



Mesas redondas: lecciones aprendidas en la acción sanitaria mundial

Informe de la Secretaría

1. Durante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud se celebraron cuatro mesas redondas públicas para ministros de salud sobre los siguientes temas:

- C Establecimiento de prioridades en el sector de la salud: retos para los ministros, 18 de mayo (dos sesiones simultáneas)¹
- C Inversión en hospitales: dilemas afrontados por los ministros, 18 de mayo²
- C Conseguir dinero: dilemas afrontados por los ministros, 19 de mayo (dos sesiones simultáneas)³
- C VIH/SIDA: estrategias para sostener una respuesta adecuada contra la epidemia, 19 de mayo.⁴

2. En los párrafos siguientes se resumen las principales cuestiones planteadas durante las deliberaciones.⁵

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN EL SECTOR DE LA SALUD: RETOS PARA LOS MINISTROS

3. Desde el comienzo se reconoció la importancia de concentrar la atención en los aspectos fundamentales de una buena salud pública y velar por la igualdad de acceso. Sin embargo, después de ello el tema predominante fue la cuestión de que el establecimiento de prioridades es un proceso complejo y principalmente político. Aunque se necesitan enfoques más sistemáticos, racionales y transparentes, los ministros tienen que hacer frente a las exigencias contrapuestas de diversos grupos de intereses.

¹ Documento A52/DIV/4.

² Documento A52/DIV/5.

³ Documento A52/DIV/6.

⁴ Documento A52/DIV/7.

⁵ Las actas resumidas de las mesas redondas se publicarán más adelante y se incorporarán posteriormente en el documento WHA52/1999/REC/3.

4. Un supuesto del que se partió en las deliberaciones fue que los ministros de salud están en condiciones de establecer las prioridades en materia de gastos. Pero se reconoció que están muy lejos de ser los únicos actores. En países muy endeudados, por ejemplo, el nivel global de recursos para el sector social puede estar restringido. Además, las condiciones impuestas por los prestamistas suelen influir en la manera en que se utilizan los fondos en el sector de la salud. También se señaló que en muchos países el ministerio de finanzas es el árbitro principal en lo concerniente a la utilización de los fondos nacionales, y los ministros de salud tienen un margen de manobra limitado. Las prioridades de salud deben presentarse de forma que resulten atractivas para los ministerios de finanzas y otros.
5. Las prioridades se basan con frecuencia en valores explícitos, como el acceso universal a la atención sanitaria. El problema surge cuando los recursos son insuficientes para financiar esos valores. Los países tienen que comenzar entonces a pensar en las prioridades entre las prioridades.
6. Es importante recordar que se necesitan erogaciones efectivas de fondos que estén a la altura de las prioridades declaradas. Ello suele resultar más difícil en los sistemas descentralizados, en los que el gobierno central tiene menos control sobre las autoridades locales.
7. En el mundo en desarrollo no sólo hay escasez de recursos, sino también circunstancias impredecibles. Es difícil respetar las prioridades acordadas respecto de los gastos estatales cuando se presentan emergencias, naturales o causadas por el hombre. Algunas de ellas son agudas, como las grandes inundaciones. Otras son más insidiosas, como la epidemia de VIH/SIDA en África, que ha tenido repercusiones significativas en las modalidades de erogación de fondos. En los países afectados por conflictos, el mejoramiento de la salud puede ser una prioridad para los gobiernos sólo después de haberse restablecido la paz.
8. Aunque se preparen planes estatales para el largo plazo (5 a 10 años), las necesidades a corto plazo suelen ser más acuciantes y determinan las asignaciones efectivas de recursos. Por ejemplo, si el hospital más importante de un país pequeño se halla en mal estado de mantenimiento, es difícil que no se reasignen fondos para resolver el problema, inclusive fondos inicialmente destinados a servicios primarios. Solamente unos pocos países reconocen la necesidad de revisar continua y sistemáticamente las prioridades.
9. La crisis financiera que ha afectado al Asia oriental no sólo ha vuelto más complejo el establecimiento de las prioridades nacionales, sino que en algunos países ha dado lugar también a un estrechamiento de las relaciones con los donantes, muchos de los cuales tienen sus propias ideas acerca de las prioridades.
10. En los países de la antigua Unión Soviética el cambio ha sido aún más espectacular; es difícil pensar siquiera en prioridades cuando el presupuesto sanitario nacional ha disminuido de 150 dólares a sólo 40 centavos de dólar por habitante. Se sugirió que en las antiguas economías centralmente planificadas lo primero era modificar la actitud del público y de los profesionales, acostumbrados a que el Estado suministrase todo gratuitamente. El establecimiento de prioridades exige que todos reconozcan su responsabilidad de participar en la toma de decisiones difíciles acerca de la utilización de recursos escasos.
11. Las necesidades de salud varían en la mayor parte de los países. La fijación de prioridades nacionales debe permitir la adopción local de decisiones.
12. Llegar a un consenso en cuanto a las prioridades nacionales es una cuestión decisiva, así como lo es la del liderazgo. Forma parte de la tarea de los políticos explicar y defender las decisiones relativas a los gastos.

-
13. En el debate se confirmó la idea de que es necesario un cambio del pensamiento en favor de los procesos - garantizando los aspectos de procedimiento - antes que concentrarse exclusivamente en la definición del carácter preciso de las prestaciones.¹ El establecimiento de prioridades no funciona sin consultas eficaces.
14. Los procesos de consulta tienen que estar bien diseñados y no deben utilizarse simplemente para *rubricar+ decisiones que ya se han adoptado.
15. Se reconoció claramente que los donantes influyen en el establecimiento de prioridades de manera significativa. Se señalaron dos dificultades. Primero, los donantes tienen su propio programa, que puede ser opuesto a las prioridades nacionales. Segundo, la financiación de los donantes se concentra en tipos determinados de gastos, lo que hace más difícil la adopción de las decisiones nacionales en general.
16. La eficacia de la asistencia para el desarrollo podría mejorarse consiguiendo que esa asistencia no se prestara para casos especiales sino que formara parte de un plan general de gastos públicos en el que la salud se considerase un sector prioritario.
17. Hubo consenso en que estos problemas podían resolverse mediante arreglos de asociación a más largo plazo y más sólidos. Algunos ministros hablaron explícitamente de enfoques de amplitud sectorial, pero muchos otros se refirieron a la necesidad de prioridades conjuntas y negociadas.

INVERSIÓN EN HOSPITALES: DILEMAS AFRONTADOS POR LOS MINISTROS

18. Incumbe a los gobiernos la responsabilidad primordial de prestar atención sanitaria de calidad a toda la población. En consecuencia, el acceso a la asistencia hospitalaria ha de ser universal, equitativo y económico. Los ministerios no deben desligarse de esa responsabilidad.
19. La existencia de una política hospitalaria explícita en relación con la reforma del sector de la salud reviste decisiva importancia, lo mismo que el desarrollo equilibrado de una red de servicios de salud que permita llegar a las poblaciones remotas y rurales y mejorar la interfase entre los hospitales y la atención primaria de salud. No hay un bloque único de soluciones, y la simple copia de los enfoques extranjeros puede ser una carga adicional. Los países deben estar dispuestos a construir sobre la base de lo que realmente tienen. La reestructuración de los servicios debe responder a las necesidades prioritarias de un país y realizarse en el marco de la capacidad y los recursos nacionales para poder conseguir la sostenibilidad.
20. En muchos países, gran parte de la atención de salud la presta el sector privado, y especialmente dispensadores sin ánimo de lucro. Los ministerios deberían coordinar la política sanitaria nacional general y facilitar un marco en el que el sector privado pueda participar y contribuir a prestar asistencia a toda la población. La clave para lograr una prestación óptima de atención de salud consiste en conseguir la complementariedad entre los sectores público y privado, y lucrativo y no lucrativo. La reglamentación es necesaria, pero no debe ahogar la invención, y se necesita un sistema de incentivos apropiado.

¹ Véase el documento WHA52/DIV/4.

21. En cuanto a la cuestión de prestar o comprar servicios hospitalarios, los participantes señalaron que cuando se dispone de proveedores privados y es posible la contratación, esta opción puede eventualmente reducir los costos y mejorar la calidad. Sin embargo, persisten las preocupaciones respecto de la equidad y la posibilidad de acceso de los pobres, y la importancia de este asunto para los países con un sector privado limitado es marginal. Los factores principales para que funcionen los contratos, con instituciones privadas tanto con ánimo de lucro como benévolas, son la capacidad institucional, la voluntad política y la competencia real en la adjudicación de los contratos. Los ministerios también deben tener mecanismos para garantizar la calidad y evaluar los resultados.

22. Dada la tendencia hacia una mayor autonomía, una formación profesional relacionada con la salud es una baza para un administrador de hospital. Sin embargo, lo esencial es tener una formación específica en materia de gestión y poseer buenas aptitudes profesionales al respecto. En general, la buena gestión debe orientarse por la ética, la competencia técnica y administrativa y la profesionalidad. La participación de la comunidad en la gestión de sus hospitales es fundamental.

23. El debate giró en torno a si los gobiernos debían desistir de prestar servicios y fomentar, en cambio, arreglos contractuales con proveedores públicos y privados, y a la planificación y gestión óptimas de los hospitales y los recursos hospitalarios, la función y las responsabilidades de los gobiernos para lograr un equilibrio apropiado entre los sectores público y privado, y la cooperación regional y entre países en la prestación de servicios especializados.

24. Entre los obstáculos al funcionamiento eficaz de los hospitales se señalaron la pérdida de personal calificado a causa de las escasas oportunidades de promoción profesional y de la remuneración insuficiente, así como la carga que supone el mantenimiento del activo fijo y la tecnología sanitaria. La planificación, adquisición y utilización de la tecnología debe ser racional, especialmente tratándose de equipo caro y complejo, y se necesitan adecuados servicios de mantenimiento. Los mecanismos innovadores para mejorar la sostenibilidad de los hospitales incluyen planes de recuperación de costos, fondos rotatorios y especiales e impuestos para fines específicos, cuya eficacia general aún no se ha evaluado plenamente.

25. Los nuevos conceptos, enfoques, técnicas y metodologías deben basarse en pruebas científicas, y es preciso colmar urgentemente el vacío de la investigación hospitalaria. Se deben realizar nuevos estudios que aborden la complejidad de los diferentes tipos de sistemas de hospitales en un medio sociopolítico cambiante, los nuevos mecanismos de financiación y los progresos de la tecnología sanitaria. Los problemas de la mundialización, la redistribución y la reglamentación exigirán una atención urgente y focalizada así como el desarrollo de mecanismos y conocimientos que permitan hacer frente a esos problemas en la esfera de la inversión y la gestión hospitalarias. La OMS debería cooperar con los países en el intercambio de ideas y experiencias y sacando enseñanzas de los éxitos y fracasos. Hace falta una acción internacional concertada para ayudar a los países en esta esfera decisiva.

ENCONTRAR EL DINERO: LOS DILEMAS QUE AFRONTAN LOS MINISTROS

26. En general, cuando el PIB por habitante aumenta, también lo hacen la parte del PIB que se gasta en salud y la parte correspondiente al sector público de ese gasto. Muchos sistemas de salud están segmentados, con diferentes *sistemas de salud+para diferentes grupos sociales, lo que suele dar lugar a una deficiente atención a

los pobres. Un enfoque innovador consiste en pasar de esa organización segmentada del sistema de salud a otra más funcional que reconozca las diferentes funciones de los sectores público y privado en los diferentes cometidos.

27. Entre las fuentes de financiación del sector sanitario figuran las familias, las empresas, las organizaciones no gubernamentales y los organismos donantes, y a ello se suma el dinero recaudado por los gobiernos, los organismos de seguridad social y los fondos de seguros, o aportado directamente por los dispensadores. Los ministros de salud compiten con los otros ministros por su asignación en el presupuesto anual y tienen que ser capaces de convencer a sus gobiernos de la importancia de la salud como inversión en el desarrollo.

28. La financiación externa es importante en muchos países en desarrollo, y varios participantes informaron de la creación de nuevos vínculos de asociación entre el gobierno y los donantes, por ejemplo, para la asistencia a sectores en lugar de a proyectos, o la creación de *fondos fiduciarios+ para la salud a fin de financiar insumos o servicios específicos.

29. Si bien los participantes estimaron que los países debían orientarse más hacia sistemas de pagos por anticipado, la viabilidad y conveniencia de las distintas opciones de financiación (seguro social de enfermedad, planes basados en la comunidad) dependen fundamentalmente del contexto local. Quizá el asunto más difícil y polémico para los ministros sea la función de los derechos que se cobran a los usuarios. La mayoría de los países, pero no todos, cobran derechos en los establecimientos de salud públicos. Algunos participantes atribuyeron ese hecho al reconocimiento de que los ingresos gubernamentales no bastan para financiar todos los servicios necesarios. Según otros, la función potencial de los derechos sería limitar la demanda de servicios e influir en el comportamiento de los usuarios (por ejemplo, *orientando+ a la gente hacia la atención primaria en lugar de los hospitales). Sin embargo, los países, tanto pobres como ricos, son conscientes de que el cobro de derechos entraña un conflicto entre la necesidad de allegar ingresos adicionales y la de asegurar el acceso a la atención a quienes la necesitan, sobre todo porque las medidas para exonerar del pago a los pobres han demostrado ser difíciles de aplicar. Tal vez sea éste el principal dilema que hay que abordar en la política de financiación de la salud.

30. Entre los enfoques para administrar mejor el dinero y aumentar la eficiencia figuran los siguientes:

- C modificar los acuerdos con los dispensadores (por ejemplo, mayor autonomía de los hospitales, contratos vinculados al rendimiento);
- C modificar la función de los ministerios de salud (insistir más en el establecimiento de normas y reglamentos y menos en el aspecto de las prestaciones);
- C pasar del sistema de subvención de la prestación de servicios al de subvención de la demanda de servicios (es decir, un sistema de vales);
- C modificar la actitud de los agentes de salud mediante el establecimiento de nuevos acuerdos de empleo e incentivos, por ejemplo desvinculando su labor de la administración pública;
- C aumentar la cooperación regional entre los países pequeños, por ejemplo en lo referente a planes de seguros y medicamentos;
- C generar vínculos de asociación inteligentes entre los sectores público y privado;

C poner un tope a los costos en esferas tales como los medicamentos; fomentar la utilización de los productos genéricos;

C aprovechar mejor los recursos invirtiendo en servicios preventivos y de nivel primario.

31. Las metas de salud *cambiantes+ (nuevas enfermedades, poblaciones que envejecen) aumentan las dificultades de los ministerios de salud para llegar a un equilibrio entre la obtención de recursos y el gasto del dinero. Es importante tener en cuenta las consideraciones científicas y políticas. La mundialización está creando problemas a los países pobres, en particular por los acuerdos de libre comercio y la migración de los agentes de salud. Los países ricos tienen una responsabilidad a ese respecto.

VIH/SIDA: ESTRATEGIAS PARA SOSTENER UNA RESPUESTA ADECUADA CONTRA LA EPIDEMIA

32. Los retos afrontados por los ministros se ejemplificaron en la situación de un país de África austral en el que se ha declarado el estado de emergencia en relación con el VIH/SIDA. La prevalencia de seropositivos entre los adultos ha alcanzado el 22%. Los hospitales están sobrecargados y no existen estructuras comunitarias sólidas para apoyar a las personas que viven con el VIH/SIDA.

33. Un compromiso gubernamental de alto nivel contra el VIH/SIDA es condición previa necesaria para una respuesta nacional sostenible y eficaz. Otros elementos esenciales de la respuesta son: actividades de base comunitaria que se asienten en un sistema de salud pública vigoroso; un enfoque multisectorial; una amplia educación del público; el fomento de un nivel de utilización de preservativos del 100%, especialmente en los grupos vulnerables, como los trabajadores del sexo; y la enseñanza a los escolares de las aptitudes para la vida, con el fin de que sepan protegerse.

34. La negación de los hechos y la autosatisfacción son actitudes que han entorpecido gravemente una acción oportuna y eficaz. Una responsabilidad clave de los gobiernos es la de ser el principal promotor de las actitudes abiertas y de aceptación en relación con el VIH/SIDA en todos los niveles. Para que los jóvenes adquieran los conocimientos y las aptitudes que necesitan para protegerse, es necesario enseñarles a prevenir el VIH y las infecciones de transmisión sexual, junto con un debate abierto de la sexualidad en las escuelas.

35. Se ha demostrado que la participación de las personas que viven con el VIH/SIDA en la promoción y la educación del público es muy eficaz para obtener apoyo social y combatir la discriminación y el secretismo.

36. No hay que tolerar la existencia de dos categorías de ciudadanos en relación con el acceso a los tratamientos de eficacia demostrada. Se ha establecido el *Fonds de Solidarité thérapeutique internationale* como primera medida para lograr la equidad en el acceso a los tratamientos antirretrovíricos de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y, en última instancia, a los tratamientos de las enfermedades relacionadas con el VIH. Se precisarán asociaciones con la sociedad civil, las organizaciones internacionales, los gobiernos nacionales y el sector privado para dar apoyo financiero y técnico a esta iniciativa.

37. En el desarrollo de medicamentos y vacunas es necesaria la solidaridad internacional. Con el fin de asegurar un acceso más amplio a los medicamentos antirretrovíricos, los países necesitan el apoyo de las organizaciones internacionales a la hora de negociar precios más bajos con la industria. Para tener mejor acceso a los medicamentos, los países de una misma región deberían negociar juntos, y no por separado. Es necesaria la participación de la industria para ampliar el acceso a los medicamentos contra el VIH/SIDA.
38. Por obligación moral y en interés propio, hay que apoyar el esfuerzo concertado para desarrollar una vacuna utilizable contra todas las cepas víricas. Se precisa una inversión de muchos millones de dólares en el desarrollo de vacunas y microbicidas.
39. La asignación de fondos para las actividades mundiales contra el VIH/SIDA exige un examen urgente por parte de los organismos internacionales interesados. Hay que evaluar las sumas de dinero asignadas a consultorías, conferencias y talleres en relación con las actividades en los países.
40. Muchos consideran que la prevención de la transmisión de la madre al niño es el sector que debe beneficiarse con prioridad del acceso a los medicamentos antirretrovíricos. Los participantes pidieron a la OMS que cooperara con los países en la prestación de un apoyo pleno a las intervenciones correspondientes: el funcionamiento de los servicios de salud prenatal e infantil; la provisión de antirretrovíricos; el asesoramiento y las pruebas voluntarias; la planificación de la familia; y el apoyo a la alimentación alternativa. Algunos participantes notificaron que hay madres VIH positivas a quienes se les informa sobre los riesgos de la transmisión de la infección a través de la lactancia natural pero no se les facilitan los otros elementos de apoyo precisados. La supervivencia de los hijos de la mayoría de esas madres depende de la lactancia natural. Quienes pueden costearse los sucedáneos de la leche materna a menudo carecen de agua limpia y de instalaciones de cocina para prepararlos de forma higiénica. Los participantes exhortaron a la comunidad internacional a apoyar las intervenciones que previenen esas *amargas+defunciones, que las madres saben que podrían evitarse con la tecnología actualmente disponible.
41. La notificación a las parejas con el consentimiento de la persona que vive con el VIH forma parte de los procedimientos de asesoramiento en determinados países. En varios países, cuando no puede obtenerse el consentimiento se recomienda a los médicos que no interfieran. Se han preparado directrices sobre las condiciones que deben reunirse para que los profesionales de la salud informen a las parejas cuando no pueda obtenerse un consentimiento explícito. Quedó claro que no hay acuerdo en cuanto al anonimato de los informes y a la notificación a las parejas sin el consentimiento explícito de las personas infectadas.
42. La confidencialidad compartida, esto es, la participación en el asesoramiento de un amigo íntimo o un pariente con el consentimiento de la persona afectada, es un prometedor enfoque que parece aumentar la aceptación de la revelación a terceros y permite afrontar mejor la situación y planificar mejor el futuro.
43. Los participantes manifestaron su preocupación de que el derecho a la privacidad de la persona que vive con el VIH pueda estar en conflicto con el derecho de otros a la protección. La clave de la cuestión reside en el buen asesoramiento, que lleve a una notificación voluntaria, y en la lucha contra la discriminación y la estigmatización.

= = =