

MSF

**ATENCIÓN A LA FALTA DE PERSONAL:
El tratamiento del VIH/Sida
ante la escasez de profesionales sanitarios**

Documento Informativo de Médicos Sin Fronteras

XVII Conferencia Internacional sobre el Sida
México, 3-8 de agosto de 2008

Embargado hasta el domingo 3 de agosto de 2008, 9:00h México (16:00h España)



MSF

El tratamiento del VIH/SIDA y la lucha contra la epidemia son elementos esenciales en muchos de los proyectos de Médicos Sin Fronteras (MSF) en todo el mundo. En la actualidad, MSF proporciona terapia antirretroviral (ARV) a más de 140.000 pacientes en 27 países, entre ellos 10.000 niños. En este documento informativo, elaborado con vistas a la XVII Conferencia Internacional sobre Sida, la organización médico-humanitaria internacional recoge sus actividades, experiencias y estrategias operacionales a la hora de proporcionar atención de calidad a los pacientes con VIH/Sida en un escenario de escasez de personal sanitario

Se estima que el 70% de las personas con VIH/Sida que necesitan terapia con antirretrovirales (TAR) siguen sin recibirla. A medida que aumenta en todo el mundo el número de pacientes que han iniciado el tratamiento, los recursos humanos sanitarios necesarios para gestionar y mantener la atención sanitaria se están quedando muy cortos. En algunos países que actualmente disponen de medicamentos ARV, la acentuada escasez de personal sanitario es uno de los principales factores que impiden atender a un número mayor de pacientes. En contraste con las declaraciones públicas de gobiernos y agencias internacionales, sobre el terreno siguen faltando medidas eficaces e inmediatas.

Mientras que el estándar mínimo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a médicos por persona es de 20 por cada 100.000, en países como Malawi, Mozambique o Lesoto la proporción es de 2, 3 y 5/100.000, respectivamente, según datos demográficos y sanitarios de 2006-2007. De la misma forma, el estándar mínimo de la OMS es de 100 enfermeros por cada 100.000 personas, pero la proporción en estos países es de 56, 20 y 63/100.000¹.

A diario, MSF es testigo del impacto de la crítica escasez de personal sanitario sobre las vidas –y las muertes prematuras– de personas con VIH/Sida. Vemos cómo la salud de los pacientes se deteriora, mientras pasan meses esperando tratamiento. Por ejemplo, antes de que se produjeran importantes cambios en el flujo de pacientes y en la capacidad de atenderlos en dos programas apoyados por MSF en los distritos mozambiqueños de Angonia y Mavalane, el tiempo medio de espera para iniciar la TAR para los pacientes inscritos en 2006 era de 42 y 54 días respectivamente. Las tasas respectivas de pacientes ilocalizables durante el seguimiento previo al comienzo de la TAR eran del 69% y del 87%: la larga lista de espera para las consultas incrementa el riesgo de que los pacientes interrumpan sus tratamientos. Por tanto, el personal clínico, ya de por sí desbordado, se ve sometido a una enorme presión por factores temporales y no dispone del tiempo necesario para realizar valoraciones exhaustivas de los pacientes en tratamiento, con el riesgo consiguiente de pasar por alto señales cruciales que indican la presencia de complicaciones y/o de un deterioro de la salud.

Una de las estrategias fundamentales que implementan MSF y otros actores es el traspaso de tareas, que se combina con otras medidas para proporcionar atención sanitaria². El traspaso consiste en derivar tareas de unos tipos de profesionales sanitarios a otros (principalmente a cuadros inferiores), o bien de los profesionales a trabajadores no especializados. Esta es una práctica habitual en la atención sanitaria general, tanto en los países en vías de desarrollo como en los industrializados. En el África Subsahariana, especialmente en las zonas rurales, existen cuadros especiales de trabajadores sanitarios no-médicos creados para realizar tareas clínicas en lugares en los que apenas hay médicos³.

MSF utiliza regularmente el traspaso de tareas en sus programas de TAR en los que escasean los médicos y demás personal sanitario. En una revisión de 19 proyectos de MSF se evaluaron las actividades de traspaso de tareas sobre VIH/Sida, estudiando el contexto en el que se

¹ *Help Wanted. Confronting the health care worker crisis to expand access to HIV/AIDS treatment: MSF experience in southern Africa.* MSF, May 2007.

² Philips M, Zachariah R, Venis S. *Task shifting for antiretroviral treatment delivery in sub-Saharan Africa: not a panacea.* Lancet, 2008; 371:682-4.

³ Mullan F, Frehywot S. *Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries.* Lancet 2007;370:2080-1.

prestaba la atención sanitaria, la división de tareas, la titulación del personal y la gestión de la carga de trabajo⁴. La evaluación mostró que el traspaso de tareas se empleaba principalmente como respuesta a la escasez a escala nacional de personal sanitario cualificado, especialmente en países del sur de África. En el África Subsahariana las clínicas estaban saturadas, o bien los programas de TAR estaban centralizados en hospitales, o la atención se descentralizaba a centros de salud de áreas rurales con una escasez extrema de personal.

En cuanto a las tareas clínicas, este estudio reveló que se traspasaban a personal clínico no-médico y a enfermeros. El personal no especializado efectuaba tareas relativas a pruebas de diagnóstico, asesoramiento sobre el VIH, orientación acerca del tratamiento y apoyo y educación social. En las propias instalaciones sanitarias, dicho personal era una valiosa fuerza laboral añadida, ayudando a registrar ingresos, a realizar evaluaciones sencillas de pacientes y a dispensar y dar explicaciones sobre los medicamentos. Su supervisión era de vital importancia para la calidad de la atención prestada, por lo que precisaban ser apoyados por personal cualificado.

EXPERIENCIAS EN TERRENO

Los casos de Malawi, Lesoto y Mozambique

La experiencia de MSF en Thyolo (distrito rural desfavorecido de Malawi) es un ejemplo de cómo se amplían e implementan las TAR cuando existe una severa escasez de recursos humanos, si bien es verdad que necesitó financiación y personal adicional. En Thyolo, MSF tiene una de sus mayores cohortes de pacientes en TAR, más de 10.000, con unas 450 nuevas incorporaciones cada mes. A partir de 2005, el hospital central se vio desbordado por el aumento de pacientes, por lo que el tiempo de atención por persona se veía gravemente restringido. Para muchos era difícil incluso acudir al hospital para seguir sus tratamientos, debido a las distancias y al coste del transporte.

A lo largo de los años siguientes, la iniciación y seguimiento de la TAR se han descentralizado a catorce centros de salud (siete de ellos inician tratamientos), gracias al traspaso de tareas tanto en el hospital central como en estos catorce centros. Este proceso se completó con la formación y apoyo de responsables clínicos, asistentes médicos y enfermeros para capacitarlos en la gestión del inicio y el seguimiento de los tratamientos. También se incorporó personal adicional –enfermeros, trabajadores no especializados y voluntarios comunitarios (a menudo otros pacientes de VIH/Sida)– para administrar las pruebas de diagnóstico y prestar apoyo psicosocial y nutricional.

Un análisis del programa de Thyolo realizado a finales de 2007 reveló que el 91% de los pacientes (inscritos entre junio de 2006 y diciembre de 2007) seguían con vida y en tratamiento, demostrándose así la eficacia de esta estrategia descentralizada y de traspaso de tareas, a pesar de la relativa dificultad y complejidad de su implementación y de su

⁴ Philips M, Wouters A, Arnould L, Rasschaert F. *Inventory of task shifting practices in ART care projects supported by Médecins Sans Frontières (MSF)* [abstract]. IAC 2008, Mexico City.

financiación⁵. Análisis comparativos adicionales sobre tasas de retención y bajas (junio de 2006 a junio de 2007) mostraron que, de 4.074 pacientes a los que se dio seguimiento, más de 80% seguían recibiendo atención, tanto en el hospital como en los centros de salud. La tasa de retención era significativamente más elevada en los centros de salud que a nivel hospitalario (índice de riesgo ajustado: 1,2; $P < 0.001$), y la tasa de bajas (por muerte, ilocalizables durante el seguimiento o abandono de la TAR) era similar, aproximadamente un 15%. Del mismo modo, en el programa de tratamiento de MSF en Lusikisiki (Sudáfrica, traspasado en 2006), que empleaba la estrategia de traspaso de tareas y atención descentralizada a centros de salud, al cabo de un año más del 80% de los pacientes seguían con vida y en tratamiento.

Por su parte, en el programa de MSF en Lesoto, los enfermeros del Ministerio de Sanidad de un solo hospital de distrito y catorce centros de salud rurales inician la TAR y dan seguimiento a los pacientes, apoyados por equipos médicos móviles de MSF, que visitan cada clínica semanalmente, dando orientación clínica y prestando otros tipos de ayuda. Los orientadores no especializados radicados en las instalaciones sanitarias se han convertido en una parte fundamental de la gestión integral de pacientes y realizan un amplio abanico de tareas, como la realización de pruebas de detección del VIH, orientación sobre la enfermedad, preparación para la TAR, ayuda para el cumplimiento de tratamientos tanto para el VIH como para la tuberculosis, programación de citas, e identificación y localización de los pacientes faltan a las mismas.

En las instalaciones más saturadas, se está ensayando además una herramienta simplificada de cribado, con la que los orientadores más experimentados pueden reponer medicamentos para pacientes adultos estables (definidos como adultos no embarazados con más de 12 meses de TAR sin presencia de nuevas enfermedades oportunistas, efectos secundarios por los ARV ni problemas de cumplimiento) y que derivan a los pacientes a los enfermeros a la primera señal de complicaciones. Las tareas esenciales realizadas por los orientadores no especialistas ayudan a reducir la carga laboral para enfermeros, permitiéndolos seguir iniciando el tratamiento de nuevos pacientes y centrarse en problemas clínicos más complejos. Tras 12 meses de terapia, el 87% de los pacientes en TAR analizados en este programa seguían con vida y continuaban en tratamiento.

En la provincia mozambiqueña de Tete, el traspaso de las tareas de orientación desde los enfermeros a los trabajadores no especialistas permitió a MSF aumentar de manera significativa el número de pacientes inscritos para tratamiento. Tras la inclusión de estos trabajadores en el equipo, la media mensual de pacientes que iniciaban TAR pasó de 6 a 16. Las tasas de cumplimiento siguieron siendo favorables, con una tasa de ilocalizables durante el seguimiento del 8%, asignándose asimismo al personal no especializado la localización de estos pacientes.

La utilización positiva de los cuadros inferiores de trabajadores sanitarios cuadros se ejemplifica aún mejor en el mayor programa de MSF de TAR, el de Chiradzulu, en Malawi, con más de 12.000 pacientes en tratamiento. MSF, en colaboración con el Ministerio de Salud,

⁵ Massaquoi M, Gomani P, Nalikungwi R, Bemelmans M, Zachariah R, Philips M. *Task-shifting and decentralisation of HIV/AIDS care in a rural district of Malawi: some successes and lessons learnt from Thyolo district* [abstract]. IAC 2008, Mexico City. WEAB0202

desarrolló una estrategia de traspaso de tareas, transfiriendo la iniciación del tratamiento de los responsables médicos a los enfermeros y asistentes de los centros de salud rurales. En un análisis del periodo mayo-diciembre de 2007 sobre 1.600 pacientes adultos que habían iniciado la TAR, el 25% lo habían hecho a través de enfermeros y asistentes médicos⁶. Al evaluar la tasa seguimiento al cabo de tres meses de iniciada la TAR, las cifras eran casi idénticas independientemente de si este lo había realizado un enfermero o asistente médico (88%) o un responsables clínicos de más alto nivel (87%). Se demostraba de esta forma que los enfermeros y asistentes médicos formados eran ser capaces, en nuestro contexto de protocolo simplificado, de tratar y dar seguimiento a los pacientes con una eficacia comparable a la de los responsables clínicos.

DESAFÍOS A LA VISTA

A pesar de estos éxitos locales, el traspaso de tareas no es una panacea y tiene sus limitaciones. Incluso cuando se utiliza personal sanitario cualificado de manera más eficiente, tanto MSF como otros agentes siguen topándose con la barrera de la escasez de recursos humanos sanitarios, muy especialmente a la hora de ampliar significativamente el alcance la TAR. Para poder contrarrestar eficazmente la crisis de personal, el traspaso de tareas se debe adoptar en el ámbito de una estrategia más amplia para retener y capacitar al personal sanitario.

Para ello, es necesaria una movilización urgente en múltiples niveles políticos. Tanto donantes como entidades nacionales e internacionales deben adoptar medidas para retener al personal sanitario cualificado y para atraer nuevas incorporaciones mediante el aumento de salarios y la mejora de sus condiciones de vida y laborales, y se debe facilitar también el acceso a tratamiento y a la atención sanitaria a los propios trabajadores de este sector.

La “fuga de cerebros” también ha contribuido a la crisis de recursos humanos, con la salida de trabajadores de los países más pobres en busca de mejores condiciones salariales y laborales en los países ricos. No obstante, dicha fuga de cerebros también es frecuente entre los países en desarrollo: países como Sudáfrica atraen a médicos y enfermeros de otros donde la remuneración es menor, tales como República Democrática del Congo, Lesoto, Malawi, Nigeria o Zimbabue. El reclutamiento internacional, éticamente cuestionable, se intenta frenar mediante códigos de conducta e iniciativas similares. A pesar de los factores en sentido contrario, con el apoyo y la remuneración necesaria, un número mayor de profesionales sanitarios podría optar por quedarse en su país de origen.

Además de por las condiciones salariales y laborales, continuamente se producen bajas por enfermedad y fallecimiento de profesionales sanitarios. En Lesoto, Malawi y Mozambique, la muerte es la primera causa de la pérdida de personal sanitario, y una importante proporción de las mismas se relacionan con el VIH. Mantener con vida al personal especializado es un desafío crucial en países con elevados índices de prevalencia del Sida y de pérdida de personal.

⁶ McGuire M, Goossens S, Kukasha W, et al. *Nurses and medical assistants taking charge: task-shifting HIV care and HAART initiation in resource-constrained and rural Malawi* [abstract]. IAC 2008, Mexico City. WEPE0106

Paradójicamente, los profesionales sanitarios se enfrentan a la estigmatización y tienen dificultades para acceder a tratamiento. Por tanto, es de máxima importancia que pueda garantizarse la confidencialidad de pruebas, atención y tratamiento para estos profesionales. Se han iniciado diversas iniciativas a escala local para mejorar el acceso a la atención para el personal infectado por el VIH. En Thyolo (Malawi), MSF apoyó a las autoridades sanitarias locales en el establecimiento de una clínica especializada para el personal y sus familiares inmediatos así como un grupo de apoyo específico. En dos años, con esta iniciativa el número de trabajadores sanitarios en tratamiento pasó de 31 a 58.

Si bien ahora se reconoce ampliamente la dimensión y el alcance de la crisis de personal sanitario, las intervenciones eficaces aún escasean o se implementan con demasiada lentitud. Tanto actores políticos nacionales, como donantes y agencias internacionales, han manifestado su preocupación y se han comprometido a trabajar para superar esta brecha. El Fondo Mundial ha adaptado sus modalidades de financiación para incluir el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, con convocatorias específicas en la 8ª (julio de 2008) y 9ª rondas (octubre de 2008) de propuestas que potencien la fuerza laboral sanitaria mediante la mejora de la remuneración y el incremento del reclutamiento. El alcance y la dimensión de estas oportunidades de financiación aún están por verse.

Mientras se siguen debatiendo estas soluciones a largo plazo, el personal sanitario, las autoridades sanitarias locales y las organizaciones no gubernamentales siguen haciendo frente cada día a este desafío, pero a duras penas logran mantener las clínicas en funcionamiento. El principal reto es cómo hacer llegar el tratamiento a los pacientes en zonas rurales y de difícil acceso, donde el exigente trabajo y las duras condiciones de vida dificultan los esfuerzos por atraer y retener al personal. Si no se toman medidas de emergencia a corto plazo, es probable que enfermeros y otros trabajadores sanitarios abandonen con poco preaviso, lo que causará en última instancia el colapso de los servicios sanitarios y dejará sin tratamiento a muchos pacientes con VIH/Sida.

Los pasos urgentes para superar las brechas en la fuerza laboral sanitaria incluyen:

- Mayores flexibilidades en las políticas laborales nacionales y en el ámbito de la praxis, para permitir el traspaso de tareas a trabajadores médicos y no médicos menos cualificados
- Mejorar el acceso al tratamiento para el propio personal sanitario
- Formar e incorporar personal cualificado adicional
- Incrementar los salarios y los beneficios para los trabajadores sanitarios nacionales en el ámbito de la atención clínica
- Mejorar las condiciones laborales y de vida para el personal, especialmente en las áreas rurales
- Revisar las normativas y prácticas multilaterales y bilaterales de los donantes, permitiendo un mayor apoyo financiero para aumentar la fuerza laboral en la sanidad pública
- Acabar, por parte de los organismos financieros nacionales e internacionales, con los límites impuestos a la masa salarial y el gasto en personal