

Epidemiología y salud de la población: Por la población (*trabajadores de la salud de la comunidad*) y para la población

Epidemiology and Population Health: For the Population (Community Health Workers) and To the Population

*¿Quién construyó Tebas, la de las Siete Puertas?
En los libros figuran solo nombres de reyes.
¿Acaso arrastraron ellos los bloques de piedra?*

“Preguntas de un obrero que lee”

BERTOLT BRECHT

INTRODUCCIÓN

Reaparece la esperanza, otra vez renovada, de que en países africanos de ingresos bajos los *trabajadores de la salud de la comunidad* (TSC) puedan mejorar rápidamente los índices horripilantes de morbilidad y mortalidad, que son semejantes a los que tenían las poblaciones europeas en el siglo XIX, pero ahora ya en pleno siglo XXI.

Recientemente, Prabhjot Singh y Jeffrey Sachs pidieron la creación de un millón de TSC para el África subsahariana. Inician el planteo de su punto de vista escribiendo: “Durante los pasados 10 años, los trabajadores de la salud de la comunidad (TSC) han emergido como el punto focal de las discusiones internacionales de los sistemas de atención primaria de la salud. Aunque trabajadores legos de la salud basados en la comunidad han estado activos al menos por 60 años, los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el 2000 impulsaron nuevas discusiones acerca de cómo estos trabajadores pueden ayudar a extender la atención primaria de la salud de los medios asistenciales a las comunidades. Los TSC han sido, desde entonces, parte de los intentos internacionales de revisar la manera de suministrar la atención primaria de la salud en ambientes de ingresos bajos, y los programas de TSC han estado cambiando en conformidad. En lugar de ser considerados miembros poco entrenados, impagos, de la comunidad, que se enfocan principalmente en la educación de la salud y proveen tratamientos básicos mínimos, los TSC están siendo vistos crecientemente como un cuerpo adiestrado y pago que da consejos y tratamientos e implementan medidas preventivas.” (1)

En el nuevo enfoque se busca que los TSC no se conviertan en un sistema paralelo, pero elemental y pobre, del sistema de salud actual, sino que formen parte de él y se encuentren integrados en el sistema de atención de la salud de cada país; por eso manifiestan: “Una diferencia clave entre los modelos viejos y nuevos de TSC es que los trabajadores ahora son vistos como parte integral y formal de los sistemas de salud, con líneas de referencias, entrenamiento, supervisión y retroalimentación. Distintos desarrollos han estimulado los esfuerzos para desplegar un papel más sustancial para los TSC en la

atención primaria de la salud; nuevas tecnologías de salud móviles, pruebas de diagnóstico rápido realizadas en la vivienda y sistemas de apoyo experto basados en Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) están agrandando en mucho el rango de servicios que los TSC pueden efectivamente proveer.” (1)

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación están haciendo posible la mejora en capacitación, adiestramiento y métodos de supervisión. De esta forma, los protocolos basados en las evidencias que pueden aplicarse en la comunidad son más fáciles de mostrar y a su vez de medir su efectividad. (2)

El Earth Institute de la Universidad de Columbia convocó a una Fuerza de Tarea Técnica para examinar cuáles serían las mejores prácticas para escalar e integrar a los TSC en el sistema de salud. La Fuerza de Tarea (3) llegó al acuerdo de que para lograr el objetivo se necesitaban aproximadamente un millón de TSC, que deberían ser adiestrados y desplegados en el África subsahariana.

Se estimó necesario 1 TSC por cada 150 viviendas, aproximadamente 650 personas, con un 1 TSC entrenando y supervisando 6 TSC; como los vecindarios son de alrededor de entre 30.000 y 80.000 residentes, 8 a 20 coordinadores de TSC estarán en contacto con un centro de atención de salud.

Para cubrir a la población rural diseminada, estimaron un costo por persona por año de US\$6,56, con un costo global de 2.300 millones por año.

Pero no solo en África hay TSC, sino también en los Estados Unidos, aunque cueste creerlo; se estima que existen aproximadamente 120.000 TSC, que realizan sus tareas en vecindarios, hogares, escuelas, sitios de trabajo, organizaciones basadas en la comunidad, departamentos de salud, clínicas y hospitales a lo largo de los Estados Unidos. Algunos son trabajadores voluntarios, pero se considera que más de dos tercios son pagos. (4)

TRABAJADORES DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD

Lehmann y Sanders, en representación de la Organización Mundial de la Salud, hacen una revisión de los programas de los TSC. Se preguntan: “¿Qué conocemos acerca de ellos? El estado de la evidencia sobre los programas, actividades, costos e impacto en los resultados de salud con la utilización de trabajadores de la salud de la comunidad”. (5)

Dicen que el apoyo dispensado por el sistema de salud, con la evaluación y la gestión, son factores cruciales que están a menudo muy descuidados en los programas de los TSC.

Mencionan que estos programas no solo se localizan en la periferia geográfica y cultural del sistema de salud, sino que también son la parte menos considerada de la organización formal de la salud. Si bien necesitarían una administración particularmente cuidadosa, como no está bien definido a quién pertenece y de quién es la responsabilidad de su conducción, en la práctica están olvidados y fuera de la lista de los temas prioritarios.

Pero no hay dudas de que estos TSC son críticos para llegar a la población y lograr un acceso fácil al sistema de salud. Con personas culturalmente similares desarrollan una relación de confianza de pares con la población a cargo, más que una relación jerárquica de proveedor a cliente del sistema formal, con actividades asistenciales realizadas inmediatamente antes de la concurrencia al sistema convencional de salud y realizando gran parte de la prevención y promoción de la salud en terreno, de manera mucho más eficiente, constituyéndose estas relaciones, más que por su destreza clínica, por la habilidad de los trabajadores para comunicarse abiertamente con los problemas de salud de las personas y transformándose en una herramienta esencial dentro de un programa de atención primaria de la salud.

Aunque los diferentes aspectos de su gestión se van a discutir separadamente, parte por parte por una cuestión de análisis, no debemos olvidar que su éxito dependerá de que estos aspectos no fracasen en ningún lugar de la cadena de implementación y desarrollo.

Reclutamiento y selección

Todas las discusiones sobre los TSC acuerdan enfáticamente que: a) deberían ser elegidos de la comunidad a la que servirán y b) no es negociable que la comunidad no intervenga en la selección de sus *propios trabajadores de la salud* y que se realice fuera de la comunidad por influencia directa de funcionarios de la salud o estatales. Aunque los trabajadores de la salud se reclutan de la comunidad, la participación significativa y directa de la propia comunidad en el proceso de selección no es habitual, aunque debería serlo.

De esta forma, serían responsables ante la comunidad que deben servir, para lo cual serán entrenados y apoyados por los funcionarios de salud.

Lo mejor sería contar con un "Comité de Salud de la Comunidad" (CSC), constituido por funcionarios del sistema de salud local, la institución que realiza el adiestramiento, organizaciones representativas de la comunidad (director del periódico local, líderes locales, etc.) y hombres y mujeres interesados de la comunidad (respetando la representación de los ancianos y con equidad de género); este debería ser el grupo responsable de la selección de los candidatos a TSC.

En resumen, mientras hay acuerdo en la selección de los TSC por la comunidad local, el proceso de selección participativa rara vez se ha respetado en los programas desarrollados hasta ahora.

Adiestramiento inicial y continuo

Hay que establecer de cuánto tiempo y con qué profundidad será el entrenamiento y cuál la organización responsable del enfoque del programa.

En algunos lugares de África, el adiestramiento es extremadamente simple; consta de 7 a 10 días realizados en el mismo dispensario rural donde debe hacer la práctica, que se repite cada año para introducir nuevos ítems.

En otros países africanos, el entrenamiento es por 3 meses, individualizado o en grupo, y se actualiza dos veces en el año.

Los programas fueron cambiando con el paso del tiempo. Al comienzo parecían inapropiados, y era muy común la utilización de demasiadas clases teóricas en aulas o demasiado complicadas.

En realidad, los programas deberían enfocarse en las habilidades y las competencias requeridas a los TSC, con pasos estandarizados para que adquieran las capacidades específicas. Las competencias logradas durante el adiestramiento deben ser evaluadas durante las visitas del supervisor, con seguimientos frecuentes y con evaluación escrita por listas de comprobación (*checklists*).

Algunos programas recomiendan que el entrenamiento tenga lugar en la misma comunidad, más que en los lugares de atención de la salud, para que los TSC pongan manos a la obra en el medio en que se desenvolverán. Quizás lo mejor sería una combinación de entrenamiento formal en lugares donde se encuentran los pacientes que van a enfrentar y la enseñanza práctica en terreno.

Hay que tener material adaptado específicamente para los TSC de los programas generales desarrollados por organizaciones e instituciones, locales o internacionales.

No solo deberían priorizar las visitas a las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años, (6) sino también realizar el control y la prevención de las enfermedades no transmisibles, fundamentalmente de las enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer. (7)

Sin embargo, hay un acuerdo general en un tema: el entrenamiento continuo o actualizado periódicamente debe ser tan importante como el adiestramiento inicial, (8) porque es bien conocido que si no se producen actualizaciones, las habilidades y los conocimientos adquiridos se pueden perder rápidamente.

Algunos consideran que 3 días de entrenamiento adicional anual permiten que los TSC mejoren la calidad de los servicios con mayor utilización por la comunidad.

Proponemos que el equipo inicial de atención primaria de la salud, constituido por generalistas y médicos de familia, enfermeras asistenciales, supervisores y coordinador médico, desarrolle el programa y el manual de instrucción de los TSC y que se discuta en el CSC antes de darle forma definitiva a su implementación.

Supervisión y apoyo

La literatura remarca que el éxito de los programas de los TSC depende del apoyo y la supervisión regular y confiable. Pero, lamentablemente, la supervisión es el punto más débil de los programas de los TSC, porque en muchos programas el costo de supervisión ni siquiera es tenido en cuenta, pero hay que tener presente que es necesario para mantener un sistema eficiente.

Por ello, la tarea del supervisor no debe estar mal definida y necesita especificarse detalladamente en el programa. En una etapa inicial del programa se puede plantear que la supervisión y el apoyo los realice el personal formal de salud del equipo, quizás los médicos y las enfermeras asistenciales. Para una etapa posterior se debería seleccionar a los líderes de los TSC más capaces, y darles una formación más sistemática y profunda, para convertirlos en los supervisores específicos de sus compañeros de trabajo.

Además, la supervisión continua disminuye la sensación de aislamiento de los TSC cuando están trabajando en terreno y mantiene su interés y motivación en la tarea a desarrollar.

Otra parte del apoyo es el que brinda la infraestructura y particularmente la logística de suministro de drogas, equipamiento y a veces de transporte. Si falla, no pueden realizar satisfactoriamente su tarea y socava su posición dentro de la comunidad, destruyendo la imagen de credibilidad de los TSC.

Esto lleva a la necesidad de discutir que la logística de los programas de los TSC es parte de una necesidad de reforzar los servicios de atención primaria en todos sus componentes.

GOBIERNO, POSESIÓN Y RESPONSABILIDAD

La literatura también es unánime en su afirmación de que los programas de los TSC deberían estar en posesión y dirección de las comunidades y también ser responsabilidad de esas comunidades. Aunque también reconocen que la realidad de los programas se desvía bastante de estos ideales. En esta parte se discutirá la participación de la comunidad, la relación de los TSC y los servicios formales de salud.

Participación de la comunidad

No está claro qué significa y cuál es el propósito de la llamada "participación de la comunidad". Algunos diferencian *movilización pasiva* de los recursos de la comunidad (la población, materiales, etc.) para llevar a cabo programas de salud, contraponiéndola a la *participación activa* de la comunidad, que implica un creciente *control de la población* sobre los factores sociales, políticos, económicos y del entorno, determinantes de su salud. Sin embargo, los discursos actuales son mucho más pragmáticos y técnicos, indicando la distancia que existe entre el ideal de un programa dirigido y en posesión de la comunidad y los programas reales actuales.

No obstante, para que los programas sean sostenibles e impacten en la realidad requieren, como una condición innegociable, la posesión y la participación activa de las comunidades. Estas aparecen y se sostienen fácilmente en los momentos de movilización popular en ascenso, durante transformaciones profundas de la sociedad. Otra manera de decirlo es que la movilización popular precede y acompaña al establecimiento de programas de TSC.

Quizás sea necesario visualizar la participación de la comunidad como un proceso iterativo de aprendizaje, con un enfoque ecléctico que sugiere que la comunidad

construye su capacidad de actuar y a su vez incrementa su participación. No se debería esperar que los TSC tengan la responsabilidad de movilizar a la comunidad, sino que trabajen con el apoyo ya activo de comunidades movilizadas.

Existe una vasta literatura compleja y contradictoria del carácter, el papel y la organización de la participación de la comunidad en la atención de la salud en general y de los TSC en particular; cada nuevo programa debe establecer la importancia y la participación de la comunidad.

Relaciones con los servicios formales de salud

El personal de la salud está formado y socializado en el marco jerárquico de sistemas de atención orientados hacia la enfermedad y tiene un conocimiento pobre y una formación defectuosa de la verdadera prevención de la salud, que le impide apoyar activamente el desarrollo del concepto y la práctica de atención primaria de la salud. Percibe a los TSC como auxiliares humildes de las poblaciones carenciadas, que deben ser desplegados como asistentes en los lugares de atención asistencial. A menudo, este concepto completamente falso de la actividad de los TSC en el papel de promoción y capacitación de la población en la que están inmersos, asociado con esa sensación de superioridad que muchas veces mantiene el personal formal de la salud, se ha considerado un problema para la colaboración con un sistema de TSC, que es el mediador natural entre la población y el sistema de salud.

Política de incentivos

Aunque existen diferentes aspectos sobre los incentivos, la pregunta dominante es: ¿El trabajo de los TSC deben ser pago o voluntario?

Aunque a veces se resalta, con buena intención, el ideal del voluntariado, se deja de lado que los TSC pertenecen a poblaciones pobres, que viven en esas mismas comunidades pobres y que requieren un ingreso por el trabajo que realizan para poder vivir y mantener a su familia. Que además permita su profesionalización y adquieran el respeto de sus pares, se sientan útiles y no abandonen el importante trabajo que realizan.

Su ingreso debería ser un salario u honorario reconocido y sostenido por el sistema de salud.

Entre los incentivos que afectan la motivación e impiden el desgaste de los TSC está en primer lugar el reconocimiento y el respeto de la comunidad, la adquisición de habilidades valoradas y el crecimiento y desarrollo personal.

El pago a los TSC puede convertirse en un problema si el dinero no es suficiente, si el pago no se hace con regularidad o, a veces, si se suspende totalmente, o que por el mismo trabajo existan algunos miembros pagos y otros no.

Entre los incentivos no monetarios está el hecho de ser parte del sistema de atención de la salud por medio del apoyo de los supervisores y de un adiestramiento apropiado. Algunas cosas que parecerían pequeñas, como un distintivo o una camisa de identificación, pueden darle el orgullo de pertenencia en su trabajo y un estatus reconocido en su comunidad.

El apoyo de sus pares existe de diferentes maneras, como trabajar regularmente con otro TSC, entrenamientos de actualización frecuentes entre ellos, o aun asociaciones de TSC que los representen.

Muchos de los programas exitosos utilizan múltiples incentivos en el tiempo para mantener la motivación de los TSC. El programa de TSC de la vecindad debería realizar un esfuerzo sistemático para planificar incentivos múltiples en el tiempo, y mantener una sensación continua de satisfacción y realización en los TSC.

RESUMIENDO LAS LECCIONES APRENDIDAS

Hay consenso en que los TSC pueden hacer una contribución de valor al desarrollo de su comunidad y, más específicamente, pueden mejorar el acceso y la cobertura de las comunidades a servicios primordiales de salud y a medidas de prevención y promoción de la salud.

Consideremos como ejemplo las condiciones de vida de la Villa 31 y 31 bis, que nace en la década de los años '30 y con distintos avatares llega hasta la actualidad. Comprende 100 manzanas con construcciones informales, constituidas la mitad de ellas por hogares de 1 a 3 habitaciones; las viviendas tienen pisos casi por mitades de cemento o baldosas, las paredes en su inmensa mayoría son de ladrillo y los techos 2 de cada 3 de losa y 1 de cada 3 de chapa.

El 35% de las construcciones son solamente de planta baja y el 42% de planta baja y un primer piso, el 23% restante tienen dos o más pisos. El agua proviene casi toda de la red pública y tienen baño o letrina con desagüe en la red sanitaria, aunque solo algo más de la mitad tiene un sistema de lavado con cadena o botón. Con respecto a la propiedad de la vivienda, 2 de cada 3 viviendas son propias y 1 de cada 4 son alquiladas. (9)

En el censo del año 2010 se registraron 7.950 hogares con 27.000 habitantes que poblaban la Villa 31 y 31 bis. Pero un artículo de opinión de 2014 del diario La Nación afirma que existen 40.000 habitantes, aunque en el mismo año en otro artículo dice que está habitada por 35.000 personas.

Casi la mitad de los residentes son argentinos (48,9%) y la otra mitad (51,1%) se compone de residentes de países latinoamericanos: paraguayos 23,9%, bolivianos 16,6%, peruanos 9,8% y otros países 0,8%.

Si formamos equipos de "atención primaria de la salud" para tener a su cargo 875 personas de grupos familiares de todas las edades y estimamos unos 35.000 habitantes, se necesitaría constituir 40 equipos.

Cada equipo de atención primaria de la salud estaría constituido por: 1 médico generalista o de familia, 1 enfermera asistencial, 2 TSC y 1 supervisor médico de atención primaria por cada 10 generalistas.

Para que los TSC hagan una contribución efectiva a la salud de la población, es necesario que sean cuidadosamente seleccionados, apropiadamente entrenados y, lo que es muy importante, adecuada y continuamente apoyados en su adiestramiento, gestión y logística.

No deben ser considerados un sistema débil y precario de salud en sí mismo, o la opción barata para poblaciones marginales.

Por su naturaleza, los programas de TSC son vulnerables, a menos que se encuentren en posesión, dirigidos y firmemente enclavados en la comunidad de la que son parte. Esto significa que la participación de la comunidad no se convierte en una alternativa, sino que es parte integral de la responsabilidad que tiene el Estado para suministrar atención de salud.

Mientras todavía hay mucho que aprender, existe mucho que ya conocemos acerca de cómo realizar programas que funcionen mejor: con selección apropiada, educación continua, implicación y reorientación de los equipos, con currículo de atención y la mejora en la supervisión y el apoyo, como requerimientos no negociables.

Una mirada justa sobre los TSC nos permite reconocer que si existe voluntad política, los gobiernos pueden adoptar enfoques flexibles en la planificación de programas de TSC dentro del contexto de las actividades globales del sector salud, en lugar de hacerla como una actividad separada. En esas condiciones, los TSC representan un importante recurso para mejorar el acceso y la adherencia al tratamiento de las enfermedades y también los resultados de salud de la población y contribuir fuertemente en las actividades preventivas y de promoción de la salud, dando pasos rápidos hacia una mejora de la atención de la salud para muchos argentinos.

Dr. Hernán C. Doval^{MTSAC}

Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Singh P, Sachs J. 1 million community health workers in sub-Saharan Africa by 2015. *Lancet* 2013;382:363-5. <http://doi.org/f2f52n>
2. Lewin S, Munabi-Babiqumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious disease (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2010. 3:CD004015.
3. Singh P for Technical Task Force. 1 million community health worker: global technical taskforce report. http://www.millenniumvillages.org/uploads/ReportPaper/1mCHW_TechnicalTaskForceReport.pdf (accedido 30 de enero 2016).
4. Rosenthal EL, Brownstein JN, Rush CH, Hirsch GR, Willaert AM, Scott JR, et al. Community health workers: part of the solution. *Health Affairs* 2010;29:1338-42. <http://doi.org/b6n43c>
5. Lehmann U, Sanders D, for WHO. Community health workers: what do we know about them? The state of evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf (accedido 30 enero 2016).
6. Lewin S, Munabi-Babiqumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious disease (review). *Cochrane database Syst Rev* 2010;17:CD004015. <http://doi.org/crjsqq>
7. World Health Organization. Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care. In low-resource settings. 2013 www.who.int/iris/bitsream/10665/133525/1/9789241506557_eng.pdf?ua=1.
8. Gaziano TA, Abrahams-Gessel S, Denman CA, Montano CM, Khanam M, Puoane T, et al. An assessment of community health workers' ability to screen for cardiovascular disease risk with a simple, non-invasive risk assessment instrument in Bangladesh, Guatemala, Mexico, and South Africa: an observational study. *Lancet Glob Health* 2015;3:e556-63. <http://doi.org/bdcm>
9. Información de una encuesta propia, aún no publicada.