voluntariado institucional de EsSalud, y ha presentado, durante su breve duración, un impresionante crecimiento tanto en el número de voluntarios participantes (más de cinco mil en diciembre del año 2000) como en la amplitud de la red de establecimientos en los que se desenvuelve. El PNV es una iniciativa descentralizada con presencia en 22 departamentos del país.

El PNV es, además, una clara demostración del empeño y la calidad humana de quienes conforman su dirección y de los voluntarios. En ambos casos, la entrega desinteresada de su tiempo y esfuerzo constituye, en sí misma, el primer valor por resaltar. La satisfacción de los voluntarios por participar se refleja en que el 91,8% de ellos ha invitado a sus conocidos a incorporarse al programa.

No obstante, el PNV ha ingresado en el año 2001 a una etapa de decrecimiento. El número de voluntarios se ha contraído en 3,9% durante el primer trimestre de este año. Sin embargo, esto no significaría que se ha alcanzado el tamaño óptimo del programa. La gran desproporción entre empleados y asegurados crea de hecho un importante espacio de acción. Más bien, la respuesta parece estar en la pérdida de decisión dentro de la dirección del PNV. El cambio de la administración de EsSalud y, en especial, el alejamiento de la fundadora (y esposa del expresidente de la institu-

16 La fuente de información de los párrafos precedentes son las entrevistas realizadas con la Sra. Carmen Adrianzén de Vásquez, ex presidenta y fundadora del PNV, y con la Sra. Blanca Robles de Mispireta, actual vicepresidenta del PNV.

ción) han menguado el ímpetu de crecimiento del programa. Estos cambios han dado lugar a un deterioro de las relaciones entre el PNV y EsSalud.

Según la encuesta realizada, el perfil del voluntario del PNV puede resumirse por los siguientes rasgos: se trata mayoritariamente de una mujer (82,2%); mayor de 45 años de edad (65,8%); con educación superior no universitaria (39,7%) o secundaria (30,1%); con trabajo independiente (28,8%), quehaceres domésticos (26,0%) o en jubilación (13,7%); y de nivel socioeconómico C, D y E (50,0%).

Solo cuando se considera que la mayoría de los voluntarios son personas que no logran satisfacer sus propias necesidades –recuérdese que el 40,3% de ellos son pobres o pobres extremos–, se entiende el valor de su acción en su verdadera dimensión. Por otro lado, el hecho de que se trate de personas de bajos ingresos presenta dos desventajas principales.

En primer lugar, se incrementa la probabilidad de que la motivación para incorporarse al programa sea buscar un puesto de trabajo en EsSalud. En todo caso, aunque esto no fuera así, esta hipótesis es más plausible de creer por parte de los empleados. Esta creencia genera roces entre estos empleados y los voluntarios. De otro lado, se trata de roces comunes en este tipo de experiencias y, en general, deberían tender a desaparecer con el tiempo. De todos modos, dadas las peculiaridades del PNV, una medida para mejorar estas relaciones sería la eliminación del Cuaderno de Incidencias.

En segundo lugar, los voluntarios se hallan en una posición en la que no pueden evitar que, en ocasiones, los empleados les trasladen injustificadamente parte de su carga de trabajo. Esta situación hace necesario un mayor control por parte de las autoridades de EsSalud. Actualmente, este traslado constituye una de las preocupaciones de estas autoridades con respecto al PNV.

En relación a lo anterior, es importante determinar el campo de acción de los voluntarios. Estos pueden asumir las actividades propias del voluntariado (definidas como la búsqueda de la “calidez” en la atención) y, además, colaborar con los empleados en sus labores. Frente a la insuficiencia de EsSalud para atender a los asegurados, el apoyo de los voluntarios es valioso. Con las medidas oportunas, puede evitarse que este apoyo se desvirtúe por abusos de parte de los empleados.

Finalmente, un resultado interesante del estudio, y que puede dar lugar a mayor investigación, es la mayor disposición de los pobladores migrantes a involucrarse en otras actividades de voluntariado y a permanecer más tiempo en el PNV. Preliminarmente, esta tendencia podría asociarse a valores culturales particulares de estos pobladores, más inclinados a valorar el ámbito de la comunidad.

Bibliografía y fuentes de información

- Apoyo Opinión y Mercado S.A. (2000). *Niveles socioeconómicos de Lima Metropolitana*. Lima: Apoyo Opinión y Mercado S.A.
- Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP) (2001). *Encuesta PNV*. Lima: CIUP.
- Cuánto, S.A. (2000a). *Perú en Números 2000*. Lima: Cuánto S.A.
- (2000b). *Encuesta nacional de niveles de vida 2000*. Lima: Cuánto S.A.
- Lindholm, Lars y Mans Rosén (1998). “On the Measurement of the Nation’s Equity Adjusted Health en Health Economics”, en *Health Economics*. Vol. 7. Pp. 621-628.
- Pérez López, Juan Antonio (1997). “El poder... ¿para qué?”, en *In memoriam del Profesor Juan Antonio Pérez López*. Barcelona: Instituto de Estudios Superiores de la Empresa.
- Portocarrero, Felipe y Armando Millán (2001). *Perú: ¿país solidario?* Lima: CIUP.

Además, para la presente investigación, se sostuvieron siete entrevistas con personas involucradas con el PNV y otras experiencias de voluntariado.

- Sra. Carmen Adrianzén de Vásquez, Expresidenta y fundadora del PNV.
- Sra. Blanca Robles de Mispireta, Vicepresidenta del PNV.
- Dr. Carlos Acosta, Asesor de la Gerencia Central de Operaciones.
- Sra. Carmen Rosa Gutiérrez, Subgerente de la Unidad de Apoyo y Coordinación de EsSalud.
- Sr. Frank Quintana, Subgerente de la Unidad de Apoyo y Coordinación de EsSalud.
- Dr. Carlos Ramírez Santos, Director del Políclínico de EsSalud “Samuel Mongrut” de San Miguel.
- Sra. Ana de Bianchi, Exdirectora del Comité Central de Voluntariado de la Asociación “Stella Maris”, con sede en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora”.