

Los sistemas de salud y el acceso a las drogas antirretrovirales para el VIH en África Meridional: retos en la entrega de servicios y en los recursos humanos

Helen Schneider,^a Duane Blaauw,^b Lucy Wilson,^c Nzapfurundi Chabikuli,^d Jane Goudge^e

- ^a Profesora Asociada, Centre for Health Policy, University of Witwatersrand, Johannesburg, Sudáfrica. Correo electrónico: Helen.Schneider@nhls.ac.za
- ^b Investigadora Principal, Centre for Health Policy, University of Witwatersrand
- ^c Profesora Asociada Centre for Health Policy, University of Witwatersrand, y Profesora, Health policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, RU
- ^d Investigadora Principal, Centre for Health Policy, University of Witwatersrand
- ^e Investigadora Principal, Centre for Health Policy, University of Witwatersrand

Resumen: *En muchos países en desarrollo, es improbable que se logre un mayor acceso a la terapia antirretroviral (ARV) sin antes fortalecer los sistemas de salud. En este artículo, basado en la experiencia de los autores en África Meridional y en el marco de la Organización Mundial de la Salud sobre el desempeño de los sistemas sanitarios, se reflexiona sobre los retos sistémicos relacionados con la ampliación del acceso a los ARV en los países con grandes epidemias y sistemas de salud deficientes. Aunque se reconoce la brecha aún considerable en financiamiento, se destacan los retos en reorientar la prestación de servicios hacia el tratamiento de enfermedades crónicas y la crisis de recursos humanos en los sistemas de salud. El suministro inadecuado, la deficiente distribución, la baja remuneración y la acelerada migración de los trabajadores sanitarios calificados, son considerados cada vez más como limitaciones clave de los sistemas en la ampliación del tratamiento del VIH. Otros problemas son la productividad y las culturas de prestación de servicios. A medida que más países reciben fondos para los programas de acceso a los ARV, también aumenta la necesidad de contar con una sólida administración nacional de esos programas. En este artículo se propone una serie de tareas administrativas de corto y largo plazo: resistencia a la verticalidad del tratamiento del VIH, evaluación de los trabajadores de la salud comunitarios y su posible función en ampliar el acceso al tratamiento del VIH, acción internacional respecto al éxodo de profesionales y una mayor inversión en las funciones de planificación, producción, remuneración y administración de los recursos humanos nacionales. © 2006 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.*

Palabras clave: *fármacos antirretrovirales VIH, expansión del tratamiento y de los servicios, sistemas de salud, África Meridional.*

Negar el acceso a la terapia antirretroviral (ARV) salvadora de vidas, sea por el precio o por la infraestructura inadecuada, se ha hecho insostenible globalmente. Numerosas sedes y proyectos piloto, algunos internacionalmente aclamados, han demostrado que es posible usar los ARV de manera efectiva en contextos de escasos recursos.^{1,2}

A medida que más y más países reciben recursos externos para embarcarse en programas de tratamiento del VIH, surge una serie de preguntas. ¿Es posible poner las ARV a disposición de grandes cantidades de personas que las necesitan? y ¿cuáles son las restricciones que se deberá superar? ¿Cómo se mantendrá el principio de equidad en el proceso de incremento inevitable del redimensionamiento o

expansión? ¿Es factible administrar la inversión en los ARV de modo de no desviar los recursos escasos de otras actividades esenciales y, por el contrario, beneficiar al sistema de salud en la entrega de servicios en todos sus programas de salud?

Estas preguntas no son exclusivas de la expansión de los ARV. Una preocupación global renovada por afrontar las abrumadoras cargas de la enfermedad en el Sur ha golpeado insistentemente contra «el estado precario de los sistemas de salud en muchos países en desarrollo».³ Se ve que los fracasos de los sistemas de salud están en la raíz de los resultados decepcionantes de las estrategias de control (DOTS, por sus siglas en inglés) de la tuberculosis (TB),⁴ del Manejo Integrado de la Enfermedad en la Niñez (IMCI, por sus siglas en inglés)⁵ y de la integración de servicios de salud reproductiva.⁶ Varios autores⁷⁻⁹ han hecho advertencias sobre la creciente fragmentación y el caos de los sistemas de salud en el despertar de la proliferación global de las asociaciones público-privadas que pretenden atacar el VIH de una manera u otra. La tendencia a pasar por encima de los sistemas de salud creando estructuras verticales que agotan los recursos de un «centro en proceso de desmoronamiento»¹⁰ puede enfrentar necesidades de corto plazo, pero no puede tender las bases para el acceso universal. El tratamiento del VIH, así como en el caso de los servicios de salud reproductiva o los de cuidado de la TB, y en contraste con la inmunización contra la polio o el mercadeo social de los mosquiteros y condones, no puede entregarse en un programa vertical independiente sin recrear la infraestructura de todo un sistema de salud paralelo. Para que los ARV lleguen a la enorme cantidad de personas que la necesitan, y para que ello ocurra de manera organizada y regulada, tendrá que recurrirse a la infraestructura de atención de la salud existente. Los sectores privados lucrativos, no gubernamentales y los brindados en los centros laborales pueden tener un papel, pero no pueden sustituir la función central del sector público de salud, tanto como proveedor de servicios como de gestor de la distribución de estos.¹¹

En este artículo se reflexiona acerca de la tarea de expandir el tratamiento del VIH a la luz de la epidemia generalizada del VIH (es decir, necesidades

masivas) y de la fragilidad de los sistemas de salud. Se basa en los recuentos publicados y en las experiencias de las autoras en la región sur del África, donde los sistemas de salud corresponden a países que están entre las categorías de ingresos bajos e ingresos medios. Tomando como referencia el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los sistemas de salud, el trabajo empieza con un resumen de los retos para alcanzar el acceso universal. Luego se discute, en mayor profundidad, sobre la necesidad de que los sistemas de atención de las enfermedades crónicas se integren al continuo de atención del VIH, y a la base de recursos humanos y de culturas de atención que esto presupone. Mientras que en muchos países el acceso universal seguirá siendo una meta distante, casi todos los sistemas de salud tienen elementos de buen desempeño que pueden formar la base para iniciar un proceso de redimensionamiento que simultáneamente, también, fortalezca al mismo sistema de salud. El manejo de estas oportunidades presenta desafíos frente a la «gestión», especialmente cuando se le confronta con la multiplicidad de iniciativas y los ritmos de la expansión en muchos países. Concluimos haciendo un resumen de las que consideramos como tareas de gestión, esquematizadas en una matriz de tareas para el fortalecimiento de los sistemas de salud, de corto y largo plazo, micro y macro.

Visión general de los retos de sistema de salud

Actualmente los sistemas públicos de salud, particularmente en el África subsahariana, donde más se necesitan los ARV, están en problemas. Las décadas de crisis económica, ajustes estructurales y el descenso del gasto público han minado severamente, en muchos lugares, la capacidad de abastecimiento de las redes de seguridad de salud más elementales. Son muchas las restricciones para introducir nuevas intervenciones sanitarias en tales escenarios, lo que ha sido descrito de manera comprehensiva por Hanson et al.¹² Incluyen barreras desde el lado de la demanda (capacidad de pago, estigma) para el acceso a los servicios, infraestructura inadecuada para la entrega de servicios, sistemas de reglamentación farmacéutica y de abastecimientos débiles, y la dificultad de gestionar múltiples insumos de los

donantes. El Cuadro 1 resume las restricciones del sistema de salud específicas para el redimensionamiento de los ARV, en línea con el marco propuesto por la OMS en el año 2000.¹³ Este marco divide los sistemas de salud en tres objetivos (bondad, justicia y capacidad de respuesta) y en un conjunto de funciones (entregar servicios, crear recursos, financiar y gestionar) necesarios para lograr estos objetivos. Si bien algunos lo ven como la representación estrecha de un sistema de salud o de la expansión¹², sí tiene utilidad como heurística útil para considerar una intervención clásica de entrega de servicios tal como en el caso del tratamiento del VIH.

Obviamente, el financiamiento adecuado es clave en el desafío de la expansión de los ARV. Si bien el financiamiento global para el VIH/SIDA se ha incrementado de manera significativa en los últimos años, los recursos movilizados para el tratamiento siguen quedando cortos para las necesidades,¹⁴ sin hablar de la reconstrucción de los sistemas de salud.⁸ Muchos de los fondos nuevos también pasan por alto los mecanismos nacionales establecidos y están en peligro de hacerles sombra en la gestión de la asistencia externa al sector salud, como sucede en los enfoques sectoriales (SWAps, por sus siglas en inglés).¹⁵ Sin embargo, incluso si se pusieran a disposición los fondos adecuados a través de sistemas

Cuadro 1. Definiciones de las dimensiones de los sistemas de salud y los retos del redimensionamiento de la TARGA^a

Dimensión del sistema de salud	Definición	Reto clave para el redimensionamiento
Objetivos		
Bondad	Estado de la salud	Prolongar y asegurar la calidad de vida
Capacidad de respuesta	Grado en el que el sistema de salud cumple con las expectativas de la población sobre cómo ésta desea que la traten	Cambiar la relación paciente - proveedor y las culturas de la entrega de servicios
Justicia	Justicia en la distribución de recursos y en los resultados	Mantener los principios de equidad en el proceso de redimensionamiento.
Funciones		
Entrega de servicios	Qué servicios, entregados por quién y cómo	Construir el acceso a los servicios de salud Reorientar los servicios de atención aguda a crónica
Financiamiento	Fuentes y asignación de fondos para los sistemas de salud	Asegurar el financiamiento sostenible para el tratamiento de VIH Gestionar los múltiples insumos de donantes
Creación de recursos	Recursos humanos, infraestructura de capital, fármacos y otros fungibles e información necesaria para entregar los servicios.	Mejorar la infraestructura de entrega de servicios, particularmente el abastecimiento, calidad, remuneraciones y distribución de los recursos humanos
Gestión	Supervisión general, estableciendo las reglas de juego, reglamentando el uso de los recursos, articulando y recogiendo la información.	Asegurar que los fondos para el tratamiento se conviertan en parte de los enfoques sectoriales Promover el acceso equitativo Asegurar los enfoques estandarizados y coordinados Reglamentar el uso de fármacos. Fortalecer la gestión distrital y otras funciones genéricas del sistema de salud. Promover nuevas culturas organizacionales.

^a Adapted from WHO¹³

integrados, los años de inversión insuficiente en la base de recursos de los sistemas de salud –en particular en personas y en infraestructura– han determinado dificultados que no pueden revertirse a corto plazo. Estas dimensiones macro de los sistemas de salud tienen sus contrapartes en un conjunto de desafíos para la entrega de servicios a nivel micro, asociados a la implantación de sistemas de atención de enfermedades crónicas. En las secciones que siguen se hará una elaboración de estos retos.

El reto de la entrega de servicios: la terapia antirretroviral como atención de enfermedad crónica

La terapia antirretroviral, tal como está disponible en la actualidad, es sumamente efectiva pero de manejo complejo. Necesita de un tratamiento de toda la vida con por lo menos tres medicamentos antirretrovirales (terapia triple o terapia antirretroviral de gran actividad, TARGA). Son relativamente comunes la superación de la resistencia al fármaco, seguida por el aumento de la carga viral y el fracaso clínico, incluso con elevados niveles de adhesión al tratamiento.¹⁶ Esto acarrea el constante monitoreo clínico y de laboratorio y el acceso a regímenes de segunda línea. Los efectos secundarios de los fármacos, especialmente en la etapa temprana del tratamiento, ocurren con relativa frecuencia, siendo algunos de estos lo suficientemente peligrosos como para requerir modificaciones al tratamiento. En un escenario de Sudáfrica se halló una mortalidad significativa (hasta 10%) en los primeros meses de tratamiento.¹⁷

Las experiencias primeras en diversos países en desarrollo han mostrado que estos retos no son insuperables.^{1,18} Botswana, un país de ingresos medios, de 1.7 millones de habitantes, con una epidemia de VIH devastadora, ha instituido un programa de acceso universal a los ARV. Hacia abril de 2004, más de 17,000 personas se habían inscrito en el programa y las tasas de adherencia medidas por los resultados tales como cargas virales era alta.¹⁸ Médecins sans Frontières (MSF) tiene proyectos comprehensivos de VIH/SIDA de base distrital, que incluyen terapia antirretroviral, en 25 países.²⁰ Se están iniciando muchos más programas de tratamiento a través de gobiernos con financiamiento de donantes bilaterales y multilaterales.

Como regla, estos proyectos piloto iniciales han establecido y demostrado un desempeño elevado con respecto al seguimiento, la adhesión y la sobrevivencia. Este desempeño, sin embargo, se sustenta en una base de recursos significativa, que involucra a un recurso humano relativamente complejo, así como a una mezcla de sistemas que producen una amplia gama de actividades. Los programas de tratamiento incluyen al cuerpo médico, a los trabajadores de nivel intermedio (enfermeras o asistentes clínicos), personal de laboratorio, consejeros legos, trabajadores comunitarios de la salud o ayudantes del tratamiento, y gestores de programa (ver el Recuadro 1). En tanto que la experiencia ha demostrado que es posible sistematizar la atención del VIH (incluyendo los ARV) en algoritmos a ser aplicados por trabajadores de nivel intermedio, especialmente en combinación con otros sistemas fuertes de apoyo a la salud pública en el nivel distrital,^{1,2} la provisión aún supone la movilización de combinaciones distintas de competencias y en momentos diferentes. Más aún, es más intensiva en trabajo de médicos que otras actividades de atención primaria de salud como, por ejemplo, las inmunizaciones y el cuidado prenatal.

Recuadro 1. Composición del equipo de trabajo en dos proyectos de VIH/SIDA

En Malawi, un proyecto comprehensivo de VIH/SIDA de Médecins sans Frontières (MSF) que atiende al Distrito de Thyolo21 tiene la siguiente combinación de personal:

- 2 doctores
- 1 epidemiólogo
- 5 funcionarios clínicos y 1 asistente médico
- 26 enfermeras (se incluye a las de consejería y las que dan atención basada en la misma comunidad)
- 6 trabajadores extramurales
- 2 administrativos
- 1 técnico de laboratorio

El servicio de cuidado de VIH de MSF y el servicio de ARV en Khayelitsha, Ciudad del Cabo, Sudáfrica requiere la disponibilidad diaria de las siguientes personas en cada punto de entrega de servicios clínicos:

- una enfermera profesional (con formación clínica en atención primaria de salud)
- un doctor a tiempo parcial
- un consejero en adhesión al tratamiento
- un administrativo a tiempo parcial

Fuente: Andrew Boule, comunicación personal, Proyecto MSF Khayelitsha, 2004

En estos proyectos piloto los ARV también están integrados a un conjunto de actividades clínicas y de extensión de la salud pública que se mueven en un «continuo» de atención, apoyo y a veces prevención, que son gratuitas en el punto de entrega. Central para el éxito de los ARV es la ampliación de la prueba del VIH y la inscripción de personas en los sistemas de seguimiento del cuidado. A su vez, la aplicación voluntaria en gran escala de la prueba de VIH a personas sanas solo ocurrirá en la medida en que se perciba que los proveedores son merecedores de confianza y empáticos. En algunos programas, mucho del éxito de los ARV ha sido atribuido a las actividades en la comunidad que integran a grupos de promoción de los pacientes, ONG o consejeros legos. Dichos actores son importantes intermediarios, estimulan la demanda, reducen las barreras sociales para el ingreso al cuidado y brindan soporte social a las personas, una vez que han sido diagnosticadas y embarcadas en el tratamiento. La naturaleza precisa y la combinación de dicho soporte social, y el grado en que los legos o los proveedores, basados en la comunidad, son voluntarios o reciben una remuneración, varía de lugar a lugar.

Aunque el tratamiento de VIH puede ser administrado principalmente dentro del sistema de atención primaria de salud, hacer esto de manera efectiva no es simple. Asegurar el tratamiento de por vida, los servicios de salud accesibles y en buen funcionamiento, la gestión de relaciones de referencia, las alianzas con actores no gubernamentales, el monitoreo y la evaluación, y el retiro de muchas barreras al ingreso y a la permanencia en el cuidado, implican todas un nivel superior de capacidad en sistemas y en gestión. Esto hace a los ARV más completos que muchas otras intervenciones en salud.

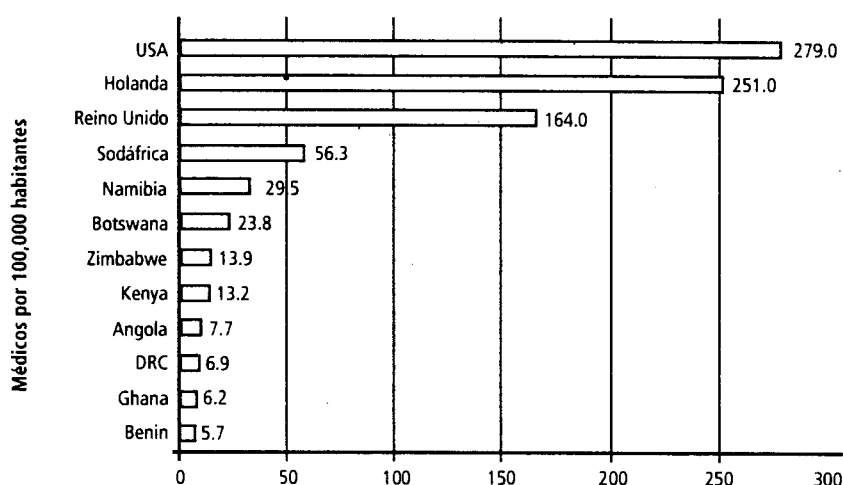
La analogía más cercana a los ARV en el sistema de salud es la atención de TB. El cuidado del VIH comparte muchas de las características bien conocidas del control de TB, con el problema añadido, en común con las enfermedades crónicas no contagiosas (como la diabetes), de no ser curable y de requerir tratamiento a lo largo de años, no meses. Las experiencias con el control de la TB, notablemente la estrategia DOTS («Directly Observed Therapy, Short Course»), ofrece una base significativa sobre la cual se puede trazar el diseño e implementación del programa. No obstante,

los programas de tratamiento del VIH, como se les describió más arriba, se han distanciado del enfoque DOTS en aspectos importantes, específicamente en sus filosofías y enfoques hacia la asociación con los pacientes. Las estrategias han puesto el énfasis en la eliminación de las barreras a la utilización (como, por ejemplo, llevar los fármacos a los pacientes), dar la información a los pacientes y brindar soporte social.^{1,2} En estos contextos, a menudo se enmarca la adhesión en discursos centrados en los pacientes y sustentados en los derechos, alrededor del empoderamiento y la participación del paciente, la eliminación de las barreras socioeconómicas, la agencia y la dignidad. Este giro, probablemente el aspecto más complejo en la replicación de programas de ARV exitosos, implica un nuevo tipo de relación o *contrato* (la naturaleza negociada de los derechos, responsabilidades y obligaciones) entre los proveedores y los pacientes. Este contrato se basa en niveles muy elevados de comprensión («alfabetismo del tratamiento») de parte de los usuarios y la provisión de sistemas de soporte al tratamiento; a cambio de ello, los pacientes asumen nuevas responsabilidades –tomando decisiones relativas al cuidado, adhiriendo al tratamiento, pero también participando en actividades comunitarias y de prevención.

Estos modelos de atención de VIH se asemejan más al cuidado de la enfermedad crónica que al control de la TB. Los enfoques contemporáneos de la atención de la enfermedad crónica destaca explícitamente la necesidad de asegurar los recursos adecuados para las tecnologías de intervención (por ejemplo, protocolos y sistemas), así como de construir «equipos informados, motivados e integrados por el personal adecuado» que actúen en asociación con «pacientes informados y empoderados».²² Si bien ambos son componentes necesarios del conjunto, el foco de la atención en los programas de las enfermedades ha tendido a estar, globalmente, en las tecnologías más que en las relaciones entre la gente, en el «*hardware*» más que en el «*software*» de la entrega de los servicios.²³

Hay límites hasta los que se puede minimizar, mediante los diseños y protocolos estandarizados, la complejidad de las dimensiones interpersonales y sociales de la atención de la enfermedad crónica. La eliminación de barreras culturales y físicas a la

Gráfico 1. Razón de médicos por 100,000 habitantes en países africanos de ingresos bajos y medianos seleccionados y en países con ingresos altos (1995-1999)



atención, y la creación de culturas organizacionales en las que los proveedores responden a las necesidades de los pacientes son procesos localmente negociados que se articulan en un cierto grado de toma de decisiones local y de habilidades para resolver problemas. Paradójicamente, por lo tanto, la construcción de la capacidad para la atención crónica del VIH/SIDA requiere tanto de la diseminación de las prácticas estandarizadas, por un lado, como del desarrollo de la capacidad local para la toma de decisiones, por el otro, y tiene que ver con la apertura a la innovación al tiempo de asegurar la conformidad con las pautas. Ella precisa de la combinación de procesos jerárquicos de arriba a abajo con mecanismos para facilitar un proceso de aprendizaje fluido desde abajo hacia arriba, moldeado por los actores locales. A su vez, la construcción de la capacidad local requiere poner el foco de manera renovada en el funcionamiento de las estructuras básicas de los sistemas de salud, es decir, la atención primaria de salud y el sistema de salud distrital.

El proyecto de Médecins sans Frontières en Malawi, que brindó la atención comprehensiva del VIH descrita en el Recuadro 1,²¹ invirtió en el fortalecimiento del hospital distrital, reclutando externamente personal adicional y subiendo el nivel del laboratorio del

hospital local. Mediante negociaciones, el proyecto introdujo un incentivo relacionado con el desempeño para todo el personal distrital para así, manejar las tensiones locales alrededor de los salarios diferenciados del personal gubernamental respecto del personal de las ONG. El proyecto también reclutó a personal nacional de fuera del distrito y se aseguró de que todo el personal de atención de salud tuviera acceso a los ARV. El suministro de fármacos era obtenido y distribuido a través de los mecanismos existentes, en gran medida. Las iniciativas locales como ésta aportan importantes ejemplos del fortalecimiento de los sistemas de salud mediante el VIH/SIDA, especialmente si tienen el apoyo de los procesos nacionales que animan a compartir las lecciones y que dirigen nuevos recursos para replicar tales experiencias en otros lugares. Sin embargo, hablan poco de alcanzar estos efectos en un nivel nacional a través de todo el sistema. El proyecto empleó a 41 nacionales de Malawi, situación que no había sido posible en cada distrito sin alguna acción nacional concertada para incrementar la provisión de recursos humanos. En este país, el reclutamiento llevado a cabo por proyectos de VIH/SIDA no gubernamentales aparece como la razón principal de la pérdida de personal de las instituciones del sector público.

El reto de la creación de recursos

Si bien el grueso de los sistemas de salud contiene ejemplos exitosos de entrega de servicios de TB, enfermedades crónicas y, recientemente, los ARV, la expansión del acceso más allá de estas islas de éxito afronta obstáculos significativos. Ahora se observa que la restricción clave del sistema frente al redimensionamiento del tratamiento del VIH es el abastecimiento inadecuado (y en los hechos, la crisis creciente en el abastecimiento) de trabajadores de salud calificados y motivados.²⁴⁻²⁷

El problema del desarrollo de recursos humanos es multifacético –incluye la oferta, la migración, la distribución, la mezcla de competencias, la remuneración y las dimensiones productivas.²⁸ A pesar de la perspectiva convencional de que los sectores de salud pública de África están inflados, en cuanto al volumen de personal,²⁹ la razón del número de trabajadores en los sistemas de salud por habitantes en los países en desarrollo sigue siendo sumamente inferior a la de las naciones industrializadas (Gráfico 1).

Cuando se le mide frente a las necesidades, los vacíos son considerables en los países en desarrollo. Kurowski et al³⁰ hicieron una estimación de los requerimientos necesarios de recursos humanos para cubrir las necesidades de atención de salud esenciales, incluyendo el tratamiento del VIH, en Tanzania y Chad. Sus estudios de casos indicaron una brecha de 2.7 a 5.4 veces, respectivamente, en el tamaño necesario de la fuerza de trabajo de sector salud (Cuadro 2). También había un desbalance entre el personal no calificado y el calificado.

El gobierno sudafricano calculó que se necesitaría 13,805 nuevos profesionales de la salud (doctores, enfermeras, farmacéuticos, dietistas y consejeros) para el año 2008 para afrontar las metas del Plan Operacional para la Atención Comprehensiva del VIH y la Atención del SIDA.³¹ Sin embargo, en 2003 había 52,574 puestos no cubiertos en el sector de la salud pública sudafricano, representando una tasa de vacancia del 31-10%.

Desde una visión temporal, la provisión de profesionales de la salud en la mayoría de los países africanos no siempre ha estado tan limitada como lo está ahora. Luego de un periodo inicial de crecimiento de la oferta, el grueso de los países ha

experimentado un descenso consistente en la disponibilidad de recursos humanos. La situación actual es el producto de presiones múltiples a lo largo de varias décadas –reducción de los gastos en los sectores sociales, caídas dramáticas y a veces de la noche a la mañana en los ingresos reales de los profesionales de la salud como consecuencia de la declinación de su «valor social» y de su estatus,³² menos inversiones en la formación y producción de nuevos cuadros, incapacidad para retener al personal ya calificado, y la infección por VIH.

Mientras que el continente africano ha experimentado por décadas la fuga de talentos, de recursos humanos calificados, la evidencia apunta a un proceso recientemente acelerado de migración internacional, generado por una crisis de recursos humanos (si bien relativa) en los sistemas de salud del norte industrializado.³³ A pesar de la escasez de data y de la falta de medidas estandarizadas que documenten las tendencias migratorias, las indicaciones apuntan a un flujo apabullante de personal de salud que sale de los países en desarrollo. Por ejemplo, casi 500 médicos y más de 1,000 enfermeras de Sudáfrica se registran anualmente en el Consejo Médico General del Reino Unido.³⁴ Kenya ha perdido a 4,000 enfermeras a favor del Reino Unido y de los EEUU; en Zimbabwe, solo 360 de los 1,200 médicos formados en los años noventa seguían practicando en su país en 2000,²⁵ y podríamos seguir. Si bien la emigración tradicional de los países ha sido de doctores, el reclutamiento de enfermeras ha superado ahora al de médicos.³⁴ Las tasas de vacancia en algunos países son sumamente altas, a pesar del número inadecuado de puestos en el Estado; están en el orden de 30 a 40% de los puestos del sector público para el personal profesional.^{25,29} Incluso Botswana, un país de ingresos medios capaz de atraer a profesionales de otros países, está en condiciones de cubrir solamente el 78% de los puestos de médicos y el 81% de puestos de enfermería.³

La razón agregada de personal de salud a nivel nacional esconde enormes disparidades al interior de los países; la fuga de talentos es tanto un problema interno como internacional. La liberalización del sector privado lucrativo en muchos países y la proliferación de organizaciones no

gubernamentales han posibilitado la salida desde el sector público y de las áreas rurales dentro de los países.³⁵ Las consecuencias de dichos flujos no se limitan a la escasez, sino que alcanzan a la rápida rotación de personal y a la pérdida de la memoria institucional. Las iniciativas propuestas a lo largo de los años para proteger la base de recursos humanos de los sistemas de salud están pobremente documentadas –es muy poca la literatura que se puede hallar sobre varias décadas de experiencia con cuadros de nivel intermedio (por ejemplo, auxiliares y asistentes) en muchos países.¹⁶ Las mismas respuestas al VIH/SIDA han dado lugar a una gran infraestructura de cuidadores basados en la comunidad y en el hogar, con frecuencia vinculados a organizaciones no gubernamentales. Sustentada principalmente en el voluntariado o en el trabajo semiremunerado, ésta constituye una significativa fuerza de trabajo de facto presente en el sector salud. Por ejemplo, en el año 2002 había un estimado de 30,000 cuidadores basados en la comunidad en África, a los que el gobierno tiene planes de formalizar para incorporarlos en la infraestructura de trabajadores de la comunidad, administrados por las ONG pero con el soporte y bajo la reglamentación del Estado.³⁷ No se tiene comprensión cabal de la magnitud en que la base de calificaciones existente y emergente de los sistemas de salud puede movilizarse para la atención del VIH.

Los elevados niveles de infección por VIH entre el personal de salud pueden estar contribuyendo a la contracción de la oferta de personal en algunos países.³⁸ Hacia fines de los años noventa, más del 40% de la pérdida de todas las enfermeras del sector público en Malawi y en Zambia,²⁹ obedeció a sus muertes, en tanto que en Sudáfrica, en 2002, el 16.3% de los trabajadores de salud estaban infectados con el VIH.³⁹

Los trabajadores de salud en muchos países, particularmente los cuadros de nivel inferior, reciben salarios que están por debajo de los niveles de subsistencia. No es extraña la falta de pago de los salarios.⁴⁰ Más aún, con las devaluaciones de la moneda y el congelamiento de los salarios impuesto a través de los programas de ajuste estructural, muchos trabajadores de salud han experimentado

transformaciones dramáticas en sus ingresos en el curso del tiempo.²⁵ Una fuerza de trabajo mal remunerada probablemente no será productiva. McPake et al⁴⁰ observaron en Uganda que «los niveles de utilización son menores a lo esperado... y la carga laboral está siendo manejada por un puñado de personal complementario que está disponible por una fracción de la semana laboral». Luego de una evaluación de la disponibilidad y uso del tiempo del personal en sus dos estudios de caso de países, Kurowski et al³⁰ concluyeron que se podría obtener las mejores ganancias en la oferta de recursos humanos focalizando la atención, en primer lugar, en la mejora de la productividad del personal. Estimaron que la mejora de la productividad aumentaría la oferta de personal en un 26% en Tanzania y en un 35% en Chad.

Culturas de entrega de servicios

Una dimensión menos tangible pero no menos significativa de la crisis de los recursos humanos es la desmoralización y la desmotivación de quienes permanecen en el sistema.²⁸ Los trabajadores desmotivados se sienten menos inclinados a dirigir sus acciones hacia el logro de objetivos organizacionales y pueden tener menos voluntad para equilibrar la conducta de interés personal con el altruismo y la solidaridad hacia las/los usuarios de los servicios.⁴¹ En muchos sistemas de salud, los trabajadores de salud mal pagados han visto en el sistema el medio para asegurar su propia sobrevivencia en lugar de encontrar en él un camino para la expresión de las normas profesionales y sociales de brindar cuidado y de altruismo.^{40,42,43}

Mackintosh y Tibandebage describen cómo en un hospital de Tanzania en el que investigaron: «las enfermeras estaban atrapadas entre muchas de las peores presiones del sistema: salarios bajos y declinantes, oportunidades limitadas de avanzar, condiciones laborales deficientes y a menudo peligrosas, y una experiencia de abandono por los doctores formalmente responsables del cuidado del paciente. Este sentimiento de ser objeto de abuso ha completado el círculo, en los casos más serios, de una cultura de abuso de los pacientes» (p.8)⁴² El comportamiento depredador hacia el sistema de salud estatal/público, por un lado, y hacia los

pacientes, por el otro, está tan difundido que viene a constituir un conjunto de normas o valores que modelan la práctica cotidiana de los proveedores de cuidados de la salud en muchos sistemas de salud.⁴³ Las manifestaciones comprenden la práctica casi universal de cobros informales, ilegales, en los países pobres, el uso de las instalaciones públicas para la ganancia privada, el ausentismo, la reventa de fármacos suministrados por el Estado y la negativa a dar la atención de emergencia a menos que se ofrezca pagos.

No obstante que la mejora en la provisión y remuneraciones de los trabajadores de salud es una precondition necesaria para revertir estas normas, no será suficiente por sí sola: «Los problemas de desmoralización y de actitudes negativas son más complejos que el dinero y exigen un programa de rehabilitación multidimensional que incluye medidas tanto «de la zanahoria como del garrote», de estímulo y de sanción.»⁴⁴ Por lo tanto, el abuso de pacientes no debe entenderse únicamente como la búsqueda de rentas frente a la pobreza. Esos comportamientos están bien descritos en sistemas de salud en los que los trabajadores de salud reciben salarios que cubren sus necesidades. Por ejemplo, en Sudáfrica frecuentemente se describe a los trabajadores de salud del sector público como duros, faltos de compasión y listos a romper la confidencialidad del paciente. En el contexto del tratamiento del VIH, estas normas arraigadas de entrega de los servicios limitan la capacidad de crear asociaciones terapéuticas individualizadas y centradas en el paciente y sustentadas en los derechos y la equidad entre proveedores y pacientes. Además, la introducción mal planeada y bajo excesivo apremio de nuevos fármacos en dichos ambientes, puede promover incentivos perversos y economías informales alrededor del uso de medicamentos, que minan el acceso y aceleran el desarrollo de la resistencia a los fármacos.

El reto de la gestión

Frente a la abrumadora dificultad, las imágenes convencionales de los servicios públicos en los países en desarrollo, descritas tanto por las instancias normativas como por el público, son típicamente negativas y suelen expresarse en términos fatalistas.

No obstante, Mackintosh y Tibandebage hacen una advertencia en contra de la perspectiva demasiado pesimista de los sistemas de salud, y sugieren que las culturas organizacionales son, en realidad, muy variables y abiertas a la influencia. De esta manera, en el mismo contexto de Tanzania, descrito arriba: «diversos establecimientos, contrariamente a lo esperado, estaban brindando atención accesible en condiciones decentes, estirando los recursos efectivamente en beneficio de los usuarios, tratando a los pacientes con respeto» (p.10).⁴² Las reseñas que resumen los problemas confrontados por los sistemas de salud no logran identificar los que pueden ser elementos importantes de resiliencia y funcionalidad dentro de los sistemas. Estos dan claves con respecto a las posibilidades de construir sobre las fortalezas existentes. Los factores tales como la calidad del servicio y el liderazgo distrital pueden ser claves de la variación y merecen mayor atención. La justicia en la asignación de oportunidades para la carrera y de capacitación, por ejemplo, suelen ser señales poderosas de las culturas de gestión locales e influir significativamente en la motivación.²⁴ A través de su discurso y práctica, los líderes y gestores establecen los marcos de lo que es aceptable y lo que es inaceptable en la práctica del sistema de salud. Un liderazgo que les brinda reconocimiento a los servicios, a los distritos o a los puntos del sistema de salud que expresan las normas y valores apropiados, que aboga por ellos y los recompensa, puede formar el punto de partida para influir en las normas y valores de manera más general.

La formación de valores es una parte esencial de la supervisión del sistema de salud a la que se refiere la OMS como «gestión»; el proceso de poner las reglas del juego, determinando no solo el contenido de la política de salud sino también los mecanismos a través de los cuales se implementa la política.⁴⁶ Si bien es una función nacional, la gestión efectiva es, al mismo tiempo, una preocupación global en la medida en que las respuestas internacionales a la crisis sanitaria en el África subsahariana a menudo han servido para fragmentar más que para fortalecer la capacidad soberana de los sistemas de salud del país.^{9,10}

En un contexto de presiones múltiples – expectativas internacionales y nacionales, proliferación de asistencia de donantes, el peligro

de resistencia a los fármacos y la necesidad de desarrollar capacidades e innovación en todos los niveles del sistema de salud- la gestión nacional apropiada de los programas de tratamiento de VIH no solo es esencial, sino que constituye, asimismo, una tarea altamente estratégica. Tiene que ver con la voluntad de ver que los recursos movilizados para el VIH son una oportunidad para reconstruir los sistemas de salud nacionales, a la vez que se crea la capacidad para responder a la necesidad inmediata de acceder al tratamiento. El desafío puede resumirse como un conjunto de objetivos de corto y de largo plazo, focalizados en el desarrollo de sistemas (incorporados en la noción de atención de la enfermedad crónica) para el tratamiento del VIH, específicamente en los sistemas de salud, de manera más genérica (Cuadro 3).

Los sistemas para el cuidado de la enfermedad crónica incluirían el establecimiento de estándares nacionales (por ejemplo, en los regímenes medicamentosos), el hacer posible el intercambio de experiencias locales y de lecciones aprendidas, la apertura al debate de las relaciones proveedor-pacientes y, a medida que se desenvuelve el proceso de redimensionamiento, el monitoreo de la equidad en el acceso. La gestión efectiva también requiere resistir a la tendencia hacia la verticalización (frecuentemente para alcanzar las metas) de las iniciativas programáticas, y asegurar que el acceso al tratamiento ocurre en la medida de lo posible en la modalidad integrada a través del sistema de salud

pública existente. Esto supone la identificación de las oportunidades para construir sobre la base de fortalezas existentes (tales como los enfoques sectoriales) y encontrando formas para incorporar la multiplicidad de actores que están en los márgenes del sistema formal de salud. Puede verse la integración en distintos niveles: en el punto de la entrega de servicios, en la gestión de programas a nivel distrital o local, y en el financiamiento, procura de recursos y monitoreo de los programas a nivel nacional.

Hay un consenso creciente de que una perspectiva de largo plazo en el redimensionamiento de los ARV tiene que abordar la escasez crítica de recursos humanos.²⁸ Esto debería incluir mínimamente lo siguiente:

- promover la acción internacional en la fuga de talentos;
- a nivel de país (re)invertir en funciones tradicionales de recursos humanos tales como el planeamiento, la producción, la remuneración y la gestión de los proveedores de atención de salud;
- abordar las restricciones macroeconómicas en el empleo y en la remuneración de los proveedores de cuidados de la salud
- evaluar el desempeño de los cuadros existentes desarrollados en el país, tales como trabajadores de nivel intermedio y trabajadores comunitarios de la salud, así como su papel potencial en el redimensionamiento del tratamiento del VIH.

Cuadro 3. Metas de corto y mediano plazo para el fortalecimiento de los sistemas de salud para la expansión del tratamiento

	Metas de corto plazo	Metas de largo plazo
Desarrollar sistemas de atención de enfermedades crónicas para VIH en un continuo de prevención y cuidado	Desarrollar e institucionalizar sistemas de entrega de servicios estandarizados para enfermedades crónicas Fortalecer la capacidad de gestión distrital/local Promover el aprendizaje de abajo hacia arriba	Cambiar las culturas de entrega de servicios
Fortalecer los sistemas de salud	Integrar los servicios de tratamiento de VIH a la entrega de servicios existente Usar el tratamiento de VIH para mejorar los sistemas de salud locales y distritales. Integrar las estrategias de tratamiento de VIH dentro del financiamiento nacional, suministro de fármacos y sistemas de monitoreo.	Desarrollar recursos humanos: abastecimiento remuneración y gestión Cambiar las culturas organizacionales y los incentivos

Conclusiones

Si no se refuerza, o incluso transforman, los sistemas de salud nacionales es difícil ver cómo se logrará de manera sostenible el acceso a los ARV en los países con sistemas de salud débiles. Para ser efectivo, los ARV también requieren ser integrados en un continuo de atención de VIH, la que estará mejor modelada teniendo como base los principios desarrollados en el campo de la atención de enfermedades crónicas. No puede subestimarse la escala de este desafío en países que tienen una epidemia generalizada de VIH. Sin embargo, en tanto que el proceso de expansión de los ARV no puede evitar llamar la atención sobre las debilidades del sistema de salud, ofrece una oportunidad para, en primer lugar, reafirmar un

enfoque coherente con los sistemas de salud nacionales y, en segundo lugar, para garantizar que los fondos movilizados para el acceso al tratamiento se orienten hacia los objetivos de largo plazo, y no únicamente a las metas de acceso de corto plazo.

Agradecimientos

Este artículo se basa en una monografía más amplia preparada para la Global Health Policy Research Network (PRN), financiada por la Bill and Melinda Gates Foundation y alojada en el Center for Global Development, Washington, DC. La monografía está disponible en <http://www.wits.ac.za/chp>

Traducción: Sandra Vallenias

Referencias

1. Farmer P, Leandre F, Mukherjee J, et al. Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy). *Bulletin of World Health Organization* 2001;79(12):1145-51.
2. Kasper T, Coetzee D, Louis F, et al. Demystifying antiretroviral therapy in resource-poor settings. *Essential Drugs Monitor* 2003; 32:20-1.
3. Joint Learning Initiative. *Human Resources for Health and Development: A Joint Learning Initiative*. New York Rockefeller Foundation, 2003.
4. Nunn P, Harries A, Godfrey-Fausset P, et al. The research agenda for improving health policy, systems performance and service delivery for tuberculosis control: a WHO perspective. *Bulletin of World Health Organization* 2002;80: 471-76.
5. Bryce J, el Arifeen S, Pariyo G, et al. Multi-country evaluation of IMCI Study Group. Reducing child mortality: can public health deliver? *Lancet* 2003; 362:159-64.
6. Lush L, Cleland J, Walt G, et al. Integrating reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of World Health Organization* 1999;77:771-77.
7. Wemos Foundation. *Good intentions with side-effects: Information on Global Public-Private Initiatives in Health*. Amsterdam Wemos Foundation, 2004.
8. McCoy D, Chopra M, Loewenson R, et al. Expanding access to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: avoiding the pitfalls and dangers; capitalizing on opportunities. *American Journal of Public Health* 2005; 95(1):18-22.
9. Saunders DM, Chopra M. Confronting Africa's health crisis: more of the same will not be enough [Education and Debate]. *BMJ* 2005;331:755-8.
10. Loewenson R, McCoy D. Access to antiretroviral treatment in Africa [Editorial]. *BMJ* 2004; 328:241-42.
11. World Health Organization. *Health and the Millennium Development Goals*. Geneva WHO, 2005.
12. Hanson K, Ranson KM, Oliveira-Cruz V, et al. Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding constraints to scaling up. *Journal of International Development* 2003;15:1-14.
13. World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva WHO, 2000.
14. Rosen S, Sanne I, Collier A, et al. Rationing antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Africa: choices and consequences (Policy Forum). *Public Library of Science Medicine* 2005;2(11):e303. At: <http://medicine.plosjournals.org>
15. Cassels A. *A Guide to Sector-Wide Approaches for Health Development: Concepts, Issues and Working Arrangements*. Geneva World Health Organization, 1997.
16. Singh N, Berman SM, Swindells S, et al. Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases* 1999; 29(4):824-30.
17. Coetzee D, Hildebrand K, Boulle A, et al. Outcomes after two

- years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa. *AIDS* 2004;18: 887-95.
18. Coetzee D, Boulle A, Hildebrand K, et al. Promoting adherence to antiretroviral therapy: the experience from a primary care setting in Khayelitsha, South Africa. *AIDS* 2004;18(Suppl.3): S27-31.
 19. MASA Antiretroviral Therapy. Access for All: The Masa Programme - providing all 1. Botswana with access to care and treatment. Vol.9, June/July 2004.
 20. Médecins sans Frontières.
 2. H Schneider et al / *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):12-23 Antiretroviral Therapy in Primary Health Care: Experience of the Chiradzulu Programme in Malawi Case Study. Briefing Document. Malawi MSF, 2004.
 21. Kemp J, Aitken JM, Le Grand S, et al. Equity in health sector responses to HIV/AIDS in Malawi. Discussion Paper 5. Harare Equinet, 2003.
 22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *Journal of the American Medical Association* 2002;288:1909-14.
 23. Blaauw D, Gilson L, Penn-Kekana L, et al. Organisational relationships and the "software" of health sector reform. Background paper. Disease Control Priorities Project. At: www.fic.nih.gov/dcpp/
 24. Hongoro C, McPake B. Human resources in health: putting the right agenda back to front [Editorial]. *Tropical Medicine and International Health* 2003; 8:965-6.
 25. Liese B, Blanchet N, Dussault G. The Human Resource Crisis in Health Services in Sub-Saharan Africa. Background paper. Washington DC World Bank, 2003.
 26. Kober K, van Damme W. Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? *Lancet* 2004;364(9428):103-07.
 27. Chen L. Hanvoravongchai HIV/AIDS and human resources [Editorial]. *Bulletin of World Health Organization* 2005;83(4): 243-44.
 28. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004;364:1984-90.
 29. USAID. The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper. Washington DC USAID, AED, SARA, 2003.
 30. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, et al. Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries. Case studies from Tanzania and Chad. Report to the Department for International Development. London LSHTM, IDRC, STI, 2004.
 31. South African Department of Health. Operational Plan for Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment for South Africa. Pretoria Department of Health, November 2003.
 32. Padarath A, Ntuli A, Burthiaume L. Human resources. In: Ijumab PI, Day C, Ntuli A, editors. *South African Health Review 2003-04*. Durban Health Systems Trust, 2004.
 33. Marchal B, Kegels G. Health workforce imbalance in terms of globalization: brain drain or professional mobility. *International Journal of Health Planning and Management* 2003;18(Suppl.1):S89-S101.
 34. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, et al. Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health* 2003;1(1):8. At: <http://www.human-resources-health.com/>
 35. Padarath A, Chamberlain C, McCoy D, et al. Health personnel in southern Africa: confronting maldistribution and brain drain. Equinet Discussion Paper No.3. Zimbabwe: Equinet, Health Systems Trust, MEDACT, (undated).
 36. Dovlo D. Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. *Human Resources for Health* 2004;2:7. At: <http://www.humanresources-health.com/>
 37. Friedman I. CHWs and Community Care-givers: Towards a Unified Model of Practice. In: Ijumba P, Barron P, editors. *South African Health Review 2005*. Durban Health Systems Trust, 2005.
 38. Tawfik L, Kinoti S. The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector in Sub-Saharan Africa: the Issue of Human Resources. Washington DC SARA, AED, USAID, 2002.
 39. Shisana O, Hall E, Maluleke KR, et al. The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector: National Survey of Health Personnel, Ambulatory and Hospitalised Patients and Health Facilities, 2002. Pretoria Human Sciences Research Council, Medical University of South Africa, Medical Research Council, 2002.
 40. McPake B, Asiimwe D, Mwesigye F, et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility. *Social Science and Medicine* 1999;49:849-65.

41. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science and Medicine* 2002;54:1255-1266.
42. Mackintosh M, Tibandebage P. Sustainable redistribution with health care markets? Rethinking regulatory intervention in the Tanzanian context. Discussion Papers in Economics No.23. Milton Keynes Open University, 2000.
43. Van Lerberghe W, Conceição C, Van Damme W, Ferrinho P. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bulletin of World Health Organization* 2002;80(7): 581-84.
44. Segall M. District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. *International Journal of Health Planning and Management* 2003;18(Suppl.1):S5-26.
45. Gilson L, Palmer N, Schneider H. Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence. *Social Science and Medicine* 2005;61: 1418-29.
46. Travis P, Egger D, Davies P, et al. Towards Better Stewardship: Concepts and Critical Issues. In: Murray CJL, Evans DB, editors. *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism*. Geneva WHO, 2003.



PEP BONET/ PANOS PICTURES

Voluntarias de Médicos sin Fronteras, Zambia 2005