

Contribución de la trabajadora ASHA (Accredited Social Health Activist, trabajadora que opera en una aldea) en el marco de la Misión Nacional de Salud Rural (National Rural Health Mission, NRHM por sus siglas en inglés) para la aplicación de la atención primaria de salud integral en el distrito de Champaran del Este, en el Estado de Bihar, India.

Autores: *Dr. Vandana Kanth, Dr. Anil Cherian, Dr. George Jameela - Emmanuel Hospital Association, Nueva Delhi (India)*

Introducción:

La Misión Nacional de Salud Rural (NRHM, por sus siglas en inglés) en India entre el 2005 y el 2012 fue lanzada para revitalizar un sistema de salud pública que se venía abajo. Una pieza clave para las reformas fue la introducción de un grupo de mujeres de las aldeas, llamadas *activistas sociales acreditadas de la salud* (ASHA, por sus siglas en inglés). La trabajadora ASHA es el más reciente de una larga serie de acercamientos por parte del Gobierno para incorporar un trabajador de la salud a nivel de las aldeas.

La actual serie de reformas en el marco de la NRHM debe considerarse en el contexto de los esfuerzos mundiales para revitalizar la salud en todas las agendas y promover la atención primaria de salud integral (APS-I). El concepto de la APS-I implica la equidad en el acceso a la atención de salud, la reducción de la vulnerabilidad de las comunidades a la salud precaria por medio del empoderamiento de la comunidad y un intento de abordar los determinantes sociales de la salud.

La pregunta de investigación global que estamos tratando de responder es la siguiente: ¿cómo se pueden reforzar las contribuciones de la ASHA a la atención primaria de salud integral?

Los objetivos de investigación y los objetivos de este estudio eran:

1. analizar las contradicciones patentes en los papeles definidos de las ASHA y su práctica actual;
2. analizar la contratación y proceso de capacitación de las ASHA, las características y los niveles de apoyo de la comunidad y los efectos de estos en su capacidad para contribuir a la APS-I en las comunidades;
3. analizar los factores contextuales (los adyuvantes y los obstáculos) que afectan el desempeño de las ASHA, específicamente en cuanto a mejorar los comportamientos referentes a la salud, a incrementar el uso de los servicios de atención primaria, a las derivaciones a tiempo a los niveles secundarios de atención apropiados, a fomentar la capacidad de la comunidad para evaluar, analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

Metodología:

Este estudio se llevó a cabo en dos bloques que comprenden los 43 panchayats (unidades de Gobierno local) y 187 aldeas en el distrito de Champaran del Este al norte de Bihar en la India entre los años 2009 y 2010. Se utilizaron métodos mixtos. *Los métodos cualitativos* incluyeron 60 discusiones de grupos con diversas organizaciones de base comunitaria, tales como el grupo de mujeres, el grupo de agricultores y las PRI (Panchayati Raj Institutions). En ambos bloques se llevaron a cabo diez grupos de discusión con las ASHA. Se llevaron a cabo entrevistas de informantes claves entre los educadores en salud, los oficiales médicos de los centros de atención primaria y el coordinador estatal de las ASHA. Se implementaron métodos

participativos con grupos comunitarios como Venn Diagram (Chappati) y también se utilizaron métodos de valoración de tareas por orden de dificultad. Se llevaron a cabo entrevistas estructuradas con 199 ASHA, 17 auxiliares de parteras, 255 trabajadoras anganwadi, 15 miembros panchayat y 11 muckiya (jefes de aldea). Se realizó una encuesta domiciliaria sobre conocimientos, prácticas y comportamientos (KPB, del inglés *knowledge, practice & behaviour*) en la comunidad para evaluar la eficacia de las ASHA.

Conclusiones del estudio:

- Sólo el 22 % de las ASHA del distrito contaba con una cierta comprensión de su papel según se indica en las directrices para las ASHA en la NRHM. El 78 % restante sabía poco o nada acerca de sus funciones.
- Los trabajadores de la salud que son funcionarios del Estado (las enfermeras parteras y los especialistas en desarrollo infantil), los líderes de la comunidad y otras partes interesadas de la comunidad tenían un conocimiento limitado con respecto al papel de las ASHA. La mayoría las veían como trabajadoras subalternas adicionales dentro del marco del programa de salud reproductiva y del niño y pensaban que sus funciones se circunscribían principalmente a inscribir a las embarazadas, a movilizar a la comunidad para que utilice los servicios de inmunización y a prestar apoyo a las madres durante el parto. La mayoría no era consciente de que el cuidado del recién nacido (< 18 %) o la promoción de servicios de planificación familiar (< 13%) formaba parte de sus funciones. Más importante aún es que no se veían a sí mismas como educadoras en salud comunitaria y no sabían que parte de su trabajo era tratar otros determinantes sociales de la salud como la seguridad alimentaria, el agua o el saneamiento. No se observó una gran diferencia entre lo que entendían, excepto que las auxiliares de parteras, que son trabajadoras de la salud de primera línea, opinaban que las ASHA también deberían tener participación en el cuidado y la prevención de la tuberculosis.
- Las tareas más comunes asumidas realmente por las ASHA coincidían con las siguientes percepciones: un 59 % de las ASHA tuvo participación en la inscripción de embarazadas, de 31 a 34 % tuvo participación en facilitar la inmunización de embarazadas y niños, un 30 % asistió a embarazadas en partos institucionales y un 22 % tuvo participación en la movilización de las mujeres para el cuidado prenatal.
- Ninguna de las ASHA participó en planificar la salud local de ninguna de las aldeas, en facilitar la provisión de tarjetas que indican un nivel por debajo del umbral de la pobreza (*below poverty line cards*), las cuales categorizan los hogares en función de sus recursos), en promover el uso de inodoros y no tenían vínculos con el Comité de Salud y Saneamiento de la Aldea/Panchayat. Todas estas funciones se encuentran en el Manual de las ASHA, publicado por la NRHM.
- Ninguna de las trabajadoras anganwadi, los miembros del Panchayat o los mukhiya comprenden el papel de las ASHA como activistas sociales de la salud. La mayoría de las ASHA que fueron entrevistadas confundían el activismo social con el trabajo voluntario.

- El estudio sacó a la luz que el nivel de estudios (por encima o por debajo del 8°. grado), los factores de capacitación o la orientación de las auxiliares de parteras o de las trabajadoras anganwadi no estaba relacionado con la comprensión que tienen las ASHA de sus funciones.
- La contratación y la capacitación de las ASHA en Champaran del Este en Bihar no se realizó conforme a las reglas de la NRHM. La mayoría de las ASHA (un 65 %) fueron contratadas por el jefe de la aldea (mukhiya) y en uno de los dos bloques en los que se llevó a cabo el estudio; el oficial médico de APS seleccionó al 33,9 % de las ASHA. El gram panchayat participó en la selección de menos del 10 % de las ASHA.
- La capacitación de las ASHA fue muy variada. La tercera parte de las ASHA del bloque Adapur ni siquiera estaba capacitada para realizar una inducción. El resto de las ASHA tuvieron sólo siete días de capacitación inicial con el oficial médico de APS. El método de capacitación más utilizado fue la lectura del manual.
- Las ASHA casi no contaban con el apoyo de los panchayat. Los jefes de la aldea participaron sólo en el proceso de contratación. Incluso la asistencia que recibieron de las auxiliares parteras o de las trabajadoras anganwadi fue limitada. Sólo el 40% de las ASHA mencionó haber recibido asistencia de las auxiliares parteras y el 60 % de las trabajadoras anganwadi. La ayuda principal de la auxiliar partera fue la inmunización de niños y embarazadas y de las trabajadoras anganwadi (de desarrollo infantil) fue la identificación de embarazadas.

Debate:

Los hallazgos del estudio reflejan que el conocimiento de las ASHA en cuanto a sus funciones y responsabilidades es muy limitado. La contratación, la capacitación y el apoyo continuo a las ASHA no es el adecuado para lograr que puedan desempeñar un papel integral como se pretende en la NRHM. Si bien el programa Mitanin en Chhatisgarh (el cual sirvió de modelo para crear el programa ASHA), tuvo un éxito mucho más grande, la principal diferencia en comparación con los hallazgos del estudio fue la mayor participación de la sociedad civil en todo el proceso de inducción de las ASHA y un proceso de capacitación mejor.

El estudio también pone de manifiesto el hecho de que incluso las otras partes interesadas, como las auxiliares parteras, las trabajadoras anganwadi, los mukhiya de la aldea y los panchayat no recibieron educación en cuanto al papel de las ASHA. No se crearon Comités de Salud y Saneamiento de la Aldea en Bihar. Por lo tanto, observamos que las ASHA no cuentan con mucho apoyo por parte de las otras partes interesadas con respecto a la participación y el compromiso de la comunidad en un enfoque general de APS-I.

Puesto que había una gran cantidad de deficiencias en todo el programa de las ASHA, el estudio no logró identificar ningún factor importante que impida o facilite la eficacia de una ASHA.

Conclusión:

Ha habido algunas lagunas importantes en el uso de las ASHA en Bihar, según los resultados que arroja este estudio. La eficacia de los trabajadores de salud de la comunidad dependerá en gran medida de la capacitación y del apoyo no solo del sistema de salud, sino aún más de las partes

interesadas claves de la comunidad. Para lograr que el enfoque de APS-I dé frutos, es de vital importancia que se fomente la participación de la comunidad y que esta se involucre en la planificación. Asimismo es muy importante que las organizaciones de la sociedad civil colaboren de manera activa con el Gobierno.

Adición:

Los resultados del estudio se presentaron en el Foro Estatal y Nacional. Algunos cambios importantes ya se han llevado a cabo en el programa de las ASHA en el estado de Bihar. Se extendió la invitación para las ONG a que participen en el apoyo y capacitación de las ASHA. Se está introduciendo el concepto de un asesoramiento de las ASHA.