



capítulo cuatro

cómo reforzar los sistemas de salud

La iniciativa de tratamiento plantea un enorme desafío para los sistemas de salud de los países más castigados por el VIH/SIDA. Lo ideal sería que esos sistemas funcionaran de forma eficaz y eficiente y atendieran a la totalidad de la población. En la mayoría de los casos, sin embargo, están mal dirigidos e insuficientemente financiados, y a veces apenas están operativos. En este capítulo se examinan las condiciones necesarias para fortalecerlos a fin de aplicar la iniciativa, procurando al mismo tiempo mejorar y ampliar muchas otras intervenciones sanitarias relacionadas tanto con las enfermedades transmisibles como con las dolencias crónicas no transmisibles. Se muestra que se requiere urgentemente un esfuerzo de envergadura, que exigirá un aumento masivo de las transferencias de recursos de los países ricos a los pobres.

Lejos de representar una sangría de recursos, la iniciativa «tres millones para 2005» puede reforzar los sistemas de salud de diversas maneras. Puede atraer hacia el sistema de salud más recursos de los estrictamente necesarios para el VIH/SIDA. Puede estimular las inversiones en infraestructuras físicas, ayudar a desarrollar sistemas de adquisición y distribución de productos genéricos, y fomentar la interacción con las comunidades en una amplia gama de intervenciones sanitarias. Cualquier perjuicio potencial de la iniciativa para el conjunto del sistema de salud se deberá haber previsto, a fin de reducirlo al mínimo.

El gasto sanitario actual de numerosos países pobres está muy por debajo del necesario para proporcionar los servicios mínimos esenciales que requieren sus poblaciones. En los próximos años, el déficit de financiación deberá ser cubierto fundamentalmente por donantes externos. A los gobiernos nacionales y sus economías les resulta im-

posible aumentar significativamente los fondos que ya aportan, mientras que los donantes aún no han cumplido sus compromisos colectivos del pasado.

La expansión del tratamiento no debería desviar recursos ni atención de la prevención y de otras formas de asistencia. De hecho, se pretende que la iniciativa tenga un marcado efecto sinérgico en esas intervenciones ⁽¹⁾ (véase el capítulo 2).

El tratamiento antirretroviral exige un modelo de atención crónica en el que cada uno de los pacientes reciba tratamiento de seguimiento durante el resto de su vida, más que las ocasionales intervenciones agudas que caracterizan la respuesta a la mayoría de las enfermedades infecciosas. Si se consigue reforzar los sistemas de salud de manera que integren esa nueva modalidad de



asistencia, las prácticas de gestión desarrolladas para el tratamiento antirretroviral (programación de las citas, historiales médicos integrados, sistemas de suministro de medicamentos y apoyo al cumplimiento) se podrían aplicar también a la gestión de otras enfermedades comunes crónicas como la diabetes y la hipertensión.

En este capítulo se muestra cómo los proveedores públicos y privados que actúan en los sistemas de salud han ayudado a combatir el VIH/SIDA en algunos países en desarrollo. A continuación se utiliza el marco conceptual de las cuatro funciones principales de los sistemas de salud – liderazgo, prestación de servicios, provisión de recursos y financiación – para analizar la manera de reforzar esos sistemas, en especial los de carácter público, a fin de aplicar la iniciativa «3 por 5» sin dejar de mejorar y ampliar muchas otras intervenciones sanitarias.

INVERTIR EN EL CAMBIO

Con escasas salvedades, la epidemia de infección por VIH/SIDA ha castigado principalmente a los países cuyos sistemas de salud están menos preparados para hacerle frente. Una financiación crónicamente insuficiente y la mala gestión explican en gran medida su precaria situación. Los esfuerzos encaminados a reformar el sector de la salud pública han tendido a centrarse en la falta de financiación, la centralización de la adopción de decisiones y la ineficiencia en la prestación de servicios. Como respuesta a esos problemas, se ha optado por la introducción del cobro de honorarios a los usuarios, la descentralización y la contratación de servicios con el sector privado. El limitado éxito – y con frecuencia las consecuencias indeseables inesperadas – de estas iniciativas de reforma han dejado a los proveedores de asistencia sanitaria pública en una situación de gran necesidad de refuerzo de sus recursos. Se han propuesto dos estrategias generales, a saber, un aumento del gasto para compensar el déficit de recursos y reforzar los sistemas de gestión; y el recurso a sistemas alternativos de prestación de servicios y proveedores de salud ajenos al sector público (2).

Las nuevas inversiones en desarrollo de la capacidad, especialmente de los recursos humanos, tardan bastante tiempo en dar fruto. La estrategia alternativa de sortear la red de proveedores del sector público brinda la posibilidad de hacer progresos más rápidamente. Esta estrategia se ha empleado ya ampliamente en una serie de intervenciones, sobre todo en actividades de prevención como programas de formación de educadores de compañeros, educación en las escuelas, mercadotecnia social de preservativos y campañas en los medios de comunicación.

La mayor parte de la experiencia inicial en materia de tratamiento contra el VIH/SIDA en los países en desarrollo se ha adquirido en el contexto de la práctica privada y en lugares gestionados por organizaciones no gubernamentales y centros de investigación, ámbitos que no están sometidos a la burocracia y la grave falta de recursos que caracteriza al sistema público. Estos proveedores han contribuido de forma destacada a demostrar la viabilidad del tratamiento en los entornos con pocos recursos. Sin embargo, para extender masivamente el tratamiento se requerirá inevitablemente un gran número de puntos de tratamiento y, por tanto, una mucho mayor participación del sector público, que es el que cuenta con una red amplia de puntos de dispensación de servicios. Esto es patente ya en muchos planes nacionales, y es inevitable que la iniciativa de extensión del tratamiento conlleve el fortalecimiento de los sistemas de asistencia pública.

Sin embargo, al mismo tiempo la iniciativa de tratamiento se beneficiará de la experiencia de programas anteriores para enfermedades específicas que se han traducido en mejoras del funcionamiento de los sistemas de salud: la colaboración entre auto-

ridades internacionales, nacionales y locales en el contexto de la erradicación de la poliomielitis y el control del SRAS; la utilidad de los sistemas de vigilancia basados en la medición de los resultados en el caso de la estrategia DOTS de control de la tuberculosis, y las eficaces alianzas establecidas con interlocutores no pertenecientes al sector público, también en el contexto del control de la tuberculosis. Hay menos ejemplos de programas específicos que potencien la capacidad de prestar otros servicios, pero las mejoras de la vigilancia de las enfermedades y de las medidas de control de infecciones introducidas para el SRAS (3) tienen una aplicación más amplia, y cabe recordar también la inclusión de la distribución de suplementos de vitamina A en las actividades de erradicación de la poliomielitis. La posibilidad de que los programas verticales hayan socavado la capacidad global de los sistemas no parece avalada por los datos disponibles; antes bien, si se planifican con antelación, se obtendrán beneficios sinérgicos, pero habrá que prevenir también cualquier efecto negativo para mitigar su impacto (4).

Así pues, es importante que la extensión masiva del tratamiento se conciba de manera que no merme la capacidad de los sistemas sanitarios para alcanzar las metas de salud más generales, evitando por ejemplo que se produzca un desvío de los recursos existentes hacia la terapia antirretroviral, o que los incentivos se reserven sólo para el personal directamente implicado en los programas dirigidos contra el VIH. Si bien el sector público será el mayor proveedor de terapia antirretroviral en el futuro, otros proveedores han actuado ya como pioneros de la prestación del tratamiento y tendrán un papel cada vez mayor. En las siguientes secciones se muestra el potencial que encierra ese sector.

MÁS ALLÁ DEL SECTOR PÚBLICO

Desde que se empezó a disponer de medicamentos antirretrovirales, ha habido en los países en desarrollo un reducido número de enfermos que han conseguido recibir tratamiento de médicos privados, con arreglo a un sistema de pago por servicio prestado, dentro del cual los gastos son sufragados bien por el propio paciente, bien por terceros, por ejemplo mediante planes de seguro o por los empleadores. Aunque los gobiernos comiencen a ofrecer tratamiento gratuito, es probable que aumente la demanda de servicios administrados por médicos privados conforme siga descendiendo el precio de los fármacos.

Las organizaciones confesionales (véase el recuadro 3.2) también han sido pioneras en la administración de terapia antirretroviral con arreglo a sistemas de pago por servicios prestados. En Kenya, por ejemplo, los fundadores de un programa piloto llevado a la práctica en el Hospital Nazareth, cerca de Nairobi, han propuesto un plan que abarca otra veintena de hospitales confesionales de Kenya occidental y central (5).

Diversas organizaciones no gubernamentales internacionales, en particular Family Health International y Médicos Sin Fronteras, han participado en algunos de los programas más innovadores utilizados para la dispensación de terapia antirretroviral. Dentro de los proyectos dirigidos por Médicos Sin Fronteras en Kenya y Malawi, se han proporcionado servicios gratuitos a poblaciones rurales extremadamente pobres; en Sudáfrica, esa ONG ha apoyado un programa comunitario (véase el recuadro 4.1).

Contribución del sector empresarial

Un número considerable de grandes empresas privadas han venido facilitando terapia antirretroviral a sus empleados, ya sea de forma directa, en el marco de los servicios de salud dispensados en el trabajo, o indirecta, esto es, financiando el acceso a otros

sistemas. Muy a menudo, el tratamiento es una extensión lógica de los compromisos contraídos hace tiempo para combatir el VIH/SIDA en el lugar de trabajo, con actividades de educación sanitaria, distribución de preservativos, asesoramiento y pruebas, así como asistencia y apoyo social a largo plazo. En algunos casos, los beneficios se extienden también a los demás miembros de la familia y a la comunidad en general. Existen, no obstante, dos factores que limitan seriamente la contribución del sector empresarial. En primer lugar, las empresas que aplican este tipo de políticas son sólo una minoría. En segundo lugar, la mayor parte de las personas que precisan ayuda no trabajan para empresas multinacionales capaces de ofrecer tratamiento.

El fortalecimiento de los sistemas de salud que se espera impulsar con la iniciativa de tratamiento implicará, por tanto, la participación de las organizaciones no gubernamentales y las empresas, aunque eso no bastará. El factor clave será el liderazgo de los gobiernos.

LIDERAZGO PARA EL CAMBIO

El objetivo de facilitar un más amplio acceso a la terapia antirretroviral plantea una serie de desafíos y oportunidades que requerirán la orientación y el firme liderazgo de los gobiernos, sin renunciar a la innovación y participación locales. Uno de los elementos esenciales de un buen liderazgo es la capacidad de movilizar a las instituciones y las personas en torno a objetivos comunes, mostrando un rumbo claro; de conseguir apoyo público y político para las acciones sanitarias; y de asegurar la aplicación de criterios comunes. Un buen liderazgo consiste además en facilitar la comunicación, en transferir conocimientos y en detectar las deficiencias y adoptar las medidas necesarias para colmarlas; implica promover alianzas cuando proceda, mediar en los conflictos, promover activamente el rendimiento de cuentas y, factor éste que reviste especial importancia, asegurar la protección de los grupos vulnerables.

Recuadro 4.1 Terapia antirretroviral en la provincia sudafricana de Cabo Oeste

En Sudáfrica el primer proyecto del sector público en incluir terapia antirretroviral se puso en marcha en los centros comunitarios de salud de Khayelitsha, un distrito de Ciudad del Cabo, donde los ambulatorios empezaron a ofrecer tratamiento en mayo de 2001. En junio de 2003, el número de pacientes inscritos superaba los 5000, y más de 600 niños y adultos habían comenzado a recibir tratamiento. Los medicamentos, las pruebas de carga vírica y los sueldos de la mitad del personal clínico han sido costeados por Médicos Sin Fronteras, mientras que el gobierno provincial se ha hecho cargo de los gastos restantes.

Los niveles de cumplimiento terapéutico, supervivencia y éxito virológico de este proyecto son comparables, cuando no superiores, a los registrados en muchos lugares de países más ricos. La estructura de atención primaria ha favorecido notablemente la consecución de un grado muy elevado de retención de pa-

cientes. La capacidad de ofrecer tratamiento a las familias en un solo centro y de conectar con ONG y grupos de apoyo comunitarios, así como la proximidad a los servicios de derivación, son todos factores que permiten obtener unos muy buenos resultados clínicos.

La provincia está tratando de robustecer al mismo tiempo el conjunto del sistema de atención primaria y la administración de terapia antirretroviral. A tal fin, se ha optado por concentrar en un solo órgano las responsabilidades administrativas en materia de atención primaria y de servicios relacionados con el VIH/SIDA; asimismo, se están aplicando enérgicas estrategias de contratación y retención de personal con miras a cubrir simultáneamente las vacantes en los servicios relacionados con el VIH/SIDA y en otros servicios de atención primaria.

Los servicios de atención primaria han empezado a beneficiarse del fortalecimiento de

los sistemas de derivación concertados con los hospitales, la prestación de apoyo clínico por especialistas y el mayor énfasis puesto en la disponibilidad de medicamentos. Se está logrando que enfermeros sin ninguna formación formal en métodos de diagnóstico y cuidados curativos logren convertirse en poco tiempo en competentes dispensadores de atención primaria, y ello gracias a los programas de capacitación y orientación sobre atención del VIH/SIDA. De resultados de la labor desempeñada en el marco de estos proyectos, se ha optado por destinar más recursos (tanto humanos como financieros) a la atención primaria. Se está asistiendo a una revitalización de las redes de apoyo clínico, una mayor implantación de una serie de servicios, como por ejemplo los de asesoramiento y pruebas voluntarias, y una actitud más abierta con respecto al VIH/SIDA (6, 7).

El camión de las medicinas llega a la aldea



Gideon Mendel/Network

Los niños persiguen ilusionados el camión que transporta los medicamentos a su aldea. En él llegan también agentes de atención sanitaria procedentes de un lejano hospital que acuden a esta comunidad rural de Zambia para ayudar a administrar tratamiento.

«En Zambia hasta las aspirinas son un lujo. Nuestro Gobierno destina a la salud US\$ 10 anuales por habitante, y el número de afectados por el VIH/SIDA asciende a varios cientos de miles de personas, de modo que es imposible atender a todos los enfermos en hospitales u hospicios», dice Daphetone Siame, que trabaja para el Servicio de Formación y Gestión del SIDA del Hospital de Chikankata. «En nuestro hospital, el equipo encargado del VIH/SIDA ha optado por visitar a los enfermos en sus casas para supervisar su estado y enseñar a los familiares a cuidarlos. ¡Y el método funciona!»

La atención domiciliaria presenta numerosas ventajas: puede resultar más barata, se

ajusta al deseo de muchos pacientes de no ser hospitalizados, y fomenta la atención comunitaria como un valioso instrumento para eliminar los prejuicios y mejorar los conocimientos de las personas sobre el VIH/SIDA.

En Zambia los primeros programas de asistencia a domicilio se lanzaron en 1987, cuando se descubrió que cerca del 90% de los pacientes con VIH/SIDA ingresados en el Hospital de Chikankata afirmaban preferir estar en sus casas. El centro decidió entonces crear equipos de agentes sanitarios encargados de realizar visitas mensuales, y ello dentro de un radio de 80 km. Además de atender las necesidades asistenciales de los pacientes, los equipos impartieron consejos a las familias y educación a las comunidades acerca del VIH/SIDA. Uno de los principales objetivos es fomentar la aceptación de las personas seropositivas dentro de la comunidad y hacer comprender a todos que la infección no se transmite por contactos cotidianos habituales en el hogar.

Cuatro son los aspectos relacionados con el liderazgo que merecen especial atención. El primero es la consolidación de un **marco estratégico nacional** claramente definido para la prevención, la atención y el tratamiento, que proporcione la visión y dirección requeridas por todos los actores del sistema de salud en su conjunto. Dicho marco deberá inscribirse en una estructura más amplia para dar respuesta a los peligros que amenazan la salud de la población y requerirá la adopción de un enfoque a largo plazo. El segundo elemento es la capacidad de crear **coaliciones** y mantener la adhesión de los interesados directos a los objetivos y estrategias acordadas. El tercero consiste en la formulación y aplicación de un **sistema de normas e incentivos** para todos los dispensadores, con miras a asegurar una atención de calidad, tanto en el sector público como en el privado. El cuarto elemento, la **supervisión**, implica mantener una visión general estratégica de lo que está ocurriendo en el conjunto del sistema de salud; también significa comprobar si las políticas se están ejecutando, qué actividades están en curso y cuáles no, e intervenir según convenga. La concepción de un sistema de información sanitaria y la administración de un proceso de vigilancia resultan cruciales para asegurar la base fáctica en que debe fundamentarse la adopción de decisiones de liderazgo acertadas.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA

La disponibilidad de información sanitaria actualizada y precisa constituye la base fundamental para la adopción de políticas y para la planificación, ejecución y evaluación de cualquier programa de salud. La iniciativa «3 por 5» requiere una evaluación cuidadosa y sistemática de las necesidades de tratamiento, el acceso a los programas, la cobertura, la calidad de los servicios y resultados sanitarios y las investigaciones operativas. Es posible que inicialmente la compilación de información tenga que adoptar la forma de una actividad programática vertical. El sistema precisará la introducción de nuevas tecnologías para la identificación de pacientes y el mantenimiento de un registro médico continuado del que se puedan extraer datos para los análisis por cohortes necesarios para una correcta evaluación de los resultados relacionados con el tratamiento. Los sistemas de citas y de seguimiento de los pacientes son elementos esenciales dentro de la gestión de la atención a enfermos crónicos. Las inversiones e innovaciones requeridas en los sistemas de información sanitaria contribuirán a avanzar hacia las metas de reforma y fortalecimiento de la información sanitaria en los países que la OMS persigue, entre otras cosas, en el contexto de la Red de Sanimetría (8). La Organización también tiene previsto vincular el componente de información sanitaria a actividades relacionadas con el fortalecimiento de la capacidad nacional en materia de investigación en salud, coordinando la producción nacional de investigaciones sanitarias, el intercambio y la aplicación práctica de conocimientos y otras actividades en los países.

VIGILANCIA DE LA INICIATIVA «3 POR 5»

Toda estrategia racional que se adopte en relación con la iniciativa «3 por 5» deberá incluir la vigilancia de una serie de indicadores, como el número de pacientes atendidos en los distintos servicios, el nivel de cumplimiento terapéutico, la calidad de la atención o la disponibilidad de fármacos. Asimismo, requerirá la vigilancia de indicadores que permitan establecer si se está avanzando hacia la meta de fortalecer el conjunto del sistema de salud; estos indicadores incluyen tendencias generales relacionadas con los recursos aportados, los procesos, los niveles de rendimiento y los resultados.

Aunque ya se está produciendo una cantidad considerable de información, subsisten todavía importantes lagunas: se carece, entre otras cosas, de datos detallados sobre las actividades del sector privado y de estimaciones que comparen la demanda de servicios con los servicios efectivamente prestados. Para que esa vigilancia sea viable, habrá que proceder de manera selectiva y creativa en la fase de recopilación de datos, en la gestión de los flujos de información y a la hora de sintetizar y presentar la información.

La capacidad de vigilar las corrientes de recursos constituye un componente fundamental de la supervisión, la evaluación y la formulación de políticas. Es importante saber cuánto dinero se invierte en salud, cuáles son las fuentes de financiación, a través de quién se canalizan los fondos, qué bienes y servicios se contratan y quiénes son los beneficiarios finales. Asegurar un seguimiento de los gastos sanitarios a través de las cuentas nacionales de salud es el punto de partida para una evaluación del nivel de compromiso nacional e internacional que redunde en beneficio de la salud; con las adaptaciones pertinentes, se puede determinar asimismo el nivel de compromiso para con determinadas actividades, como la prevención y atención relacionadas con

Esperando tratamiento



Gideon Mendel/Network

En muchos países en desarrollo, los sistemas de salud son tan frágiles y vulnerables como los pacientes de VIH/SIDA a los que intentan ayudar. Los propios sistemas también precisan desesperadamente un tratamiento. Al igual que este hombre hospitalizado que espera paciente a que le atiendan, los servicios de salud aquejados de una falta crónica de

fondos también deben poder confiar en que pronto les llegará su turno. Para el hombre de la foto, la solución es el tratamiento antirretroviral. Para unos sistemas de salud ya de por sí sobresaturados, el futuro dependerá de la inyección de nuevos recursos.

el VIH/SIDA. También es muy importante que se definan métodos que permitan llevar un control de los recursos externos adicionales, para cerciorarse de que éstos no vengán a reemplazar a los gastos normales destinados a la salud o el VIH/SIDA, y de que sean utilizados eficaz y equitativamente. Se precisarán procesos innovadores para el acopio y análisis de nuevos conocimientos y la difusión de las conclusiones a nivel nacional e internacional.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La mayoría de los pacientes que empiecen a recibir terapia antirretroviral procederán de entornos donde las infecciones oportunistas serán ya manifiestas, es decir, de centros de tratamiento antituberculoso, servicios ambulatorios u hospitalarios de atención a enfermos agudos y programas de asistencia domiciliaria. Con creciente frecuencia, los pacientes serán identificados como seropositivos en otros centros donde se podrán realizar los análisis oportunos, por ejemplo en servicios independientes de asesoramiento y pruebas voluntarias, centros de salud maternoinfantil que cuentan con programas de prevención de la transmisión de la madre al niño, o dispensarios especializados en enfermedades de transmisión sexual. Los enfermos identificados en estos puntos de acceso deberán ser encauzados hacia un proceso de revisión continuada, aun cuando no presenten síntomas o no proceda someterlos de inmediato a terapia antirretroviral. Esto permitirá diagnosticar y tratar debidamente las infecciones oportunistas que puedan padecer. Otra ventaja es que se podrá prepararlos psicológica y socialmente para el momento en que empiecen a recibir tratamiento, y asegurar que éste se inicie en el momento oportuno. Esta modalidad de atención continuada podría prestarse en centros específicamente dedicados al VIH, en centros especializados en el tratamiento de la tuberculosis o de infecciones de transmisión sexual y en centros de medicina general, así como dentro de programas de asistencia domiciliaria. Lograr el acceso de todas las comunidades a esta cadena ininterrumpida de servicios va a constituir un enorme desafío, para el cual todos los países precisarán mucha ayuda.

El reto de la extensión masiva de la terapia antirretroviral tiene también dimensiones geográficas e institucionales. Antes, el tratamiento se administraba principalmente en entornos urbanos, casi siempre en centros hospitalarios. Esto, que resultó natural durante la etapa piloto, en la que se demostró la viabilidad de la terapia en entornos de escasos recursos, sigue siendo razonable para ampliar la red de administración de servicios descendiendo por la jerarquía de centros, desde los mejor dotados hasta los más básicos. La cobertura demográfica que se pretende alcanzar dentro de la iniciativa exige, sin embargo, una drástica expansión del número de puntos de administración de servicios, lo que implica forzosamente una ampliación hacia la periferia geográfica de cada país y distrito y hacia centros de niveles inferiores, que carecen del personal y los recursos disponibles en los establecimientos piloto. Esta diseminación de los puntos de prestación de servicios también es importante para asegurar la equidad geográfica en el acceso a los servicios. Afortunadamente, algunos centros piloto han ampliado sus servicios a nivel distrital, demostrando así que es factible delegar tareas a agentes de salud de nivel intermedio que trabajan en centros de atención primaria (9). Las directrices sobre tratamiento antirretroviral establecidas por la OMS abogan por una estructura de servicios de alcance distrital, dentro de la cual un establecimiento central (un hospital o un centro de salud de cierta importancia) está conectado a una red de centros de cuidados ambulatorios mediante la derivación mutua de pacientes y muestras y con un sistema de supervisión de apoyo para el personal

menos calificado que suele encontrarse en los centros de niveles inferiores (10).

Aunque puede entrañar un alejamiento de los laboratorios y especialistas en análisis clínicos, la diseminación de la prestación de servicios hacia los centros de atención primaria reduce las distancias (tanto geográficas como sociales) con las comunidades de origen de los pacientes, comunidades que, a su vez, constituyen un recurso crucial para la atención y el tratamiento. Dado que un elevado nivel de cumplimiento terapéutico es una condición fundamental para la supresión de la carga vírica, la proximidad de los puntos de reabastecimiento de medicamentos y el apoyo de los miembros de la comunidad, tanto para asegurar la observancia del tratamiento como para otras tareas (véase el capítulo 3), son esenciales para asegurar el éxito de los programas.

RECURSOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

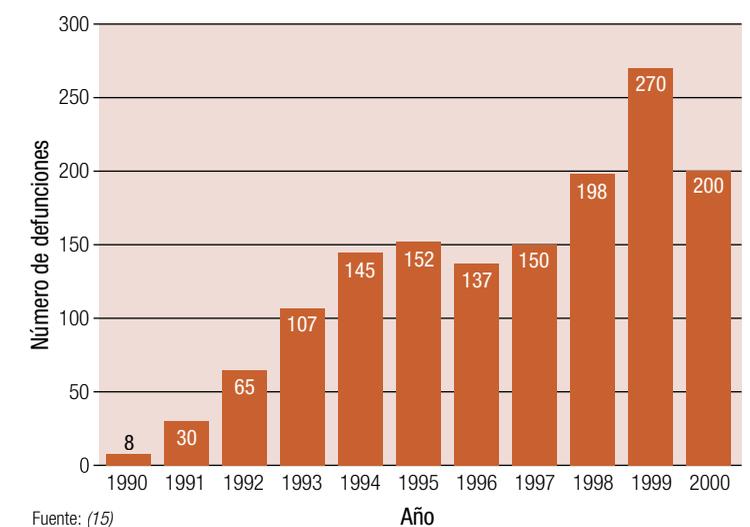
La capacidad de los proveedores de salud para prestar servicios viene determinada por los recursos que tienen a su alcance. Éstos se pueden dividir en recursos tangibles (por ejemplo, edificios, equipo, personal y suministros) e intangibles (los sistemas de gestión que controlan su distribución). Los segundos, que a menudo presentan graves carencias en los países con alta morbilidad, exigirán importantes inversiones. Cabe afirmar que la falta de recursos humanos limita muy seriamente la capacidad para asegurar una prestación de servicios eficaz.

La crisis de recursos humanos

Es un hecho ampliamente reconocido que en estos momentos existe una crisis de personal sanitario que afecta a todo el mundo en desarrollo (11–13). Esta crisis se caracteriza por la escasez y mala distribución de los agentes de salud calificados, problema imputable a los altos niveles de desertión (que se deben a su vez, entre otras cosas, a cambios voluntarios de ocupación y a la emigración desde los países pobres a otros países más ricos), el déficit en formación de agentes de salud calificados (en parte atribuible a una escasez de candidatos con el nivel de estudios general requerido para iniciar una formación previa al empleo) y cierta tendencia a concentrar los esfuerzos de capacitación en funcionarios de nivel superior con proyección internacional.

Aunque se trata de una crisis que se inició hace varios decenios, y que por supuesto ya existía mucho antes de que el VIH/SIDA hiciera su aparición, lo cierto es que se ha visto exacerbada por la epidemia (14). Se ha registrado un gravísimo aumento de las defunciones atribuibles al SIDA entre el personal de salud (véase la figura 4.1). En Malawi, por ejemplo, los 44 fallecimientos registrados en el periodo 1997–1998 entre los enfermeros equivalieron a un 40% de la producción anual de personal capacitado; en Zambia, las 185 muertes registradas en 1999 equivalieron a un 38% del número anual de titulados que salen de las escuelas públicas de formación profesional (16). Las bajas por problemas de salud también se han incrementado de un modo alarmante. Un

Figura 4.1 Defunciones por VIH/SIDA entre el personal sanitario en Malawi, 1990–2000



estudio realizado en Malawi entre personal de laboratorio concluyó que cerca de la mitad del total de horas laborables se pierden debido a enfermedades y causas conexas. Un efecto secundario es el aumento del absentismo debido a los permisos solicitados por los agentes de salud para cuidar a familiares enfermos o asistir a funerales.

Soluciones sistémicas para la crisis de recursos humanos

Los especialistas en recursos humanos coinciden hoy en que esta crisis sólo se aliviará si se adoptan soluciones sistémicas como las siguientes: una mejora sustancial del conjunto básico de remuneraciones y prestaciones; una expansión de las iniciativas de formación previa al empleo; la descentralización de algunos aspectos de la gestión del personal; la implantación de un programa de capacitación de administradores centrado en la supervisión de apoyo; y una protección adecuada del personal contra el riesgo de exposición ocupacional a la infección por el VIH (17-19).

Las soluciones sistémicas deben vincular la mejora de las compensaciones al incremento de la productividad. Esto se puede lograr, por ejemplo, supeditando el pago de primas al cumplimiento de criterios de desempeño. Un buen ejemplo es el programa de incentivos aplicado por Médicos Sin Fronteras en Malawi, en el distrito de Thyolo. Los incentivos se aplican a todos los agentes de salud, no sólo a los que participan directamente en las actividades respaldadas por la ONG; el pago de incentivos tiene carácter discrecional y está sujeto a criterios de desempeño; el programa es gestionado por administradores locales, lo que hace posible que sean éstos los encargados de supervisar al personal (véase el recuadro 4.2). Este ejemplo aislado ilustra una serie de principios de reforma aplicables al conjunto del sistema.

Dadas las carencias actuales, se precisa una expansión masiva de los recursos humanos para lograr multiplicar la cobertura con terapia antirretroviral sin perjudicar excesivamente a los programas ya existentes. Esto requiere un elevado número de acciones, como por ejemplo: contrataciones de emergencia, en algunos casos de profesionales extranjeros; la atenuación de las limitaciones fiscales relacionadas con las contrataciones del sector público; la introducción de nuevos cargos directivos; el

aumento de la contribución de las comunidades; el lanzamiento a gran escala de programas de formación en el servicio centrados en el tratamiento; y la expansión de la formación previa al empleo. Aunque evidentemente los beneficios de la expansión de la formación previa al empleo sólo se apreciarán después del corto intervalo previsto para la iniciativa «3 por 5», el aplazamiento de la solución de este problema impondría obstáculos insalvables a los esfuerzos desplegados para mantener el impulso de la expansión del acceso al tratamiento.

La experiencia de los centros piloto que administran terapia antirretroviral es de escasa ayuda para determinar la dotación óptima de los futuros servicios, ya que generalmente se caracterizan por una utilización intensiva de recursos humanos. Es preciso poner en práctica nuevos modelos de prestación de servicios y dotación de personal, como los recomendados por la OMS (20); esos modelos deberán entrañar un contacto menos frecuente de los pacientes con el sistema de dispensación de salud, una menor dependencia de la contribución de profesionales calificados y una utilización óptima de recursos ajenos al sistema convencional de prestación de servicios sanitarios. Asimismo, implicarán un nivel máximo de delegación de tareas dentro de los equipos formales de atención sanitaria y el aprovechamiento óptimo de los recursos de la comunidad. La instauración, con arreglo a una serie de pautas modelo de tratamiento, de programas de formación basados en las competencias (destinados a asegurar una mayor coherencia entre la formación y la práctica), mecanismos de supervisión adecuados y mejores sistemas de gestión contribuiría a aumentar la productividad. En el capítulo 3 vimos cómo el reclutamiento, entre grupos de seropositivos, de voluntarios que pueden estar siguiendo una terapia antirretroviral constituye un recurso potencialmente valioso.

La problemática es diferente en los entornos de países de renta media y en transición, donde las limitaciones de recursos son menos graves, el número de agentes de salud calificados suele ser más elevado y las capacidades básicas de los servicios de salud son más sólidas. La cuestión fundamental estriba por tanto en asegurar, mediante mecanismos de financiación colectivos apropiados, un acceso universal a la atención que incluya a los sectores más vulnerables y estigmatizados de la población. Otros aspectos a abordar son la reducción de los costos de los regímenes de tratamiento, el establecimiento de redes fiables de diagnóstico y distribución de medicamentos y la mejora de la vigilancia (21). En el recuadro 4.3 se describe el caso de un logro ejemplar.

CUESTIONES RELACIONADAS CON LA FINANCIACIÓN

Existen dos niveles, vinculados entre sí, en los que se deben examinar las necesidades de financiación relacionadas con las intervenciones contra el VIH/SIDA, incluido el suministro de tratamiento antirretroviral. El primero, que ha acaparado mayor atención, es la división internacional de responsabilidades entre países beneficiarios y donantes. El segundo guarda relación con los métodos utilizados dentro de los países para sufragar la prestación de servicios.

Uno de los principales mensajes del presente informe es que sólo se logrará contener la pandemia de VIH/SIDA e invertir su curso si se incrementan de forma masiva las transferencias de recursos de los países ricos a los países pobres. La iniciativa «3 por 5» no puede llevarse a la práctica sin una regeneración de los sistemas de salud, objetivo éste que resulta imposible de alcanzar con los exiguos recursos de que disponen los países más pobres. Según se calcula, se precisan anualmente unos US\$ 35-40 per cápita para financiar un conjunto mínimo de servicios de salud que incluya

Recuadro 4.2 Concesión de incentivos al personal de salud en Malawi

En Malawi, Médicos Sin Fronteras está colaborando en una misión conjunta con la Oficina de Salud del Distrito de Thyolo para combatir la tuberculosis y reducir la transmisión del VIH. La ONG facilita asimismo cuidados médicos, tratamiento y apoyo nutricional y social a las personas afectadas por el VIH/SIDA, la tuberculosis o ambas enfermedades e interviene en emergencias nutricionales y médicas.

En el marco de esta colaboración, Médicos Sin Fronteras ha ideado soluciones innovadoras para hacer frente a las deficiencias en materia de recursos humanos, centrándose sobre todo en la reducción de los niveles de erosión de personal dentro del distrito y mejorando la gestión de los recursos humanos y la motivación y el desempeño de los trabajadores. A tal fin, se están adoptando medidas

consistentes en:

- asegurar que se cuente con medidas y material para el control de las infecciones;
- aprovechar al personal no médico para la realización de diversas actividades, por ejemplo de promoción de la salud o prestación de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias;
- ampliar la política relativa al medio laboral aplicada con respecto a la terapia antirretroviral para hacerla extensiva al conjunto del personal sanitario del distrito;
- poner en marcha un programa piloto de incentivos basados en el rendimiento para el conjunto del personal sanitario del distrito;
- utilizar este programa de incentivos como mecanismo para alentar y supervisar al personal.

Las primas de estímulo oscilan entre US\$ 6 y US\$ 22 al mes, lo que viene suponiendo un incremento de un 10% sobre los sueldos estatales básicos. Su pago está sujeto a una revisión mensual del desempeño realizada conjuntamente por el equipo de gestión sanitaria del distrito y los administradores de programas de Médicos Sin Fronteras, que utilizan una lista común de criterios para evaluar las horas de trabajo, la disciplina, la precisión en el desempeño de las tareas, la gestión de recursos (equipo, medicamentos, suministros y alimentos) y la higiene. Médicos Sin Fronteras propone que se evalúen detenidamente estas innovaciones y que se estudie la posibilidad de adoptarlas a nivel nacional.

terapia antirretroviral, pero los actuales niveles de gasto están muy por debajo de esa cantidad (2). En los países de ingresos bajos, la cuantía media por habitante destinada en 2001 a los servicios de salud era de US\$ 23, y de éstos sólo US\$ 6 procedían del erario público.

Aun suponiendo que los países más pobres fuesen capaces de redoblar su esfuerzo fiscal interno para destinar entre un 1% y un 2% adicional del producto nacional bruto (PNB) a la salud – por encima de la media del 14% que supone el conjunto de partidas del gasto público – las asignaciones per cápita seguirían siendo insuficientes. Con una renta por habitante inferior a US\$ 300 anuales, la asignación de un 1% adicional del PNB a la salud pública supondría un aumento inferior a US\$ 3 per cápita, lo que apenas modificaría la sustancial desproporción entre recursos requeridos y recursos disponibles. Este déficit únicamente se puede colmar con transferencias procedentes del mundo rico. Una de las estimaciones efectuadas a este respecto sitúa la cantidad requerida en US\$ 22 000 millones anuales para 2007 (1), cifra frente a la cual las transferencias actuales, incluso si son complementadas con mecanismos innovadores (véase el recuadro 4.4), siguen siendo insuficientes.

Para hacer realidad esa respuesta, deben tenerse en cuenta cuatro consideraciones importantes:

- La primera es la necesidad de proseguir los esfuerzos encaminados a mantener y mejorar los sustanciales incrementos registrados recientemente en la ayuda destinada por los donantes a la lucha contra el VIH/SIDA. Esto requerirá la participación de la comunidad de donantes en las tareas generales de planificación y supervisión en el plano internacional.

Recuadro 4.3 Acceso universal a la terapia antirretroviral en el Brasil

El Brasil es el primer país en desarrollo en haber implantado un programa de distribución universal de antirretrovirales. Para 2003 este programa, puesto en marcha a comienzos del decenio de 1990, ofrecía medicación antirretroviral gratuita a unos 125 000 enfermos. Su eficacia viene corroborada por la espectacular inversión de la tendencia, antes al alza, de la mortalidad atribuible al SIDA y por el hecho de que ha logrado evitar 90 000 defunciones y 358 000 ingresos hospitalarios relacionados con el SIDA.

La población del Brasil ronda los 175 millones de habitantes. Con una tasa de prevalencia del VIH entre los adultos del 0,7% y una renta per cápita de US\$ 4350, el reto planteado por el VIH/SIDA puede parecer menos difícil de afrontar que en países con cargas de morbilidad más elevadas e ingresos inferiores. Sin embargo, la situación actual es el resultado de una respuesta nacional: en 1990 el Brasil figuraba entre los países con mayor número notificado de personas infectadas, y el Banco Mundial vaticinaba que para 2000 habría aproximadamente 1,2 millones de infectados. Según las últimas estimaciones del ONUSIDA, el número de seropositivos asciende actual-

mente a 600 000 personas, lo que sugiere que la respuesta del Brasil ha conseguido reducir el impacto de la epidemia a la mitad.

Este logro se atribuye a que hubo una respuesta temprana y concertada por parte del Gobierno, respuesta que, a su vez, fue posible gracias a una serie de cambios políticos y profesionales introducidos en el decenio de 1980, la participación intensa y eficaz de la sociedad civil, la movilización multisectorial, el equilibrio entre prevención y tratamiento y la promoción sistemática de los derechos humanos en todas las estrategias y acciones. En particular, las directrices para la adopción de medidas de prevención han hecho hincapié en la necesidad de: centrar la atención directamente en los grupos más vulnerables de la población, como los hombres que tienen relaciones homosexuales, los consumidores de drogas inyectables y los trabajadores sexuales; asegurar el acceso a los medios de prevención, en particular los preservativos, agujas y jeringas; e introducir intervenciones preventivas en los servicios de atención de salud. El uso de preservativos se multiplicó por diez entre 1986 y 1999, en tanto que los programas de canje de agujas y jeringas han

contribuido a reducir notablemente las tasas de prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas inyectables.

Hay una serie de factores que seguramente fueron vitales para asegurar un acceso universal a la terapia antirretroviral. El más importante es que el Gobierno asumió en 1996 sus responsabilidades mediante un decreto presidencial que garantizaba a todos los pacientes el acceso gratuito a los medicamentos contra el VIH/SIDA. El costo de los tratamientos se redujo mediante la fabricación de antirretrovirales en el propio país y la celebración de intensas negociaciones de precios con las empresas farmacéuticas internacionales, en las que se amenazó con recurrir a licencias obligatorias. Se instauró además un sistema de control logístico de los medicamentos para dar suministro a 450 unidades dispensadoras y se establecieron medios de laboratorio capaces de vigilar la carga vírica, los recuentos de CD4 y la resistencia medicamentosa. Los servicios se prestan por medio de una red integrada por más de mil servicios públicos de atención y análisis, cuya financiación corre a cargo de los gobiernos federal, estatales y municipales (22).

- En segundo lugar, los propios países pobres deben poder confiar en que las ayudas relacionadas con el VIH/SIDA no sufrirán la volatilidad registrada en el pasado en otras esferas.
- En tercer lugar, una parte de los fondos aportados por los donantes deberá reservarse para corregir deficiencias en las capacidades básicas del sistema y, ante todo, en las esferas cruciales de los sueldos del personal sanitario y la formación previa al empleo. Si se pretende utilizar la expansión de la ayuda de un modo constructivo para la creación de capacidad básica del sistema, habrá que adoptar formas de actuar más flexibles que permitan poner en práctica un programa de trabajo establecido de común acuerdo. Existen ya algunas experiencias, aunque limitadas, con el enfoque sectorial, con notable éxito en Uganda y la República Unida de Tanzania (23); y, para el conjunto de las esferas de desarrollo, con la implantación de estrategias de reducción de la pobreza basadas en el alivio de la deuda, con resultados positivos en Ghana, Mozambique y Uganda (24).
- En cuarto lugar, se debe reconocer que existe el riesgo de que un incremento masivo de la ayuda externa incida negativamente en la estabilidad macroeconómica y el desarrollo, pues puede acarrear para los países efectos inflacionistas y un aumento de los tipos de cambio.

Recuadro 4.4 Nuevas fuentes internacionales de financiación

Se precisan anualmente miles de millones de dólares de transferencias de recursos adicionales de los países ricos a los pobres para apoyar la iniciativa «tres millones para 2005» y las inversiones asociadas en prevención, atención y fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Parte de este dinero será canalizado a través de los mecanismos bilaterales y multilaterales habituales, aunque se espera la entrada de cuantías cada vez mayores por conducto de instrumentos de creciente creación, entre los que destacan el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), el Programa Multipaíses de Lucha contra el VIH/SIDA del Banco Mundial, el Plan de Emergencia de la Presidencia de Estados Unidos para la mitigación del SIDA y las contribuciones de fundaciones privadas como la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación William J. Clinton.

Hasta la fecha, el Fondo Mundial ha recibido promesas de contribuciones por un valor total de US\$ 4800 millones y ha autorizado el desembolso de US\$ 2100 millones para atender las solicitudes recibidas en las tres primeras rondas (el 60% de esa cuantía se ha asignado a la lucha contra el VIH/SIDA). A finales de noviembre de 2003, al término de su primer año de desembolsos, el Fondo había gastado US\$ 178 millones. Los responsables del Fondo prevén que las promesas de contribuciones en relación con las tres primeras rondas de solicitudes alcanzarán los US\$ 2500 millones para

finales de 2004 y superarán los US\$ 3500 millones para finales de 2005, mientras que los desembolsos (que necesariamente han de ir a la zaga de las promesas de contribuciones) se situarán en US\$ 1000 millones para finales de 2004 y en US\$ 2000 millones para finales de 2005.

En virtud del Plan de Emergencia de la Presidencia de Estados Unidos para la mitigación del SIDA, anunciado en el discurso sobre el estado de la Unión de 2003, los Estados Unidos de América se han comprometido a asignar durante los próximos cinco años US\$ 15 000 millones a la lucha contra la pandemia de VIH/SIDA. De esta cifra total, cerca de US\$ 10 000 millones representan nuevas promesas de desembolso, que serán sufragadas por una serie de organismos del gobierno federal, en particular USAID y el Departamento de Salud y Servicios Sociales, que supervisa los Centros de Control y Prevención de Enfermedades y los Institutos Nacionales de Salud. El Gobierno de los Estados Unidos de América tiene previsto asignar, por medio de mecanismos tanto bilaterales como multilaterales, US\$ 2000 millones a la lucha contra el VIH/SIDA en los doce meses previos a junio de 2004, y todo parece indicar que en el futuro esos desembolsos irán en aumento. Una parte de los recursos del Fondo de Emergencia serán encauzados a través del FMSTM, al que se ha prometido asignar US\$ 1600 millones, aunque cabe la posibilidad de que la cuantía sea mayor si

la promesa de contribución es igualada por las aportaciones de otros donantes.

El Banco Mundial destinó durante el periodo 1988-2003 unos US\$ 2000 millones a programas relacionados con el VIH/SIDA. El grueso de esa cantidad se desembolsó en forma de préstamos en condiciones favorables. Según estimaciones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el componente de donación de esos préstamos alcanzó para 2002 la suma de US\$ 75 millones anuales.

Las fundaciones privadas han empezado a hacer contribuciones importantes, algunas a través del Fondo Mundial y otras actuando en estrecha colaboración con los países receptores. La Fundación Bill y Melinda Gates creó, conjuntamente con la Fundación Merck (patrocinada por la compañía farmacéutica del mismo nombre) y el Gobierno de Botswana, la Alianza Global contra el VIH/SIDA en África, dotada con US\$ 100 millones; ésta, a su vez, ha apoyado un amplio abanico de intervenciones de prevención y atención y ha ayudado a financiar el programa de terapia antirretroviral más importante lanzado en África por el sector público. La Fundación William J. Clinton ha puesto en marcha programas en varios países africanos y caribeños, en los que ha multiplicado las contribuciones de otros asociados y desempeñado un papel clave como intermediario en la negociación de un acceso a medicamentos genéricos más asequibles.

Esos efectos adversos pueden ser transitorios, y verse finalmente contrarrestados con creces por el uso eficaz de la ayuda externa en beneficio de la productividad nacional.

Existe una relación evidente entre la financiación internacional y nacional de los programas de salud: cuanto menor es la contribución de fuentes externas, mayor es la proporción de gastos que los países pobres tienen que costear con sus propios recursos a través, bien de mecanismos colectivos, como los impuestos o los seguros, o bien del bolsillo de sus ciudadanos. Sudáfrica recibe una ayuda externa muy reducida para su sector de la salud, aunque recientemente ha experimentado algunos cambios importantes en sus arreglos internos de financiación para la prestación de terapia antirretroviral. En noviembre de 2003, el Gobierno se comprometió a destinar a la lucha contra el VIH/SIDA a lo largo de un trienio más de US\$ 1730 millones, cantidad ésta que equivale a más del triple de lo gastado en los tres años precedentes. De ese total, US\$ 270 millones se reservarán para el pago de medicamentos antirretrovirales. Con todo, esos fondos no bastarán para dar cobertura a todas las personas que necesitan medicación, por lo que se precisarán múltiples fuentes de financiación para asegurar la prestación prolongada de tratamientos.

En los países en desarrollo de renta baja, que suelen carecer de sistemas de seguro amplios, la mayoría de los servicios de salud individuales son financiados en el sector público mediante un sistema mixto de impuestos y pago de honorarios por los usuarios. Exceptuando Botswana y el Brasil (países ambos de ingresos medios que han decidido asumir ese gasto con dinero procedente de fuentes públicas), los gobiernos de los países en desarrollo apenas han participado en la financiación de la terapia antirretroviral, probablemente debido a su elevado costo unitario. Diversos dispensadores privados llevan ya algún tiempo financiando la terapia antirretroviral mediante el cobro de honorarios a los pacientes; una serie de centros de investigación y ONG internacionales han recibido cuantiosos fondos externos que les han permitido administrar tratamiento, ya sea de forma gratuita o con importantes subvenciones. Algunos empleadores del sector privado han asegurado un acceso gratuito a la terapia antirretroviral, bien directamente, a través de servicios de salud en el trabajo, bien indirectamente, por conducto de intermediarios de seguros privados. Una combinación de financiación pública y privada es deseable, pero únicamente si se garantiza un acceso equitativo. La extensión de la administración de terapia antirretroviral con una mayor participación de los dispensadores públicos representa pues un considerable desafío para los gobiernos.

Algunos gobiernos no confían en que los costos vayan a quedar cubiertos con las contribuciones de los donantes, no se consideran capaces de asegurar un acceso gratuito con recursos nacionales (aunque se vaticina una drástica reducción del precio de los medicamentos) y no ven motivos para hacer distinciones entre la terapia antirretroviral y otros tratamientos que salvan vidas y por los que se cobra a los pacientes. Una serie de gobiernos han manifestado su intención de aplicar a la terapia antirretroviral un sistema de recuperación parcial de los costos (en el que el dinero cobrado a los usuarios cubre una parte pero no la totalidad de los costos de la prestación de servicios, sufragándose la diferencia con impuestos) empleado habitualmente en los centros públicos. Prácticamente todos los gobiernos que aplican el cobro de honorarios a los usuarios cuentan con algún mecanismo de exención de tasas, que, al menos en teoría, permite exonerar a las personas muy pobres de esos pagos.

En otras partes impera la expectativa de que la terapia antirretroviral será administrada de forma gratuita, o a cambio sólo de un pago simbólico, a todas las personas que la precisen, financiándola con ayudas externas u otros mecanismos de solidaridad. La insolvencia no debe ser un obstáculo para acceder al tratamiento. Se ha demostrado que los pagos directos del tratamiento por los pacientes conllevan una reducción de los niveles de cumplimiento terapéutico y un aumento del riesgo de farmacoresistencia. Existen precedentes de administración de tratamientos gratuitos, por ejemplo para la tuberculosis, incluso en países en que los servicios dispensados en los centros públicos normalmente corren a cargo del usuario.

Es probable que en la mayoría de los países se siga aplicando a la terapia antirretroviral un régimen mixto de financiación, siguiendo el razonamiento de que las personas con recursos suficientes deben costear sus propios gastos y el tratamiento gratuito debe reservarse para los casos en que la obligación de pagar pueda limitar el acceso al tratamiento y el cumplimiento terapéutico. Esta cuestión es crucial, puesto que en los países más afectados por el VIH/SIDA el sistema de pago directo de los gastos sanitarios por los propios usuarios ya está sumiendo a muchos hogares en una situación de catástrofe financiera y en la pobreza. La atención otorgada a la iniciativa «3 por 5» quizá impulse las reformas de financiación de la salud destinadas a mejorar el acceso de los pobres a todos los servicios de salud, esfuerzo éste que la OMS respalda activamente. Un buen ejemplo de este tipo de reformas es la propuesta de instaurar un régimen de seguro social de enfermedad en Kenya (véase el recuadro 4.5).

Recuadro 4.5 Reforma del sistema de financiación de la salud en Kenya

Hasta hace poco, en Kenya los pacientes que acudían a los servicios de salud públicos tenían que pagar los gastos de los tratamientos in situ, lo que empeoraba aún más la difícil situación en que se hallan los pobres. Una serie de dispensadores privados atendían a todos los sectores de la comunidad con arreglo a un sistema de pago por servicio prestado, y llegó un punto en que los usuarios pagaban de su bolsillo el 75% del gasto sanitario total. Recientemente, sin embargo, se han propuesto diversas reformas del sistema de seguro social de enfermedad, con objeto de garantizar unos servicios de salud adecuados, accesibles y asequibles, también en lo que respecta al tratamiento antirretroviral. Estaba previsto someter el proyecto de ley al parlamento a comienzos de 2004.

El nuevo sistema de seguro será financiado, por una parte, con contribuciones pagadas

por anticipado por los trabajadores en activo y retirados, las empresas y los trabajadores autónomos y, por otra, con subsidios estatales destinados a permitir la participación de personas sin recursos. Todas estas contribuciones constituirán los ingresos de la nueva Caja Nacional del Seguro Social de Enfermedad. Los afiliados ya no tendrán que abonar los gastos in situ, nada más recibir tratamiento, ya que la Caja se encargará de pagar a los centros sanitarios los servicios de salud proporcionados a los pacientes asegurados. El nuevo sistema cubrirá tanto los servicios prestados a pacientes hospitalizados como los servicios ambulatorios.

Se han hecho varias proyecciones financieras para el período 2004-2008 a fin de evaluar el riesgo de que los gastos imputables a los tratamientos relacionados con el VIH/SIDA impongan una carga excesiva al sistema de se-

guro de enfermedad. Se prevé que el número de pacientes tratados aumentará entre 2004 y 2008 de 108 000 a 186 000. En el caso de los kenianos más pobres, el tratamiento será sufragado por medio de subsidios estatales asignados a la Caja Nacional del Seguro Social de Enfermedad; los demás ciudadanos, en cambio, deberán hacerse cargo de la mitad de los costos. Los medicamentos antirretrovirales irán acaparando una parte cada vez mayor de los fondos de la Caja, pasando de un 5,4% en 2004 a un 13,4% en 2008. Se ha determinado que hasta 2007 la inclusión del tratamiento en el conjunto de prestaciones es financieramente viable. Sin embargo, de 2008 en adelante los subsidios estatales tendrán que ser revisados al alza para asegurar el equilibrio financiero de la Caja.

ESTAR A LA ALTURA DEL DESAFÍO: ESPERANZA PARA EL FUTURO

Dada la magnitud y urgencia de los cambios, que se van a emprender en un contexto de subdesempeño e incapacidades crónicas, la iniciativa «3 por 5» representa un enorme desafío para los sistemas de salud de los países con alta morbilidad asociada al VIH/SIDA. Existe una visión ejemplar, basada en la labor de los pioneros en el campo del tratamiento, de cómo los servicios de salud y los recursos comunitarios se pueden combinar en programas integrales de prevención, tratamiento y atención, incluso en los entornos de recursos escasos. Es de esperar que este inspirador modelo reavive la determinación de los gobiernos y pueblos del mundo entero para invertir dinero suficiente en los sistemas de salud a fin de ponerlos a la altura del desafío y cambiar el rumbo de la epidemia de VIH/SIDA. Si se alcanza esa meta, los sistemas de salud, una vez fortalecidos, se verán capacitados para enfrentarse eficazmente a ese viejo enemigo que son las enfermedades infecciosas y a las enfermedades crónicas, cuya carga es cada vez mayor.

En el siguiente capítulo, que ofrece un análisis que se extiende más allá de 2005, veremos cómo los avances conseguidos en muchas esferas de investigación y los nuevos métodos de acopio e intercambio de información pueden redundar en beneficio de los esfuerzos desplegados a nivel internacional en el terreno de la prevención, el tratamiento y el control del VIH/SIDA, y contribuir asimismo al fortalecimiento de los sistemas de salud.

Referencias

1. OMS/ONUSIDA. *Tratar a tres millones de personas para 2005: cómo hacerlo realidad. La estrategia de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
2. *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
3. *Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/csr/sars/en> [en inglés], visitado el 16 de febrero de 2004).
4. Mogedal S, Stenson B. *Disease eradication: friend or foe to the health system?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/V&B/00.28; <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF00/www552.pdf>, visitado el 16 de febrero de 2004).
5. Brown RG. Kenyan faith-based initiative AIDS project, Nazareth Hospital, Limuru, Kenya. 2003 (manuscrito inédito).
6. Orrell C, Bangsberg DR, Badri M, Wood R. Adherence is not a barrier to successful antiretroviral therapy in South Africa. *AIDS*, 2003, 17:1369–1375.
7. Bekker LG, Orrell C, Reader L, Matoti K, Cohen K, Martell R et al. Antiretroviral therapy in a community clinic – early lessons from a pilot project. *South African Medical Journal*, 2003, 93:458–462.
8. *Health Metrics Network: an update after 50 days*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (http://www.who.int/mip/2003/other_documents/en/health_metrics-boerma.pdf, visitado el 16 de febrero de 2004).
9. *Projet: Malawi*. Luxembourg, Médecins Sans Frontières, 2003 (<http://www.msf.lu/projets/malawi> [en francés], visitado el 16 de febrero de 2004).
10. *Antiretroviral treatment (ART) guidelines and technical and operational recommendations for ART*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/3by5/publications/briefs/arv_guidelines/en, visitado el 16 de febrero de 2004).
11. *Informe sobre la salud en el mundo 2003 – Forjemos el futuro*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
12. *The health sector human resource crisis in Africa*. Washington, DC, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2003.
13. Liese B, Blanchet N, Dussault G. *The human resource crisis in health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003.
14. Tawfik L, Kinoti SN. *The impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa: the issue of human resources*. Washington, DC, Academy for Educational Development, 2001.
15. Gobierno de Malawi/PNUD. *The impact of HIV/AIDS on human resources in the Malawi public sector*. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2002.
16. Aitken J-M, Kemp J. *HIV/AIDS, equity and health sector personnel in southern Africa*. Harare, Regional Network for Equity in Health in Southern Africa, 2003 (Equinet Discussion Paper No. 12).
17. Ferrinho P, Dal Poz M, eds. *Towards a global health workforce strategy*. Antwerp, ITG Press, 2003.
18. Bhattarai MD. Proper HIV/AIDS care not possible without basic safety in health set-up. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:333.
19. *Improving health workforce performance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/World Bank High Level Forum on the Health Millennium Development Goals, Issue Paper No. 4).
20. *Expansión del tratamiento antirretroviral en los entornos con recursos limitados. Directrices para un enfoque de salud pública*. Resumen de orientación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, abril de 2002.
21. *Scaling up health systems to respond to the challenge of HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2003.
22. Teixeira PR, Vitoria MA, Barcarolo J. The Brazilian experience in providing universal access to antiretroviral therapy. In: Moatti JP, Coriat B, Souteyrand Y, Barnett T, Dumoulin J, Fiori YA, eds. *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges*. Paris, Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 2003.
23. *Harmonization and MDGs: a perspective from Tanzania and Uganda*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/World Bank High Level Forum on the Health Millennium Development Goals, Case study).
24. *Poverty reduction strategy papers – progress in implementation*. Washington, DC, Fondo Monetario Internacional, 2000 (<http://www.imf.org/external/np/prsp/2000/prsp.htm>, visitado el 16 de febrero de 2004).