



Mesa redonda ministerial

Establecimiento de prioridades en el sector de la salud: retos para los ministros

1. En todo el mundo, los recursos públicos son insuficientes para hacer frente a la demanda de atención sanitaria. El desfase entre lo que se necesita y las necesidades que pueden atenderse obliga introducir el establecimiento de prioridades como aspecto indispensable en todos los sistemas de salud, sean ricos o pobres.
2. Para configurar el debate sobre el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos será útil considerar diferentes tipos de decisiones. Las opciones críticas que se adopten tendrán que ver con:
 - C la proporción de los ingresos asignados a la salud
 - C la distribución del presupuesto de salud entre zonas geográficas
 - C la asignación de recursos a diferentes escalones del servicio de salud y a programas concretos de lucha contra las enfermedades
 - C las formas de tratamiento de las que deberá disponerse mediante financiación pública
 - C la definición de las personas que reúnen las condiciones necesarias para recibir ese tratamiento
 - C la determinación de la cuantía que se gastará para atender a los distintos pacientes
 - C la proporción de los fondos disponibles gastados para adquirir equipo en relación con los costos de funcionamiento
 - C el reparto del presupuesto de gastos ordinarios entre el pago de sueldos y los demás gastos ordinarios.
3. ¿Cuál es, entonces, la base para esas decisiones, habida cuenta de exigencias contradictorias y de valores contrapuestos? ¿A qué nivel deberán adoptarse esas decisiones en el sistema de salud? ¿Quiénes serán los principales actores en ese proceso?
4. Antes de dar respuesta a estas preguntas, es importante reconocer la existencia de varias características que distinguen a las naciones más pobres del mundo de los países más prósperos. Salta a la vista que la diferencia de nivel de gasto en salud es espectacular: compárese el gasto por habitante de US\$ 6 a US\$ 10

en varios países de África subsahariana con el gasto de más de US\$ 1000 en Europa septentrional y de US\$ 2700 en los Estados Unidos de América. En segundo lugar, de los US\$ 6 a US\$ 10 gastados en los países más pobres, la tercera parte o más suele provenir de la ayuda exterior, bien sea en forma de donaciones o de préstamos a bajo interés. En tercer lugar, las instituciones y los sistemas de gestión nacionales son en general poco sólidos, y los países pobres carecen de personal debidamente capacitado. En cuarto lugar, en no pocos países de bajos ingresos, la sociedad civil no siempre puede hacer oír su voz eficazmente o imponer su veto en el proceso de establecimiento de prioridades. Y, por último, las políticas sectoriales se elaboran por lo general sin hacer referencia a un marco global de recursos realista.

5. Paradójicamente, es la comunidad internacional de donantes la que ha ayudado a los gobiernos a evitar la adopción de decisiones difíciles en materia de asignación de recursos. Los organismos donantes han venido financiando y apoyando proyectos separados de acuerdo con sus propias prioridades. Éstas pueden ir definidas en función de zonas geográficas particulares, de enfermedades concretas, de determinados niveles de atención sanitaria (por ejemplo, atención primaria y salud pública, más bien que servicios hospitalarios), de tipos particulares de intervenciones (por ejemplo, inmunización o suministro de medios anticonceptivos), de sistemas particulares de gestión (por ejemplo, suministro de medicamentos), o de grupos particulares de población (por ejemplo, mujeres gestantes, niños menores de 5 años). Esto, en cierta medida, ha menoscabado la capacidad de los gobiernos para recibir la ayuda necesaria para elaborar políticas sectoriales coherentes y asignar recursos en consecuencia. Pero, aunque son pocas las prioridades fijadas explícitamente por los gobiernos, el personal asistencial, en el escalón de prestación de servicios, impone todo el tiempo por defecto un racionamiento implícito. Esto puede hacerse de muchas formas, por ejemplo denegando el tratamiento, seleccionando a los beneficiarios o demorando la prestación de servicios a quienes los necesitan o los piden.

6. A principios del decenio de 1990 se dio gran impulso a la utilización de métodos científicos en el proceso de adopción de decisiones, impulso que provino del *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*, del Banco Mundial. En ese informe se preconizaba un enfoque que comprendía el análisis cuantitativo de la carga de morbilidad, el análisis de la rentabilidad de las distintas intervenciones posibles, y la identificación de un conjunto básico de intervenciones basadas en esos análisis.

7. Empezaron esa labor varios países de ingresos bajos y medianos, a menudo con considerable apoyo técnico del Banco Mundial y de otras organizaciones. Sin embargo, hay pocos datos probatorios de que esos métodos han influido de manera significativa en el gasto sanitario. Según un estudio realizado en 14 países, en todos los casos eran demasiado onerosos los conjuntos básicos de intervenciones en relación con los recursos disponibles. Además, en vez de estimular la eficiencia, la reacción de los gobiernos consistía en recabar una mayor contribución de la comunidad internacional o de sus propios ciudadanos. La reasignación de los recursos y la elaboración de estrategias para mejorar la eficiencia técnica y reforzar la capacidad institucional quedaban relegadas a un segundo plano.

8. En el mundo industrializado varios países, en particular los que cuentan con sistemas muy desarrollados de seguridad social y de asistencia sanitaria, empezaron la labor destinada a establecer prioridades explícitas, cuando llegó el momento de examinar el alcance de sus servicios asistenciales financiados con fondos públicos. La primera fase consistió principalmente en buscar sistemas basados en una serie completa y no contradictoria de reglas racionales para la adopción de decisiones. De esa manera los encargados de decidir dispondrían de indicaciones sobre la manera de establecer la prioridad de un servicio concreto en relación con otros servicios, y acerca de los servicios básicos y del conjunto de prestaciones elementales que deberían asegurarse. Como ejemplo de este objetivo ideal cabe citar el número de años de vida ajustado para tener en cuenta la calidad de vida, o el enfoque de Oregón inicial. Se parte de la premisa fundamental de que las decisiones son legítimas porque se adoptan de acuerdo con las reglas del sistema. Se sostiene además que si las reglas son racionales también lo serán las decisiones.

9. Sin embargo, a medida que se iba poniendo más de manifiesto el desfase entre los marcos nacionales adoptados para el establecimiento de prioridades y su aplicación, se vio más claramente lo erróneo que era recurrir a una simple serie de reglas basadas en métodos científicos. Como consecuencia de ello, las ideas sobre el establecimiento de prioridades han ido evolucionando considerablemente, y ello de diversas maneras, como son:

- C una mayor atención al **proceso** que al **producto** del establecimiento de prioridades, reconociendo su inherente naturaleza política
- C la adopción de **nuevas formas de diálogo** entre los políticos, los profesionales de la salud y el público
- C la sustitución de la estricta determinación de lo que debe incluirse y excluirse por **una definición más flexible de los servicios básicos**
- C una mayor importancia a los **aspectos formales** que a los aspectos de fondo en lo que respecta al derecho a las prestaciones de salud
- C la elaboración de directrices amplias que estimulen el recurso a una **medicina basada en pruebas científicas en el nivel clínico** para mejorar la práctica médica y reducir las variaciones en lo que respecta a los resultados
- C una mayor insistencia en las estrategias de reforma para hacer más con menos recursos y para **aumentar la eficiencia**.

10. Los países del Norte han acabado percatándose de que los métodos racionales ocupan un importante lugar en el esquema general, pero que el establecimiento de prioridades no debe basarse exclusiva y esencialmente en esos métodos. Merece la pena preguntarse si, como consecuencia de ello, está menos justificado imponer el racionalismo a los países de bajos ingresos. Se observa con creciente interés que la preocupación con el conjunto de servicios básicos ha desviado la atención de la necesidad de establecer una contabilidad sanitaria y sistemas de gestión financiera nacionales sólidos y transparentes. Saber de dónde proviene el dinero y a dónde va debe ser la primera prioridad para los países en desarrollo. Sin esa información, el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos seguirán siendo opacos.

11. Con ese fin, han ido cambiando también las modalidades adoptadas por los donantes para apoyar al sector de la salud de los países de bajos ingresos, empezando por la articulación de un marco realista para la obtención de recursos de todas las fuentes y la participación de todos los asociados en un proceso técnica, institucional y políticamente informado para la negociación de las prioridades de gasto. Al igual que ocurre con las nuevas ideas propuestas en el mundo industrializado, esa evolución ofrece a los países más pobres una prudente vía intermedia entre los métodos confusos y los enfoques exclusivamente racionales.

= = =