

Resumen

Contexto: desde la Declaración de Alma-Ata, se ha abogado de forma generalizada por mejorar el acceso a servicios de atención de salud por medio de iniciativas para prestar servicios más cerca de donde las personas viven y trabajan. A pesar de los esfuerzos por lograr esto en Etiopía, fue solo en el año 2003 cuando se hizo realidad el plan de llevar un paquete de servicios de salud esenciales a nivel de *kebele* (aldea) se hizo realidad. Esto se llevó a cabo mediante el programa de extensión de los servicios de salud (Health Services Extension Program, HSEP por sus siglas en inglés).

Objetivo: investigar si la introducción del HSEP en la zona Jimma ha mejorado la cobertura y capacidad de inclusión de los servicios de atención primaria de salud ofrecidos a las poblaciones en las áreas rurales de esa zona.

Métodos: se realizó un estudio transversal en tres *woredas* (distritos) elegidos de forma aleatoria en la zona de Jimma del suroeste de Etiopía. Los datos se recopilaron durante los meses de mayo, junio y julio del 2009. Se utilizó un cuestionario estructurado para entrevistar a las mujeres cabezas de familia de hogares de nueve *kebeles* que habían sido seleccionados de forma aleatoria de tres *woredas*. Se realizaron entrevistas exhaustivas y grupos de discusión con trabajadores de extensión de salud (TES) seleccionados de forma deliberada, así como con trabajadores voluntarios de salud de la comunidad, miembros de comités de salud de los *kebeles* y administradores de servicios de salud de las oficinas de la salud de los *woredas* y el Departamento de Salud de la zona de Jimma. Se analizaron y triangularon los datos obtenidos para cumplir con los objetivos del estudio.

Resultados: solo un 64,0 % de los *kebeles* tenían puestos de salud funcionales, aunque en solo alrededor de un 32 % de los *kebeles* en la zona de Jimma se están creando puestos de salud. Sin embargo, se advirtió que se ya se habían asignado dos TES a la mayoría (un 93,7 %) de los *kebeles* de la zona. El índice de vacunación, según el estándar DPT3, era de un 67,9 %, y el 10 % de los niños menores de dos años incluidos en la investigación sufrían de diarrea. En cuanto a la cobertura de servicios de salud materna, el 53 % de las mujeres utilizan los métodos de planificación familiar, el 72 % de las mujeres embarazadas reciben por lo menos una sesión de cuidados prenatal, el 8 % de las mujeres dieron a luz en instituciones de salud y el 15 % de las madres recibieron la visita de un TES. En una evaluación de la higiene ambiental y personal se halló que solo el 10,2 % de los hogares se deshacían de los excrementos en el campo abierto y solo un 13,2 % y un 10,4 % de los hogares se lavan las manos con jabón después de usar la letrina y antes de las comidas principales, respectivamente.

Los participantes de las entrevistas exhaustivas y de los grupos de discusión señalaron que se han observado mejoras después de la llegada de los TES, en particular con relación al acceso a los servicios de salud, aceptación de la construcción de letrinas y su uso por parte de la comunidad, así como higiene ambiental y personal e inmunización. Los TES trabajan con casi todas las estructuras sociales, culturales, religiosas y administrativas disponibles en los *kebeles* para tener impacto en la participación de la comunidad y las medidas

intersectoriales en pro de la salud. Excepto las escuelas y, en cierta medida, los agentes de desarrollo agrícola que trabajan con los TES a nivel de los kebeles, no existen muchas iniciativas intersectoriales en pro de la salud a niveles más altos.

Conclusiones: se observó que el acceso físico a servicios de atención primaria de salud, incluida la planificación familiar, los cuidados prenatales, la higiene ambiental y personal, así como la disponibilidad de información de salud sobre la prevención de problemas comunes de salud mejoró significativamente en los kebeles del estudio en el momento en que se introdujo el HSEP. Sin embargo, a pesar de las mejoras en la cobertura, el carácter integral del enfoque de los servicios médicos no se ha desarrollado en la medida que se esperaba, en particular a nivel de distrito y de zona. Más específicamente, parece que existe la colaboración intersectorial en el área de la salud se produce a nivel de kebele. Sin embargo, la ausencia de indicios de colaboración intersectorial a niveles más altos terminará por afectar lo que está ocurriendo a nivel de las aldeas.

Recomendaciones: además de los esfuerzos por mantener los logros en la mejoría de la cobertura, hace falta asegurar que las actividades estén ligadas a resultados de salud favorables, tales como el uso de métodos de planificación familiar, búsqueda de tratamiento temprano y manejo apropiado de la diarrea en los hogares, uso de los mosquiteros tratados con insecticida y atención institucional/profesional para el parto. Se debe mantener la participación comunitaria a nivel de la aldea entre todas las partes interesadas por medio del apoyo y seguimiento por parte de las oficinas de salud de los distritos, los centros de supervisión de salud y el departamento de salud de la zona. Crear un mecanismo operativo para emprender y mantener una iniciativa intersectorial de salud a niveles más altos debería también ser una prioridad para las oficinas de salud del distrito, el departamento de salud de la zona y la Oficina de Salud regional de Oromía.