



2 millones de trabajadores sanitarios comunitarios africanos

Aprovechar el dividendo demográfico,
poner fin a la epidemia de sida y
garantizar atención sanitaria sostenible

La salud y el bienestar de los africanos son fundamentales para el futuro de África. Para asegurar un futuro más sano y seguro, África ha emprendido un esfuerzo histórico para sentar las bases para la atención sanitaria y el desarrollo sostenible para todos. La Agenda 2063 concibe un esfuerzo de 50 años para impulsar una transformación socioeconómica a lo largo del continente. Un elemento clave de esta transformación implica aprovechar el «dividendo demográfico» para impulsar el progreso hacia el aumento del crecimiento económico, el desarrollo social y la prosperidad compartida. La «Estrategia de Salud para África» y el «Marco Catalizador para Poner Fin a la Epidemia de SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en África para el 2030» de la Unión Africana proporcionan objetivos, estrategias e hitos clave para el camino hacia una África saludable y próspera. La utilización óptima de la tecnología, incluidas las plataformas de comunicaciones digitales, siempre que sea factible, desempeñará un papel fundamental en la consecución de estos objetivos.

En esta búsqueda multifacética de salud y desarrollo sostenibles, las comunidades representan un recurso único y poderoso. Las comunidades saludables, capacitadas y prósperas son los motores de base del desarrollo nacional y regional. Sin las comunidades como socios y líderes, todas nuestras aspiraciones para la salud y el desarrollo se reducen a poco más que discurso.

Los trabajadores sanitarios comunitarios – que provienen de las comunidades a las que sirven, responden ante estas comunidades y reciben una capacitación más corta que la requerida por médicos, enfermeras u otros profesionales de la salud – representan el «vínculo faltante» fundamental entre los amplios anhelos sociales y las comunidades que más necesitan asistencia y, al mismo tiempo, funcionan como vehículos esenciales para el progreso. Pocas, o ninguna, de nuestras herramientas de salud y desarrollo se igualan al potencial de los trabajadores sanitarios comunitarios para impulsar avances en diversos frentes. Un considerable conjunto de datos demuestra que los trabajadores sanitarios comunitarios aumentan la aceptación de servicios de salud, reducen las desigualdades sanitarias, prestan servicios de alta calidad y mejoran los resultados generales relacionados con la salud. Los programas de trabajadores sanitarios comunitarios también representan buenos empleos, refuerzan las economías nacionales y locales y aumentan la productividad al mejorar la salud y el bienestar. Además, las inversiones en trabajadores sanitarios comunitarios le permitirán a África convertir la casi duplicación de la población joven prevista para el 2050 de un «aumento pasajero de los jóvenes» potencialmente peligroso a un «dividendo demográfico» dinámico que impulsa el crecimiento económico y mejora las condiciones de vida. De hecho, las inversiones en trabajadores sanitarios comunitarios representan una oportunidad ideal para abordar uno de los mayores problemas de África: los peligrosos niveles de desempleo entre los jóvenes.

Este informe defiende una nueva iniciativa muy importante: reclutar, formar y desplegar con rapidez 2 millones de trabajadores sanitarios comunitarios en África. Fundamentado en un amplio conjunto de datos y considerable experiencia regional, el informe muestra cómo los trabajadores sanitarios comunitarios salvan vidas y mejoran la calidad de vida y cómo las inversiones en trabajadores sanitarios comunitarios aprovechan de forma eficaz el dividendo demográfico, reducen la desigualdad de género y aceleran el crecimiento económico y el desarrollo. De hecho, los beneficios de los trabajadores sanitarios comunitarios se extienden de un extremo al otro de la Agenda para el Desarrollo Sostenible.

Aunque ambiciosa, esta nueva iniciativa es completamente factible. Algunos de los programas de trabajadores sanitarios comunitarios más exitosos del mundo se encuentran en África y existen módulos de formación y estrategias de despliegue que pueden adaptarse de inmediato a diferentes idiomas y países. A diferencia de los programas de educación extensos, costosos e intensivos para profesionales sanitarios de mayor categoría, la formación y el despliegue de trabajadores sanitarios comunitarios en comunidades desfavorecidas de gran necesidad es posible en una fracción del tiempo y a un menor costo.

2 millones de empleos comunitarios: poner freno a la brecha de personal sanitario

En el 2013, había en todo el mundo 17,4 millones trabajadores sanitarios menos de los necesarios para prestar servicios básicos de atención primaria de salud con la escasez más grave de trabajadores sanitarios presente en África y el Sudeste Asiático [1]. Si bien es fundamental aumentar la inversión en programas de educación médica existentes, es improbable que estos programas cierren la brecha de personal sanitario por sí solos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que la necesidad no satisfecha de trabajadores sanitarios formados a nivel mundial se reducirá solo un 17 % del 2013 al 2020, con lo que faltarán en el mundo 14,5 millones

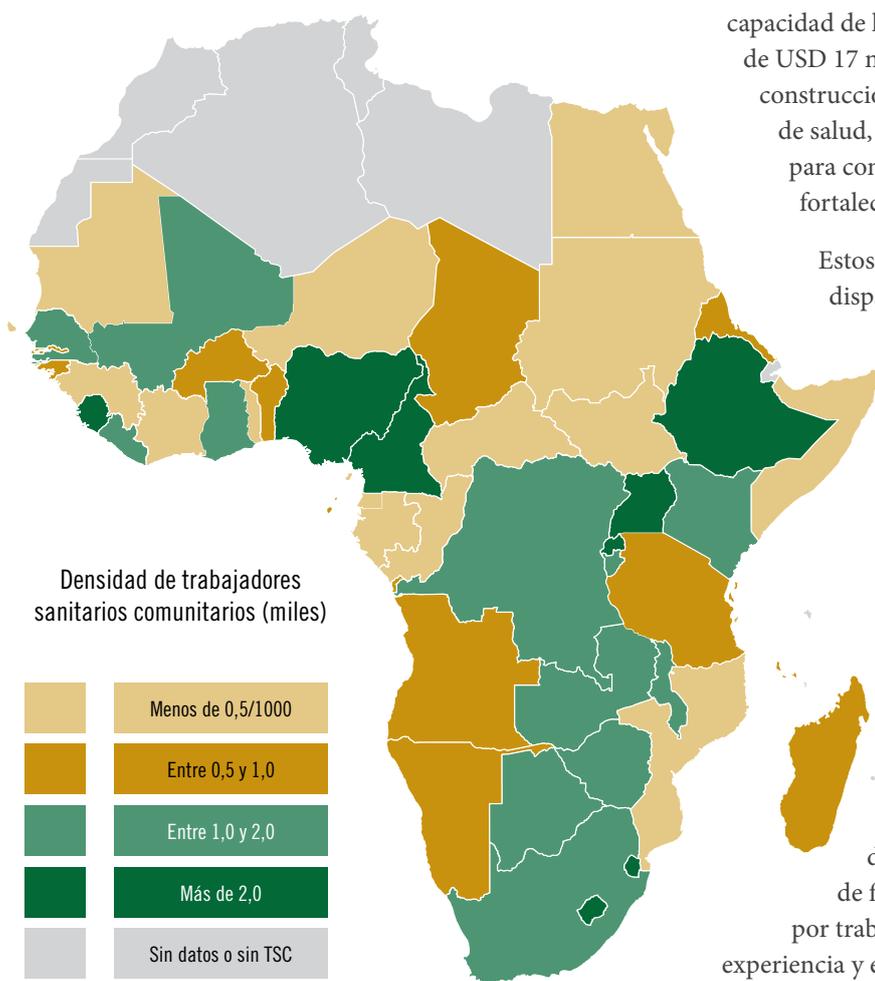
de trabajadores de la cantidad que se necesita para alcanzar el ODS 3 [1]. En África, para cerrar la brecha prevista de casi 1,1 millones de médicos para el 2030, sería necesario triplicar la capacidad de las facultades de medicina, a un costo aproximado de USD 17 mil millones a USD 23 mil millones solo para la construcción. Para realizar la promesa de atención primaria de salud, es evidente que se necesitarán nuevos enfoques para complementar la necesidad urgente de continuar y fortalecer las inversiones en educación médica tradicional.

Estos nuevos enfoques también deberán abordar las disparidades en la distribución de los trabajadores de la salud en África. En Kenia, por ejemplo, el 46 % de los médicos se encuentran en Nairobi o sus alrededores, hogar de tan solo el 19 % de la población nacional (Fig. 2). En Angola y Sudáfrica, solo el 15 % y el 17 % de los trabajadores sanitarios, respectivamente, trabajan en zonas rurales donde vive aproximadamente la mitad de la población.

Cerrar la brecha de personal sanitario: 2 millones de trabajadores sanitarios comunitarios en África

Muchos servicios sanitarios, incluidos aquellos que requieren tecnología sofisticada, un alto nivel de competencia médica o amplios conocimientos de fisiología o bioquímica, no pueden ser prestados por trabajadores sanitarios comunitarios. Pero la experiencia y estudios científicos exhaustivos han demostrado que es posible prestar muchos servicios sanitarios con eficacia a través de trabajadores sanitarios comunitarios y en entornos de comunidades. Para aprovechar el papel

Figura 1. La densidad demográfica de trabajadores sanitarios comunitarios varía considerablemente a lo largo de



de los trabajadores sanitarios comunitarios como puentes hacia sistemas sanitarios sostenibles, es necesario compartir de forma razonable y sinérgica las responsabilidades clínicas entre diversas categorías de trabajadores sanitarios.

A partir de una revisión de los datos, de los parámetros de referencia establecidos y la bibliografía disponibles con respecto a la brecha de personal sanitario, se estima que se necesitan 2 millones de trabajadores sanitarios comunitarios para el 2020 que ayuden a cerrar la brecha de recursos humanos para la salud y acelerar el progreso hacia la gran variedad de objetivos sanitarios del ODS 3. Sobre la base de la experiencia con el programa pionero de agentes de divulgación sanitaria de Etiopía, cada uno de estos trabajadores sanitarios comunitarios necesita un año de formación (que incluye nueve meses de aprendizaje en el campo) y debe recibir una remuneración justa. Los trabajadores sanitarios comunitarios deben integrarse plenamente en el sistema sanitario (tanto en la planificación y el presupuesto nacionales para la salud como al nivel granular de prestación de servicios), su estado debe formalizarse y reflejarse en los marcos de políticas nacionales y deben implementarse asociaciones de trabajadores sanitarios comunitarios a nivel regional y nacional para abogar en su defensa. Deben ponerse en marcha mecanismos para garantizar la supervisión adecuada de los trabajadores sanitarios comunitarios y a estos trabajadores se les debe brindar la oportunidad de continuar su formación y desarrollarse a nivel profesional.

Construir sobre una base sólida: aprender de inversiones anteriores en trabajadores sanitarios comunitarios en África

Como muestra la figura 1, actualmente existen programas de trabajadores sanitarios comunitarios dentro de los territorios de casi todos los estados miembros de la Unión Africana. Sin embargo, la densidad de los programas de trabajadores comunitarios de salud no refleja plenamente la calidad o el impacto de estos programas. En muchos países, los trabajadores comunitarios de salud en gran parte reciben una mala retribución, no se aprovechan plenamente y su integración en los sistemas sanitarios de la región es deficiente. La mayoría de los trabajadores sanitarios comunitarios existentes en África trabajan en proyectos verticales que se concentran en un solo sector sanitario y reciben formación muy específica, cuando los recursos existentes del sistema sanitario se aprovecharían mucho más con trabajadores comunitarios altamente competentes que sean capaces de abordar diversos problemas de salud.

Sin embargo, varios países africanos han realizado considerables inversiones en los trabajadores sanitarios comunitarios y han incorporado a estos trabajadores al sistema sanitario como parte integral y fundamental. Lo que sigue es una lista selecta y no exhaustiva de experiencias nacionales:

- **Etiopía:** el despliegue de 42 000 agentes de divulgación sanitaria funciona como el pilar del programa sanitario del país [2].
- **Ruanda:** las categorías de 45 000 trabajadores sanitarios comunitarios de Ruanda (agents de santé binôme and animatrice de santé maternelle), acompañadas de la introducción de la cobertura sanitaria universal a través del seguro cooperativo (mutuelle de santé), han ayudado a reducir considerablemente la mortalidad materna y de menores de cinco años [3].
- **Kenia:** una creciente categoría de múltiples niveles de 64 000 trabajadores sanitarios comunitarios (aproximadamente) contribuyen a la prestación de atención sanitaria en Kenia bajo la supervisión y gobernanza de comités sanitarios comunitarios voluntarios [4].
- **Botsuana:** para llegar a una población muy dispersa, Botsuana cuenta con aproximadamente 4200 trabajadores sanitarios comunitarios que trabajan en colaboración con enfermeros, muchas veces como parte de 800 equipos móviles que viajan a las partes más remotas del país [4].

- **Senegal:** en Senegal se encuentra uno de los programas de trabajadores sanitarios comunitarios más exhaustivos del continente, donde 26 000 trabajadores sanitarios comunitarios trabajan en diversas categorías complementarias. Muchos trabajan en puestos de salud gestionados íntegramente por las comunidades (a través de un comité sanitario comunitario), con el apoyo de socios y principalmente de la participación financiera de la población, y supervisados por el médico jefe del distrito.

Trabajadores sanitarios comunitarios en Etiopía

En Etiopía, la mitad del gasto gubernamental en salud se utiliza en la atención primaria. El despliegue de 42 000 agentes de divulgación sanitaria —el pilar del programa de agentes de divulgación sanitaria del país— ha ayudado a reducir un 39 % la carga total de la morbilidad del país entre el 2005 y el 2015, además de aumentar la esperanza de vida superior a la media a nivel nacional. La inversión y los resultados de Etiopía son incluso más notables por haberse iniciado en el 2003 cuando el ingreso del país era uno de los más bajos del mundo. Incrementando sus inversiones en salud, Etiopía destinaba para el 2014 el 19 % del gasto gubernamental total a la salud, aprovechando y canalizando con éxito las inversiones de socios internacionales para apoyar y complementar su programa de divulgación sanitaria.

Los agentes de divulgación sanitaria de Etiopía están formados, formalizados y completamente integrados en el sistema de atención primaria. La formación inicial abarca un año completo, que incluye nueve meses de aprendizaje en el campo y cubre 17 servicios sanitarios esenciales relacionados con la salud familiar, la prevención y el control de enfermedades, la higiene y el saneamiento ambiental, la educación sobre salud y la comunicación para la salud. Los agentes de divulgación sanitaria se despliegan en pares en unos 16 000 puestos de salud vinculados a 3200 centros de salud, con un sistema de supervisión riguroso y de múltiples niveles y oportunidades de obtener educación médica y cualificaciones adicionales. Equipos de supervisión de cuatro personas apoyan a 50 agentes de divulgación sanitaria en 25 puestos de salud satélites, que juntos conforman una unidad de atención primaria. En simultáneo con la creación de un sistema pionero para la formación y el despliegue de trabajadores sanitarios comunitarios, Etiopía ha ampliado paralelamente su producción nacional de médicos, enfermeros, matronas y responsables quirúrgicos de emergencia.

Ethiopia Public Expenditure Review (Revisión del Gasto Público en Etiopía), Banco Mundial, 2016.

Particularmente, cada uno de estos cinco países que han realizado importantes inversiones en los trabajadores sanitarios comunitarios experimentaron reducciones de su carga sanitaria del 2005 al 2015 que fueron considerablemente superiores a las alcanzadas por la región en su conjunto —39 % en Etiopía, 48 % en Ruanda, 38 % en Kenia, 46 % en Botsuana y 36 % en Senegal [5].

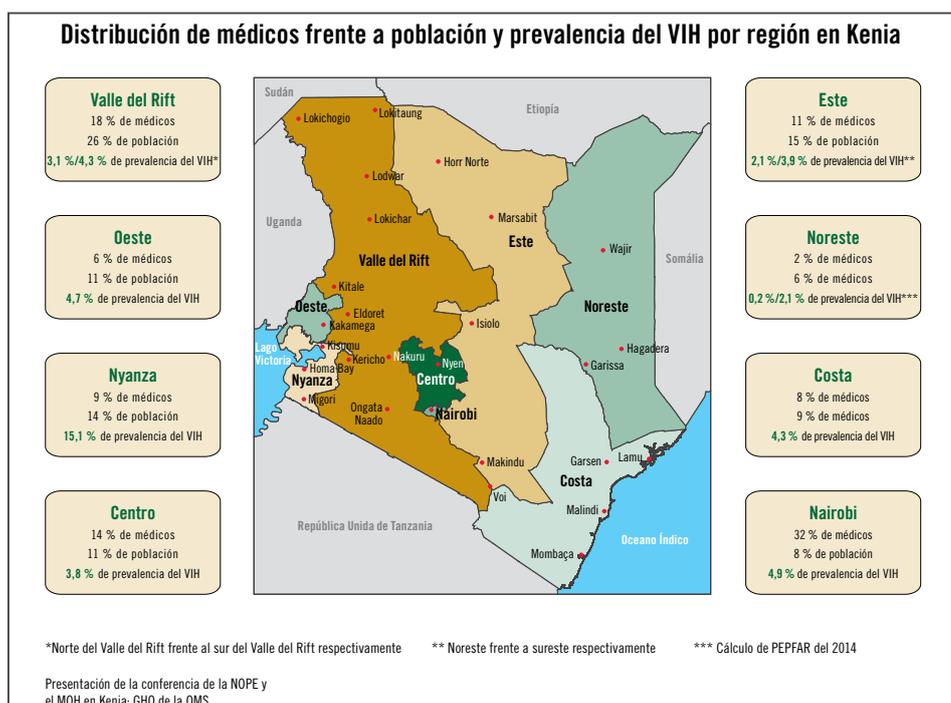
Aunque la mayor parte del millón de trabajadores sanitarios comunitarios que trabaja actualmente en todo el continente necesitará una nueva formación exhaustiva y una mayor integración en los sistemas sanitarios, los programas existentes ofrecen una sólida base para lanzar esta importante nueva iniciativa. De hecho, los extraordinarios logros alcanzados por los programas pioneros de trabajadores sanitarios comunitarios de África han convencido a otros países de la región, como Ghana, de crear su propio personal sanitario comunitario.

El antecedente de África es claro. En su esfuerzo por mejorar la salud y acelerar el desarrollo, los trabajadores sanitarios comunitarios ayudan a transformar las aspiraciones en resultados concretos con respecto a la salud de la población de África.

Argumento a favor de los trabajadores sanitarios comunitarios con respecto a la salud: mejora del alcance, el impacto y la eficacia de los servicios sanitarios

Una exhaustiva revisión de la evidencia disponible a cargo de expertos sanitarios mundiales llegó a la conclusión de que los trabajadores sanitarios comunitarios «proporcionan el recurso de personal sanitario más prometedor del mundo para acelerar el progreso» hacia los objetivos sanitarios mundiales [6].

Figura 2



Los trabajadores sanitarios comunitarios aumentan el acceso a la salud

La evidencia ha demostrado desde hace mucho que los trabajadores sanitarios comunitarios mejoran el acceso a servicios sanitarios de los pacientes más difíciles de alcanzar [7]. De acuerdo con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, los trabajadores sanitarios comunitarios previenen la muerte de un niño en el mundo cada tres segundos [8]. Las madres asistidas por trabajadores sanitarios comunitarios tienen seis veces más posibilidades de amamantar

exclusivamente que las madres que no están expuestas a trabajadores sanitarios comunitarios [9] y los trabajadores sanitarios comunitarios tienen más posibilidades que los sistemas sanitarios principales de identificar e iniciar intervenciones en niños con malnutrición moderada o grave [10]. Los trabajadores sanitarios comunitarios mejoran la aceptación de la inmunización [11]. En Nepal, los trabajadores sanitarios comunitarios salvan más de 10 000 vidas cada año al aumentar la utilización de intervenciones recomendadas para el tratamiento de la neumonía infantil [12]. Al alentar la aceptación del servicio, las intervenciones basadas en la comunidad implementadas por trabajadores sanitarios comunitarios tienen el potencial de reducir la mortalidad por malaria un 40-60 % [13].

A diferencia de los centros sanitarios tradicionales, que muchas veces se encuentran extremadamente lejos de donde la gente vive o trabaja, los trabajadores sanitarios comunitarios llevan los servicios directamente a los individuos y las comunidades, en horarios y lugares convenientes. Los beneficios de los programas de trabajadores sanitarios comunitarios que mejoran el acceso a la salud son especialmente marcados para las comunidades rurales. En Etiopía, las mejoras más sorprendentes de los indicadores de salud desde el 2005 han ocurrido entre las poblaciones pobres que viven en zonas rurales, el principal enfoque del programa de agentes de divulgación sanitaria [14]. Cuando la conectividad existe y, a medida que se expande, la tecnología de las comunicaciones digitales proporcionada a los trabajadores sanitarios comunitarios puede ayudar a vincular las zonas rurales más estrechamente con otros recursos sanitarios. Sin embargo, en Etiopía y otras partes de África, es evidente que los trabajadores de salud comunitarios que dependen de registros en papel pueden, sin embargo, hacer contribuciones transformadoras a la prestación de servicios de salud.

Los trabajadores sanitarios comunitarios y el logro de los objetivos 90–90–90

Alcanzar el objetivo 90–90–90 es fundamental para la esperanza de poner fin a la epidemia de sida. De acuerdo con la elaboración de modelos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), los objetivos 90–90–90 representarán el 60 % de las nuevas infecciones por el VIH que puedan evitarse hasta el 2030 conforme a la aproximación de acción acelerada recomendada [15]. A nivel global, se han realizado importantes avances en la ampliación de la escala del tratamiento contra el VIH y muchos países en África parecen estar en buen camino para alcanzar los hitos 90–90–90.

Sin embargo, no todos los países están bien encaminados para cumplir con el objetivo y los resultados del tratamiento en África Central, del Oeste y del Norte son muchos más bajos que los de África del Sur y del Este [16]. Si se siguen haciendo las cosas como hasta ahora, no se podrá alcanzar el objetivo en la región, así que se necesitan urgentemente nuevas aproximaciones.

La evidencia sugiere que si se realizan nuevas inversiones urgentes para reclutar, formar y desplegar trabajadores sanitarios comunitarios, esto podría determinar el éxito de África en su intento de poner fin a la epidemia de sida como una amenaza para la salud pública. La movilización de trabajadores sanitarios comunitarios para ayudar en la prestación de servicios de prueba del VIH ofrece una forma eficiente y eficaz de aumentar la aceptación de la prueba como parte de una «revolución de pruebas» [17]. En el esfuerzo por alcanzar el segundo 90 aumentando la cantidad de personas que reciben terapia antirretrovírica de 18 millones en junio del 2016 a 30 millones para diciembre del 2020, los trabajadores sanitarios comunitarios pueden entregar medicamentos, controlar pacientes y apoyar el cumplimiento del tratamiento, obteniendo así resultados que superan a los que declaran los centros de salud [18] [19]. Diversos modelos basados en la comunidad (p. ej., evaluaciones del cumplimiento de pares, clubes de cumplimiento de pares) han alcanzado tasas de cobertura extremadamente altas que son superiores a las que alcanzan los centros de salud [20] [21] [22] [23].

Figura 3



Los trabajadores sanitarios comunitarios impulsan la innovación en la prestación de servicios sanitarios

Al vivir en las comunidades a las que asisten, los trabajadores sanitarios comunitarios aportan pasión en su trabajo y un enfoque preciso en obtener resultados. Frente a desafíos aparentemente insuperables, los trabajadores sanitarios comunitarios han demostrado ser innovadores. Por ejemplo, en respuesta a la congestión de las clínicas de tratamiento contra el VIH, los trabajadores sanitarios comunitarios iniciaron la distribución comunitaria de medicamentos antirretrovíricos, alentando la aceptación

del tratamiento y alcanzando al mismo tiempo tasas de cumplimiento del tratamiento superiores a las que declaran los centros de salud principales [20]. Las tasas de cobertura por debajo del nivel

óptimo en la atención del VIH llevaron a la creación de clubes de cumplimiento liderados por pares, evaluaciones del cumplimiento realizadas por pares y otras innovaciones que han demostrado ser altamente exitosas (Fig. 3) [20]. Estas innovaciones generadas en las comunidades en el campo del tratamiento del VIH —que inicialmente se consideraron heterodoxas, pero que eventualmente fueron validadas por rigurosas evaluaciones— ahora se están adoptando ampliamente como política nacional estándar en países muy afectados [24].

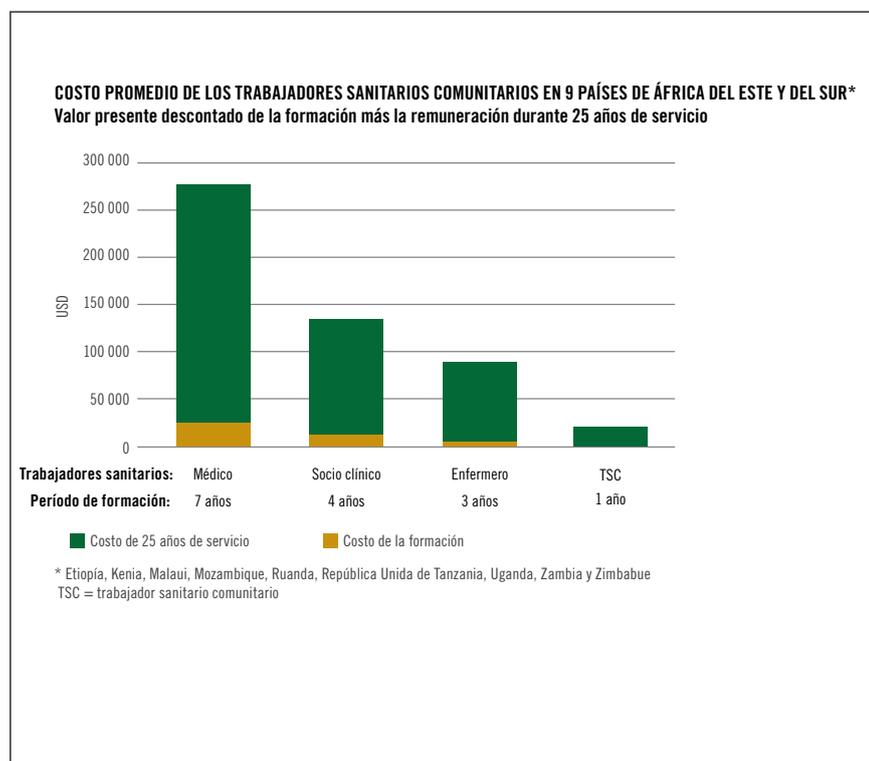
Los trabajadores sanitarios comunitarios brindan asistencia de alta calidad

Las preocupaciones iniciales de que los servicios sanitarios prestados por trabajadores sanitarios comunitarios fuesen de mala calidad han dado paso al reconocimiento de que los trabajadores sanitarios comunitarios formados y bien supervisados que funcionan como parte integral de los sistemas sanitarios ofrecen un excelente nivel de asistencia. Los estudios indican que la supervisión de los trabajadores comunitarios de salud contribuye tanto a la satisfacción de estos trabajadores como a la calidad de los servicios que prestan. [25] Una revisión sistemática de la evidencia disponible determinó que las aproximaciones basadas en las comunidades y los hogares de la gestión de la terapia antirretrovírica generan resultados clínicos que son al menos tan buenos como los que se obtienen con la gestión de la asistencia basada en los centros de salud, dado que los pacientes que reciben apoyo comunitario declaran que los resultados relacionados con la salud son superiores [25].

Los trabajadores sanitarios comunitarios agilizan el avance hacia la cobertura sanitaria universal

En Etiopía, Ruanda y otros entornos fuera de África, los trabajadores sanitarios comunitarios han realizado importantes aportes a la cobertura sanitaria universal al garantizar el valioso acceso a los servicios por parte de las personas más difíciles de alcanzar [26] [14] [27] [28]. El

Figura 4



valor de estos trabajadores para la cobertura sanitaria universal es especialmente marcado en entornos remotos, ya que los trabajadores muchas veces recorren distancias considerables para que los residentes rurales puedan acceder a servicios sanitarios [29].

Los trabajadores sanitarios comunitarios mejoran la eficacia y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios

Los estudios han demostrado consistentemente que los servicios prestados por trabajadores sanitarios comunitarios son altamente rentables. Los servicios prestados en las comunidades cuestan aproximadamente USD 26 por año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) en intervenciones de salud infantil, USD 6 por AVAD en servicios de salud materna, USD 3,35 por AVAD en intervenciones de higiene y USD 370 por AVAD en asesoramiento para el tratamiento de la hipertensión [30].

Los trabajadores sanitarios comunitarios pueden desplegarse mucho más rápidamente y a un costo más bajo que otras categorías con formación médica. Esto es cierto incluso para los programas que requieren formación más exhaustiva, como la formación técnica y profesional de un año proporcionada a los agentes de divulgación sanitaria en Etiopía. Los costos promedio de 25 años de formación y remuneración de trabajadores sanitarios comunitarios en los nueve países africanos (Etiopía, Kenia, Malawi, Mozambique, Ruanda, República Unida de Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabue) representan una pequeña porción de los costos de médicos, socios clínicos y enfermeros (Fig. 4).

Argumento a favor de los trabajadores sanitarios comunitarios con respecto a la prevención de crisis: identificación y contención de emergencias sanitarias

El brote de Ébola en África del Oeste en el 2014 ilustra el papel fundamental de los trabajadores sanitarios comunitarios para identificar emergencias sanitarias y ponerles freno. Además de Guinea, Liberia y Sierra Leona, donde ocurrió la mayoría de las transmisiones del Ébola, la enfermedad también se propagó a Senegal, donde se contuvo rápidamente, en gran parte gracias a la acción del considerable personal sanitario comunitario del país. Los trabajadores comunitarios dedicados a la erradicación de la polio cumplieron una función igualmente importante en la implementación de medidas de prevención del Ébola en Nigeria y en la prevención de un brote potencialmente devastador en el país más poblado del continente.

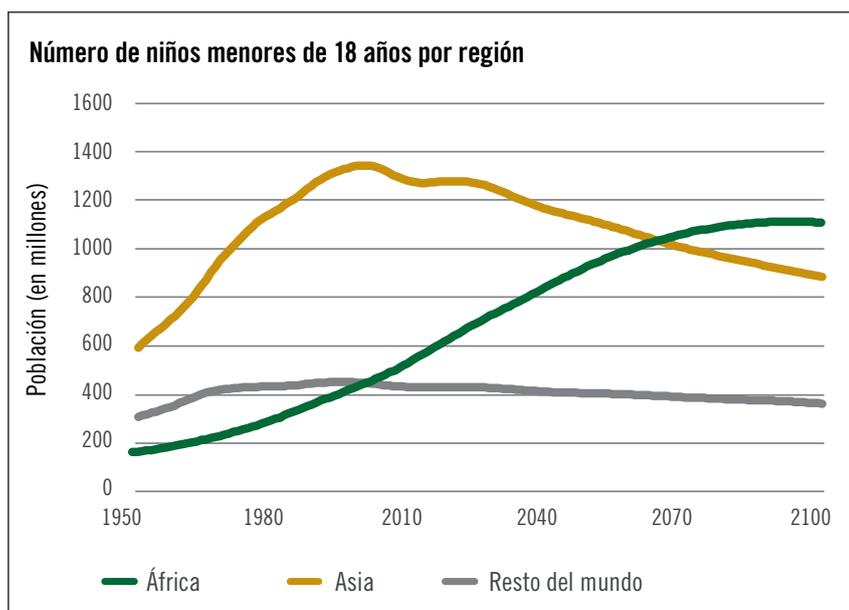
La experiencia con el brote de Ébola subraya la importancia de la detección temprana de emergencias sanitarias incipientes y la acción rápida para detener su propagación. Solo en el 2015, la crisis del Ébola redujo el producto interno bruto aproximadamente de USD 2,2 mil millones en los tres países más afectados [31]. Además de los casos de enfermedad, discapacidad y muerte provocados por el propio Ébola, se perdieron 10 600 vidas más en los tres países hasta finales del 2015 como resultado de la utilización reducida de los servicios sanitarios [31]. Los niños, que representaron el 20 % de todos los casos de Ébola, se encuentran entre los más afectados por la crisis: más de 17 000 niños quedaron huérfanos como resultado de la epidemia [31].

A raíz del brote de Ébola, las partes interesadas africanas han examinado activamente la mejor forma de desarrollar la vigilancia y la capacidad de resistencia en los sistemas sanitarios para evitar este tipo de crisis en cascada en el futuro. Dado su papel crítico en la detección del Ébola y la respuesta ante el brote, los trabajadores sanitarios comunitarios podrían ser la primera línea de defensa contra emergencias sanitarias futuras.

Argumento a favor de los trabajadores sanitarios comunitarios con respecto a cuestiones sociales y económicas: aprovechamiento del «dividendo demográfico»

Las inversiones en trabajadores sanitarios comunitarios formados generan buenos empleos y, de ese modo, reducen el desempleo y refuerzan las economías nacionales y locales, especialmente en las zonas rurales. El reclutamiento de 2 millones de trabajadores sanitarios comunitarios pagos en África representaría el 14 % de todo el empleo remunerado generado a nivel regional entre el 2005 y el 2010 [32]. Además, cada empleo sanitario nuevo tiene un efecto multiplicador: cada profesional sanitario formado cuenta con el apoyo de uno o dos trabajadores en otros sectores (p. ej., administración, finanzas, tecnología de la información) [33].

Figura 5



Invertir ahora para crear estos empleos comunitarios ayudará a que África pueda resistir la ola demográfica próxima y hasta aprovechar el crecimiento de la población para impulsar el desarrollo económico y social. Se prevé que la cantidad de jóvenes en África prácticamente se duplique en los próximos años, llegando a casi mil millones para el 2050 (Fig. 5) [34]. A medida que la cantidad excepcionalmente elevada de niños entra en la adolescencia y la juventud, es probable que el desempleo aumente de forma considerable si no se realizan esfuerzos importantes para generar empleo.

Afortunadamente, otro panorama más prometedor es posible, especialmente si los países invierten ahora en el reclutamiento, la formación y el despliegue de trabajadores

sanitarios comunitarios. Con la inversión adecuada en los jóvenes, el próximo incremento de solicitantes de empleo podría ser una gran ayuda en vez de un problema. Los programas de trabajadores sanitarios comunitarios representan el tipo de inversión en los jóvenes recomendado en la *hoja de ruta de la Unión Africana para aprovechar el dividendo demográfico a través de la inversión en los jóvenes* [35]. La ampliación de los programas de trabajadores sanitarios comunitarios les ofrece a los jóvenes talentosos no solo un buen empleo, sino también una oportunidad de contribuir a sus comunidades locales. Al trabajar para desarrollar el capital humano y aumentar la oferta de empleos bien pagos —como propone esta iniciativa—, África podría utilizar este «dividendo demográfico» para agilizar el crecimiento económico, garantizar la estabilidad social y acelerar la transformación socioeconómica prevista en la Agenda 2063 [36].

El valor de los programas de trabajadores sanitarios comunitarios ampliados para los jóvenes se puede comparar con los programas de transferencia de efectivo en rápida expansión, que el Banco Mundial está ayudando a ampliar en toda la región. Las transferencias de efectivo apuntan a reducir la vulnerabilidad y aumentar el rendimiento educativo, además de desarrollar el capital humano. Asimismo, la remuneración que se les paga a los jóvenes que se desempeñan como trabajadores sanitarios comunitarios lograría precisamente el mismo resultado, con el beneficio adicional de mejorar el acceso a la salud y los resultados relacionados con la salud en comunidades desfavorecidas.

Mientras la creación de 2 millones de empleos comunitarios proporciona un estímulo económico directo, los trabajadores sanitarios comunitarios también contribuirán al crecimiento económico a largo plazo, de forma más indirecta, pero igualmente importante. Las poblaciones saludables son más productivas. Al mejorar los resultados relacionados con la salud y aumentar la productividad en comunidades desfavorecidas, las inversiones en trabajadores sanitarios comunitarios pueden generar enormes beneficios económicos indirectos. De acuerdo con un panel internacional de alto nivel, el valor económico total de la productividad obtenida de un pilar a gran escala de trabajadores sanitarios comunitarios genera un retorno sobre la inversión de casi 10:1 cuando se tienen en cuenta las pérdidas económicas que se evitan y los efectos multiplicadores de las inversiones sanitarias.

Trabajadores sanitarios comunitarios y migración

Nunca antes en la historia de la humanidad ha habido tantas personas en movimiento al mismo tiempo. En el 2015, el número de migrantes internacionales alcanzó los 244 millones [37] y muchos millones más se trasladaron a un entorno diferente dentro de sus fronteras nacionales. La migración de África a otras regiones del mundo ha aumentado: la migración neta en la región se duplicó del período de 2000-2010 al de 2010-2015 [37].

La libre circulación es un derecho humano y la migración de la población muchas veces conlleva beneficios duraderos, que incluyen el intercambio cultural intensificado, la reagrupación familiar y un mayor acceso al sustento. Sin embargo, la migración espontánea con frecuencia tiene costos considerables, ya que priva a los países de origen del potencial productivo de quienes los abandonan, separa a las familias y las comunidades y aumenta la carga de los países a los cuales las personas migran.

Aunque muchas personas huyen de sus hogares a causa de conflictos civiles u otros desastres humanitarios, muchas otras abandonan sus países en busca de empleo o mejores condiciones de vida. Esta importante nueva iniciativa — que en un corto período de tiempo crearía 1 de cada 7 empleos totales generados en toda la región en el período de 2005-2010 — podría ayudar a abordar las causas subyacentes de la migración al crear nuevos empleos buenos.

En particular, crear 2 millones de empleos comunitarios podría ayudar a aliviar el impacto de la pérdida de personal sanitario formado que se traslada a otros países. De acuerdo con las encuestas, porcentajes considerables de médicos y enfermeros en África migran a otros países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OECD, por su sigla en inglés) —16,5 % en Sudáfrica, 17 % en Nigeria y 43 % en Zimbabue [38]. Por el contrario, es menos probable que los trabajadores sanitarios comunitarios formados que reciben un salario digno y que son valorados por su comunidad se muden, ya que viven en las comunidades a las que asisten y muchas veces son elegidos para cumplir su función por sus conciudadanos.

Argumento a favor de los trabajadores sanitarios comunitarios con respecto a la igualdad de género: capacitación de las mujeres

Las inversiones en trabajadores sanitarios comunitarios también propiciaría avances hacia otra prioridad de la Agenda para el Desarrollo Sostenible: alcanzar la igualdad de género y capacitar a todas las mujeres y las niñas (ODS 5).

La capacitación económica es un paso fundamental hacia la igualdad de género y la capacidad de las mujeres para tomar el control de sus propias vidas [39]. Desde hace mucho tiempo, la atención sanitaria les ha brindado a las mujeres oportunidades de empleo que a menudo no están disponibles en otros sectores. A nivel global, las mujeres representan el 80 % de los enfermeros y las matronas [40].

Además, las mujeres son el motor de los programas de trabajadores sanitarios comunitarios existentes. En India, por ejemplo, 900 000 mujeres que viven en comunidades rurales han recibido formación como trabajadoras de base para conectar a las comunidades con el sistema sanitario. El sistema nacional histórico de agentes de divulgación sanitaria de Etiopía consiste en más de 40 000 mujeres de comunidades rurales. En Pakistán, el salario anual promedio para trabajadoras sanitarias formadas (USD 343) representa una importante fuente de ingreso, tanto para las mujeres como para sus familias [41].

Si bien las mujeres están realizando importantes contribuciones a la salud global — a través de asistencia formal, informal y no remunerada —, el Banco Mundial señala que su potencial como personal sanitario aún no se aprovecha plenamente. El reclutamiento, la formación y el despliegue de 2 millones de nuevos trabajadores sanitarios comunitarios proporcionaría nuevas oportunidades económicas para las mujeres. En particular, elevar el estatus de los trabajadores comunitarios de salud y asegurar que se les pague un salario digno -como se contempla en esta nueva iniciativa- promoverá los derechos humanos, la igualdad de género y las prácticas laborales justas.

Reconocimiento de los beneficios de los trabajadores sanitarios comunitarios: superación de los obstáculos para la ampliación

Aunque los trabajadores sanitarios comunitarios ofrecen una estrategia comprobada para cerrar las brechas de personal sanitario e impulsar el progreso de toda la agenda de desarrollo y salud, aún deben implementarse o expandirse las reformas necesarias para la ampliación de trabajadores sanitarios comunitarios en la mayoría de los entornos. Con unas pocas excepciones notables, los trabajadores sanitarios comunitarios de África reciben una mala retribución, no se aprovechan plenamente y su integración en los sistemas sanitarios de la región es deficiente. Existen varios factores que han impedido la aceptación amplia y rápida de las reformas.

Figure 6



Compromiso político inadecuado

En los países que han adoptado estrategias innovadoras para los trabajadores sanitarios comunitarios, estos esfuerzos se han beneficiado del fuerte apoyo de líderes políticos y ministros de salud. Donde ese compromiso político no se ha materializado y no se han implementado enfoques innovadores, muchas veces ha habido problemas para afianzar las reformas de recursos humanos. Como se ilustra en la Fig. 6, la escasez de recursos humanos se vincula estrechamente con el gasto total en salud de los países, ya que los países que gastan una proporción mayor de los recursos públicos en salud tienen más posibilidades de alcanzar una densidad superior de profesionales sanitarios [42].

Fondos insuficientes

Para mantener una oferta sólida y bien motivada de trabajadores sanitarios comunitarios, es necesario que estos trabajadores reciban una remuneración y que su carga laboral sea razonable. Los esfuerzos voluntarios de personas que viven con el VIH han generado muchos de los modelos de autocuidado de probada eficacia, como los clubes de cumplimiento y la distribución comunitaria de medicamentos, pero para sostener esos esfuerzos a largo plazo se necesitarán fondos y apoyo institucional. Los voluntarios no remunerados muchas veces se retiran cuando consiguen un empleo más remunerativo, lo que perturba los sistemas sanitarios y las relaciones exitosas entre proveedor y paciente y devalúa las inversiones en formación y la experiencia acumulada. Para alcanzar los objetivos 90-90-90, ONUSIDA estima que la financiación de servicios prestados en las comunidades deberá casi cuadruplicarse durante los próximos cinco años [15].

Brechas de políticas y regulaciones

Los trabajadores sanitarios comunitarios solo pueden cumplir su función óptima si reciben la formación adecuada, la supervisión correspondiente y el apoyo institucional que necesitan, por ejemplo, integrándose plenamente en equipos de asistencia integral y contando con acceso confiable a medicamentos para el VIH y otros productos. Además de permitirles a los trabajadores comunitarios prestar servicios relevantes y de alta calidad, la formación, la supervisión y el apoyo contribuyen a la satisfacción laboral y la permanencia en el empleo entre los trabajadores sanitarios comunitarios.

Sin embargo, muchos marcos normativos nacionales no les permiten a los trabajadores sanitarios comunitarios realizar tareas relacionadas con la salud; de hecho, en algunos países, solo los médicos están autorizados para administrar una prueba del VIH, lo que excluye a los trabajadores comunitarios e incluso a los enfermeros de la prestación de este simple y vital servicio. De los 11 países encuestados en África del Este y del Sur, solo la República Unida de Tanzania informó que las regulaciones actuales para los enfermeros y las matronas permiten la rotación de tareas, que transfiere las responsabilidades de los servicios clínicos específicos del limitado número de trabajadores sanitarios de mayor categoría a los más abundantes trabajadores sanitarios comunitarios o los profesionales médicos de menor categoría [43].

Falta de alianzas con otros profesionales sanitarios

Un importante motivo por el cual aún no se han tomado más medidas para desarrollar el personal sanitario comunitario es que todavía hay que crear enlaces duraderos entre trabajadores de salud comunitarios y otros profesionales de la salud. Desde el inicio de los esfuerzos nacionales para construir una sólida fuerza de trabajo de salud comunitaria, se necesitan formaciones educativas, de sensibilización y de construcción de alianzas para otros profesionales del sector de la salud. Estos programas deben centrarse en permitir que otros profesionales de la salud comprendan cómo los trabajadores de salud comunitarios pueden contribuir eficazmente a mejorar los resultados de salud y a una mayor satisfacción laboral para todos los profesionales de la salud. En particular, se ha demostrado que la integración de los trabajadores sanitarios comunitarios en los equipos de atención de la salud libera a los médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud para centrarse más en las tareas clínicas que requieren su formación y experiencia específicas. Mediante la creación de asociaciones entre diversos grupos de profesionales de la salud, los países pueden garantizar que toda la masa de trabajadores de la salud participe en la transformación de los sistemas nacionales de salud.

Ampliación de la escala: ¿qué se necesitará?

Es factible y apremiante reclutar y desplegar rápidamente 2 millones de trabajadores sanitarios comunitarios en África. Ya existen herramientas y estrategias validadas para la veloz movilización y formación de trabajadores sanitarios comunitarios para el VIH y otros servicios sanitarios, incluida la nueva formación de gran parte del millón de trabajadores sanitarios comunitarios aproximados en África que ya están participando de la prestación de servicios sanitarios. La OMS, el ONUSIDA y otros asociados están dispuestos a proporcionar apoyo técnico para ayudar a los esfuerzos nacionales comunitarios en África que já desempenham tarefas em serviços de saúde. A OMS, a ONUSIDA e outros parceiros estão preparados para fornecer suporte técnico para ajudar os esforços nacionais.

Para hacer realidad la aspiración dentro de los próximos dos años, será necesario desarrollar las 10 medidas de acción clave:

1. Lograr que el desarrollo de personal sanitario comunitario sólido sea una prioridad política clave

Desde jefes de estado/gobierno a líderes de base, la creación de personal sanitario comunitario sólido, centrado en las personas y supervisado por el Ministerio de Salud, debe ser una prioridad fundamental en todas partes de África. Los responsables de la toma de decisiones políticas, los ministerios nacionales, los socios internacionales, la sociedad civil y las comunidades desfavorecidas (especialmente aquellas en zonas rurales) deben reconocer al personal sanitario comunitario sólido como un «vínculo faltante» que puede impulsar rápidos avances en la salud. A este respecto, la Unión Africana (UA) y sus estados miembros deben cumplir una función potencialmente decisiva.

2. Reformar los marcos de políticas para permitir y acelerar la movilización del personal sanitario comunitario

Los marcos de políticas deben institucionalizar expresamente la rotación de tareas y describir las funciones y responsabilidades de las diferentes categorías sanitarias y cómo esas categorías variadas deben trabajar juntas de forma integrada. Además de garantizar la integración de trabajadores sanitarios comunitarios en el sistema sanitario más amplio y específicamente en equipos de asistencia locales, los marcos de políticas también deben formalizar y elevar el estatus de los trabajadores sanitarios comunitarios, promover su profesionalización y facilitar los fondos y la formación necesarios.

3. Desarrollar un plan de ampliación nacional con plazos determinados para los trabajadores sanitarios comunitarios

A causa de las situaciones nacionales ampliamente divergentes, cada país deberá desarrollar su propio plan para ampliar y desplegar nuevos trabajadores sanitarios comunitarios con nueva formación. El desarrollo de planes nacionales presupuestados debe basarse en la colaboración multisectorial, que incluye la salud, el trabajo, las finanzas y la sociedad civil. La prioridad de los socios internacionales debe ser asistir a los países en el desarrollo de estos planes nacionales, lo que incluye trabajo analítico para identificar las brechas clave y los obstáculos para las políticas que deben superarse. La presupuestación debe tener en cuenta la necesidad de remunerar adecuadamente a los trabajadores sanitarios comunitarios. Estos planes deben contar con plazos e hitos claros para orientar e impulsar el progreso y deben implementarse mecanismos para permitirles a las partes interesadas evaluar el progreso a lo largo del tiempo y adaptar los planes según sea necesario. Los criterios y estándares para el despliegue de trabajadores sanitarios comunitarios deben especificarse en el plan nacional, dándole prioridad a las zonas rurales y los entornos urbanos desfavorecidos.

4. Capacitar a las comunidades para impulsar el reclutamiento de trabajadores sanitarios comunitarios

En África y en todo el mundo, los modelos más exitosos para los trabajadores sanitarios comunitarios capacitan a las comunidades para identificar a miembros confiables de la comunidad que cumplan con los criterios de elegibilidad para desempeñarse como trabajadores sanitarios comunitarios. Este enfoque ayuda a garantizar que los trabajadores sanitarios comunitarios cuenten con la fe y la confianza de las personas a quienes asisten; esto les permite llegar mejor a quienes no pueden acceder a los servicios existentes.

Para poner en práctica este enfoque, los representantes nacionales del sector sanitario deben utilizar los datos existentes sobre utilización de servicios sanitarios y los mapas de los centros de prestación de servicios sanitarios para identificar las zonas rurales remotas, así como también las comunidades urbanas desfavorecidas donde el acceso y la utilización de servicios sanitarios son limitados. En cada comunidad identificada, deben establecerse comités sanitarios comunitarios. La educación y la difusión comunitarias tempranas ayudarán a garantizar que las comunidades sean socios plenos en el esfuerzo por movilizar personal sanitario comunitario sólido.

5. Utilizar y adaptar las herramientas existentes para formar trabajadores sanitarios comunitarios

Para permitir que los trabajadores sanitarios comunitarios puedan realizar diversas tareas (en lugar de una única intervención), será necesario que reciban una formación de un año de duración. La formación debe transmitir un conjunto básico de conocimientos, que abarque los objetivos sanitarios del ODS 3. El modelo de Etiopía — que incluye tres meses de instrucción intensiva en clase junto con nueve meses de trabajo de campo supervisado — ha demostrado ser altamente eficaz en la preparación de los trabajadores sanitarios comunitarios para abordar diversos problemas de salud. Hay manuales de instrucción y herramientas fácilmente disponibles para su adaptación y utilización en todas partes de África; de hecho, Namibia ya ha emulado la aproximación de Etiopía para crear su propio personal sanitario comunitario. El desarrollo de herramientas de instrucción en francés, portugués y árabe puede prestarse a la cooperación regional o subregional a través de entidades como la Asociación de Educadores de Trabajadores de la Salud de África del Este. Los programas de formación también deben proporcionar formación de actualización y oportunidades de educación continua para que los trabajadores sanitarios comunitarios refuercen su educación, sigan desarrollando las habilidades necesarias y puedan abordar los desafíos emergentes, como un brote de Ébola, una epidemia de gripe u otras enfermedades infecciosas.

6. Proporcionar una remuneración justa a los trabajadores sanitarios comunitarios

Las revisiones han demostrado consistentemente que los entornos que remuneran a los trabajadores sanitarios comunitarios logran con mayor éxito integrar a estos trabajadores en los sistemas sanitarios y ampliar el alcance de los sistemas de atención médica [44] [45]. La remuneración mejora la satisfacción laboral y ayuda a elevar el estatus de los trabajadores sanitarios comunitarios, al reflejar el reconocimiento de su función como miembros esenciales del sistema sanitario. La remuneración justa de los trabajadores sanitarios comunitarios debe incluirse en el presupuesto de salud nacional como un componente fundamental.

7. Garantizar la supervisión el acceso a las tecnologías móviles y el monitoreo del desempeño de los trabajadores sanitarios comunitarios

Los trabajadores sanitarios comunitarios requieren de supervisión y apoyo continuos, así como el acceso a la tecnología digital. Una supervisión adecuada les permite a los trabajadores sanitarios comunitarios aumentar sus habilidades y maximizar su función dentro de los equipos de asistencia clínica. Una supervisión adecuada también ayuda a proteger a los trabajadores sanitarios comunitarios de las cargas de trabajo excesivas, un desafío que estos trabajadores mencionan con frecuencia. Además, una supervisión razonable puede ayudar a garantizar que los trabajadores sanitarios comunitarios reciban el reconocimiento y los elogios correspondientes, aumentando así la satisfacción laboral y la permanencia de los trabajadores en el empleo y mejorando su rendimiento con el tiempo. La supervisión debe vincularse a un conjunto de estándares claros y específicos del contexto para los trabajadores sanitarios comunitarios, diseñados para mejorar de forma continua el rendimiento del programa.

8. Formar a otros trabajadores sanitarios para abordar y superar la posible resistencia profesional

Será necesario proporcionar formación y sensibilización de manera proactiva para minimizar la resistencia profesional y permitir la transición del sistema sanitario en su conjunto a los modelos de prestación sanitaria que integran la prestación de servicios comunitaria. El Centro Carter ya ha desarrollado e implementado materiales de instrucción que ayudan a minimizar la resistencia profesional ante los trabajadores sanitarios comunitarios, que están disponibles para su adaptación y uso inmediatos en toda la región.

9. Garantizar que los trabajadores sanitarios comunitarios tengan una voz organizativa

Ligada a todos los desafíos mencionados anteriormente se encuentra la ausencia de una voz organizada para los trabajadores sanitarios comunitarios en la mayoría de los países. La situación de los trabajadores sanitarios comunitarios se opone a la de los profesionales sanitarios de otras categorías — médicos, enfermeros, matronas, personal de laboratorio y similares — que cuentan con entidades bien organizadas que representan sus perspectivas y abogan por sus intereses. Se necesitan órganos globales, regionales y nacionales que representen a los trabajadores sanitarios comunitarios y aboguen por ellos para ayudar a impulsar la integración de estos trabajadores en los sistemas sanitarios.

10. Movilizar fondos suficientes para la implementación de cada plan nacional

ONUSIDA calcula que el reclutamiento, la formación, la remuneración y el apoyo de 2 millones de trabajadores sanitarios comunitarios en África costará entre USD 4,3 mil millones y USD 6,1 mil millones, dependiendo de la configuración específica de cada programa nacional y de la necesidad de inversiones complementarias para el desarrollo de infraestructura como puestos de salud.

Para afrontar el desafío financiero de implementar programas de trabajadores sanitarios comunitarios, será necesario recurrir a los principios de solidaridad global y responsabilidad compartida. Al examinar las opciones financieras para movilizar los recursos necesarios, los responsables de la toma de decisiones nacionales y las partes interesadas deben tener presente el extraordinario retorno sobre la inversión de los trabajadores sanitarios comunitarios y los numerosos objetivos sanitarios y de desarrollo que ayudan a alcanzar estos trabajadores.

Los diferentes países deberán adoptar distintas aproximaciones a la financiación. Si bien todos los países africanos deberán asignar recursos presupuestarios nacionales suficientes para los trabajadores sanitarios comunitarios y otros programas sanitarios, los países de ingresos bajos necesitarán un importante apoyo externo para lanzar y mantener sus programas de trabajadores sanitarios comunitarios. Los países de ingresos medios tienen más capacidad para asignar fondos nacionales, incluso mediante impuestos específicos y ganancias en eficiencia, aunque los países de ingresos bajos a medios más afectados aún necesitarán ayuda externa. Los países de ingresos medios, en especial aquellos en la categoría de ingresos medios altos, tienen el potencial para obtener préstamos con bajo interés para apoyar las iniciativas de personal sanitario.

Además de los canales de financiación tradicionales para los programas sanitarios (p. ej., presupuestos nacionales, exacciones fiscales nacionales específicas, ayuda internacional), también hay opciones adicionales disponibles para movilizar los fondos necesarios. Las vías de financiación que deben considerarse son las siguientes:

- **Reprogramación de fondos:** a medida que los esfuerzos por erradicar la polio se reducen y continúa el progreso hacia la reducción de la carga relacionada con enfermedades tropicales desatendidas, los fondos que actualmente se destinan a estas actividades pueden reasignarse para apoyar la creación y el mantenimiento de programas de trabajadores sanitarios comunitarios.
- **Fondo Fiduciario de Emergencia de la Unión Europea:** dado el potencial de los programas de trabajadores sanitarios comunitarios de reducir los incentivos para la migración y permitirles a las personas permanecer en sus propias comunidades, los países deben explorar activamente la movilización de fondos del Fondo Fiduciario de Emergencia de la Unión Europea, que apunta a proporcionar hasta €62 mil millones para abordar las causas subyacentes de la migración.
- **Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia:** como centinelas de primera línea y personal de respuesta ante las nuevas emergencias sanitarias que surgen, los trabajadores sanitarios comunitarios son los candidatos ideales para recibir fondos a través del Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia del Grupo Banco Mundial.
- **Bonos de trabajadores sanitarios comunitarios africanos:** ONUSIDA está preparado para trabajar con el Banco Africano de Desarrollo y otros inversores de impacto social a fin de explorar la emisión de bonos en los mercados de capital, que puede convertir las promesas gubernamentales de largo plazo en reservas de efectivo disponibles de forma inmediata. Varios inversores institucionales han expresado su interés en dicha emisión de bonos.
- **Fondo de inversión para la salud de África:** ONUSIDA está trabajando con el Center for Global Health and Development (Centro para la Salud y el Desarrollo Mundiales) y Sarona Asset Management para lanzar un fondo de inversión privado para la salud en África, con la esperanza de movilizar mil millones de dólares, de los cuales USD 150 millones incluirán subvenciones para fortalecer los sistemas sanitarios.
- **Innovaciones de los donantes:** algunos donantes pueden estar dispuestos a cancelar deudas con la condición de que los gobiernos se comprometan a invertir una parte considerable de las deudas canceladas en medidas para fortalecer los sistemas sanitarios. Además, algunos donantes pueden estar dispuestos a pagar por resultados o efectos específicos con respecto a la salud.
- **Cobertura sanitaria universal:** a medida que los países logran avances en la ampliación del seguro médico, la cobertura de los servicios sanitarios prestados por los trabajadores sanitarios comunitarios es capaz de proporcionar nuevos fondos que pueden minimizar la carga sobre los presupuestos de salud y otras fuentes de financiación tradicionales para los servicios sanitarios .

Otras posibles opciones para financiar la ampliación y el mantenimiento de programas de trabajadores sanitarios comunitarios incluyen las contribuciones voluntarias (como el acuerdo de los usuarios de telefonía móvil de aportar el 1 % de su factura a la prestación de servicios sanitarios comunitarios) y un fondo común de aportes de asociaciones público-privadas. Además, como China e India no son solo poderes económicos emergentes, sino también los hogares de algunos de los programas de trabajadores sanitarios comunitarios más grandes del mundo, es posible abordar a estos países para que proporcionen determinados componentes de la ampliación, como formación y desarrollo de capacidades y sistemas.

Conclusión: hacerlo realidad

El argumento a favor de invertir en personal sanitario comunitario sólido es claro y convincente. Con modelos y herramientas al alcance de la mano, la implementación de esta aproximación comprobada en África es claramente factible y urgentemente necesaria. Los trabajadores sanitarios comunitarios son una de las pocas fuerzas disponibles para impulsar el progreso en todo el espectro de los ODS.

Ha llegado el momento de actuar. Sin nuevas inversiones importantes en la prestación de servicios comunitaria, muchos países de África no podrán alcanzar los objetivos sanitarios ni aprovechar el dividendo demográfico para el crecimiento económico. Sin innovación para cerrar las brechas de personal sanitario y llegar a las personas que se quedan atrás en una era de crecimiento económico regional, es probable que la visión de la atención sanitaria sostenible para todos termine siendo un espejismo.

Impulsada por la pasión de las comunidades más afectadas, la respuesta al sida ha inspirado al mundo, al revertir una epidemia que hasta no hace mucho parecía que iba a convertirse en una característica permanente e intratable del panorama africano. Ha llegado el momento de que las lecciones aprendidas de la respuesta al sida ayuden a abrir el camino para garantizar vidas saludables y bienestar para todas las personas de todas las edades.

Referencias

1. *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. 2016, World Health Organization: Geneva.
2. *Ethiopia public expenditure review*. 2016, World Bank: Washington DC.
3. Condo, J., et al., *Rwanda's evolving community health worker system: qualitative assessment of client and provider perspectives*. Human Resources for Health, 2014. 12: p. 71.
4. *Access to healthcare through community health workers in East and Southern Africa*. 2014, United Nations Children's Fund: New York.
5. *Global health estimates*. 2016, World Health Organization: Geneva.
6. Perry, H. and R. Zulliger, *How effective are community health workers?* 2012, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health: Baltimore (USA).
7. *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines*. 2008, World Health Organization, PEPFAR, UNAIDS: Geneva.
8. *Community health workers are key to Universal Health Coverage*. 2016 [cited 2017 2 April 2017]; Available from: <http://www.mcsprogram.org/community-health-workers-key-universal-health-coverage/>.
9. Hall, J., *Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at four to six months in low- and low-middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials*. Midwifery, 2011. 27: p. 497-502.
10. *The Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam, and Bangladesh*. 1997, World Relief: Wheaton IL (USA).
11. Pegurri, E., J. Fox-Rushby, and W. Damian, *The effects and costs of expanding the coverage of immunisation services in developing countries: a systematic literature review*. Vaccine, 2005. 23: p. 1624-1635.
12. Dawson, P., et al., *From research to national expansion: 20 years' experience of community-based case management of childhood pneumonia in Nepal*. Bull World Health Organ, 2008. 86: p. 339-343.
13. Kidane, E. and R. Morrow, *Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomised trial*. Lancet, 2008. 356: p. 550-555.
14. Wong, H., et al., *Ethiopia health extension program: An institutionalized community approach for Universal Health Coverage*. 2016, World Bank: Washington DC.
15. *Fast-Track: Ending the AIDS Epidemic by 2030*. 2014, UNAIDS: Geneva.

16. *The Prevention Gap*. 2016, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: Geneva.
17. Perez, G., et al. *What Does Community HIV Testing Really Cost in South Africa?* in *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. 2016. Boston, USA.
18. Barr, D., et al., *The leadership of communities in HIV service delivery*. AIDS, 2015. 29 (Supp. 2): p. S121-S127.
19. *The role of communities in ending AIDS by 2030 (UNAIDS/PCB (38)16.14)*, in *Thirty-Eighth Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board*. 2016, UNAIDS: Geneva.
20. *Community-Based Antiretroviral Therapy Delivery: Experiences from MSF*. 2015, UNAIDS: Geneva.
21. Sharp, J., et al. *Outcomes of Patients Enrolled in ART Adherence Clubs After Viral Suppression (# 1031)*. in *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. 2016. Boston, USA.
22. Cleary, S., et al., *Adherence clubs for long-term provision of anti-retroviral therapy: A cost-effectiveness and access analysis from Khayelitsha, South Africa (in press)*. Trop Med Int Health.
23. Simons, E., et al. *Reaching 90-90-90: the role of community antiretroviral therapy (ART) groups in Mozambique*. in *International AIDS Conference*. 2016. Durban, South Africa.
24. *Let Our Actions Count: South Africa's National Strategic Plan on HIV, TB and STIs 2017-2022*. 2017, South African National AIDS Council: Pretoria.
25. Austin-Evelyn, K, et al., *Community health worker perspectives on a new primary health care initiative in the Eastern Cape of South Africa*, PLoS One, 2017, 12, p. e0173863.
26. Lazarus, J., et al., *Health service delivery models for the provision of antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review*. Trop Med Int Health, 2014. 19: p. 1198-1215.
27. Macinko, J. and M. Harris, *Brazil's family health strategy -- Delivering community-based primary care in a Universal Health System*. New Eng J Med, 2015. 372: p. 2177-2181.
28. Nyandekwe, M., M. Nzayirambaho, and J. Kakoma, *Universal health coverage in Rwanda: dream or reality*. PanAfrican Med Journal, 2014. 17: p. 232.
29. *Community health workers to ensure appropriate use of health prevention and promotion services: Thailand*. Joint Learning Network for Universal Health Coverage.

30. *Going the extra mile to deliver health care*. 2015, United Nations Children's Fund: New York.
31. *Community health framework; Distilling decades of Agency experience to drive 2030 Global Goals*. 2015, United States Agency for International Development: Washington DC.
32. *Cost of the Ebola epidemic*. 2016, United States Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta (USA).
33. Thomas, A., et al., *Africa's got work to do: Employment prospects in the new century*. 2013, International Monetary Fund: Washington DC.
34. *Working for health and growth: investing in the health workforce -- Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*. 2016, World Health Organization: Geneva.
35. *Generation 2030/Africa report*. 2014, United Nations Children's Fund: Johannesburg.
36. *AU Roadmap on harnessing the demographic dividend through investments in youth*. 2017, African Union: Addis Ababa.
37. Drummond, P., V. Thakoor, and S. Yu, *Africa rising: harnessing the demographic dividend*. 2014, International Monetary Fund: Washington DC.
38. *International Migration Report 2015*. 2016, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: New York.
39. Dumont, J. and G. Lafortune, *International migration of doctors and nurses to OECD countries: recent trends and policy implications*. 2016, World Health Organization: Geneva.
40. *Leave no one behind: A call to action for gender equality and women's economic empowerment*. 2016, UN Secretary General's High-Level Panel on Women's Economic Empowerment: New York.
41. *Global atlas of the health workforce*. 2016, World Health Organization: Geneva.
42. *Pakistan's Lady Health Workers: A national model for delivering primary healthcare and peer support*. Peers for Progress: Chapel Hill NC (USA).
43. *A universal truth: No health without a work force*. 2013, World Health Organization, Global Health Workforce Alliance: Geneva.
44. McCarthy, C., et al., *Nursing and midwifery regulatory reform in east, central, and southern Africa: a survey of key stakeholders*. Hum Resour Health, 2013. 11: p. 29.
45. Smith, S., et al., *Task-shifting and prioritization: a situational analysis examining the role and experiences of community health workers in Malawi*. Hum Resour Health, 2014. 12: p. 24.
46. Kok, M. and S. Muula, *Motivation and job satisfaction of health surveillance assistants in Mwanza, Malawi: an exploratory study*. Malawi Med J, 2013. 25: p. 5-11.

Con el apoyo de:

