



AUMENTO DE LAS INVERSIONES EN RESULTADOS SANITARIOS PARA LOS POBRES

SEGUNDA REUNIÓN CONSULTIVA SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD

Octubre de 2003 • Ginebra, Suiza



Organización Mundial de la Salud

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud: Aumento de las Inversiones en

Resultados Sanitarios para los Pobres (2a: 2003: Ginebra, Suiza)

Aumento de las Inversiones en Resultados Sanitarios para los Pobres: Segunda

Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y salud.

1. Estado de salud 2. Pobreza 3. Prestación de atención de salud - organización e administración 4. Inversiones 5. Desarrollo económico 6. Cooperación intersectorial I. Título.

ISBN 92 4 359172 X

(Clasificación NLM: WA 30)

© Organización Mundial de la Salud 2004

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Comercialización y Difusión, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a la Oficina de Publicaciones, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y exacta. La Organización no podrá ser considerada responsable de ningún daño causado por la utilización de los datos.

Impreso en Malta.



AUMENTO DE LAS INVERSIONES EN RESULTADOS SANITARIOS PARA LOS POBRES

SEGUNDA REUNIÓN CONSULTIVA SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD

Octubre de 2003 • Ginebra, Suiza



Organización Mundial de la Salud

Siglas

- AOD: Asistencia oficial para el desarrollo
CMS: Comisión sobre Macroeconomía y Salud
DELP: Documentos de estrategia de lucha contra la pobreza
FMI: Fondo Monetario Internacional
NEPAD: Nueva Alianza para el Desarrollo de África
OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
ORAS: Organismo Andino de Salud

Concepción y producción: Agnès Leotsakos
Redacción: Valerie Crowell, Agnès Leotsakos
Con la contribución de: Tom O'Connell, Silvia Ferazzi, Padma Shetty
Secretario Ejecutivo
de la Unidad de Apoyo a la CMS: Sergio Spinaci
Grafismo y diseño: IMAGIC SARL



Organización Mundial de la Salud - Unidad de Apoyo a la CMS
20 Avenue Appia - CH-1211 Ginebra 27 - Suiza - www.who.int/macrohealth

Llamamiento para que mejore la salud de los pobres



Durante los últimos años se ha ido fraguando un consenso en materia de salud pública mundial: el desarrollo socioeconómico sólo se puede lograr si se promueve resueltamente la aplicación de políticas que favorezcan a los pobres, enmarcadas en estrategias de desarrollo viables y financiadas mediante un importante aumento de las inversiones en salud. Hemos sido testigos de logros notables, en particular el aumento de la atención que los formuladores de políticas prestan a la salud de los pobres y los recientes incrementos de la asistencia en pro de la salud. Pero para atender las verdaderas necesidades sanitarias de los pobres se necesitan más recursos y más determinación. Si no se actúa con prontitud y decisión, muchas más personas morirán o enfermarán por causas evitables, atrapando a sus familias en la pobreza y menoscabando el crecimiento económico y el desarrollo.

El planteamiento de la OMS en materia de macroeconomía y salud es una respuesta a la petición de los países en desarrollo de que se les preste ayuda para analizar sus situaciones sanitarias y las políticas y opciones de movilización de recursos adicionales en favor de la salud, y para utilizar los recursos existentes de modo más eficiente. Esas actividades respaldan la elaboración de planes de inversión sanitaria que atienden las prioridades de salud en el marco macroeconómico general, y reúnen a ministros de salud, finanzas y planificación con los asociados en el desarrollo para impulsar la ejecución de un programa común que aumente las inversiones sanitarias y suprima los obstáculos institucionales y del sistema de salud, lo que mejora la capacidad de absorción de los recursos adicionales. Todo ello favorece el logro de las principales prioridades de la OMS, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las metas nacionales de desarrollo.

Con ese espíritu de alianza mundial, la OMS ha convocado una serie de reuniones consultivas de ámbito regional y mundial que han propiciado el intercambio de las experiencias adquiridas y de las lecciones extraídas en la aplicación y el desarrollo de los procesos de macroeconomía y salud en los países. En junio de 2002 se reunieron los representantes de los ministerios de salud, finanzas y planificación de 20 países con ocasión de la Primera Reunión Consultiva sobre Respuestas Nacionales al Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. La Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud, «Aumento de las Inversiones en Resultados Sanitarios para los Pobres», celebrada en octubre de 2003, supuso la culminación de un año de trabajos de traducción de las recomendaciones del Informe de la CMS en acciones concretas en los países.

Fruto de la reunión de octubre, en la que participaron representantes de alto nivel de 40 países, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y otros asociados en el desarrollo, fue el logro de un compromiso auténtico y la elaboración de una Declaración, respaldada unánimemente por los países. Los participantes identificaron las cuestiones que había que afrontar con más urgencia, en particular las opciones para la movilización de recursos, las limitaciones de los recursos humanos y la armonización de la financiación de donantes. Al cabo de tres días de fecundos debates los países reafirmaron su deseo de elaborar planes de inversiones sanitarias que abordaran esas y otras cuestiones y prestaran particular atención a las necesidades de los pobres en materia de salud.

Queda ahora mucho trabajo pendiente, y esta Reunión Consultiva es sólo un paso del proceso de importancia vital que tiene que conducir a la acción y a los resultados. En el presente informe figuran la documentación y los resultados de la Segunda Reunión Consultiva. Espero que propicie la reflexión y transmita el impulso fenomenal que se precisará para lograr los objetivos que nos hemos marcado, para nosotros y para el mundo.

*Dra. Kerstin Leitner
Subdirectora General
Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables*

ÍNDICE

	Página
Prólogo	iii
Introducción: Macroeconomía y salud	1
Inicio de las actuaciones	3
La reunión preparatoria delimita el marco de trabajo de los debates de la reunión consultiva	4
Mejorar la eficacia y eficiencia de los sistemas de salud y hacer un seguimiento de los resultados	4
Convertir la salud en una parte esencial de la estructura macroeconómica y aumentar la asignación de los recursos internos destinados a la salud.	5
Mejorar la previsibilidad de la financiación externa y la coordinación con las entidades asociadas	6
Resumen de las recomendaciones de los grupos de trabajo.	7
Reunión consultiva sobre macroeconomía y salud	10
Medidas subsiguientes relacionadas con las actividades de macroeconomía y salud	12
Mantener el compromiso político: la salud es una parte fundamental del desarrollo sostenible.	12
Movilizar una mayor cantidad de recursos internos	12
Mejorar la coordinación con las entidades asociadas	13
Extractos de los discursos	13
Documentos de la reunión consultiva	17
Cobertura informativa mundial de la reunión consultiva	18
Rueda de prensa	18
Conclusión: Preparar las condiciones para aumentar la inversión sanitaria y crear sistemas de salud más fuertes y equitativos	19
Declaración	21

Todos los anexos figuran en el CD-ROM adjunto

Introducción



Macroeconomía y salud

La salud es un objetivo prioritario por sí mismo, así como un elemento fundamental para el desarrollo. La salud es esencial para reducir la pobreza y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Pese al dinamismo del entorno sanitario mundial, que es más robusto, goza de mayor sensibilización pública, mayor compromiso político y más recursos económicos, importantes enfermedades siguen siendo la causa de una elevada tasa de morbilidad y mortalidad, y desbordan los sistemas de salud públicos en todo el mundo. Salvo que la comunidad internacional se comprometa a realizar inversiones a largo plazo en salud de forma constante, las comunidades y los países pobres continuarán padeciendo los gravísimos efectos de esta «doble crisis», provocada por enfermedades de consecuencias devastadoras que desbordan sistemas de salud ya deficientes.

Esto puede derivar en un círculo vicioso de mala salud, pobreza y estancamiento o recesión económicos. Las personas enfermas o agonizantes no pueden salir de la pobreza por sí mismas; los niños enfermos o malnutridos no pueden ir a la escuela y desarrollar todo su potencial; y la población afectada por enfermedades graves no puede contribuir al crecimiento socioeconómico de su país.

La relación causal recíproca entre salud y crecimiento económico, mencionada por primera vez en el Informe 2001 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, está ahora ampliamente reconocida. En respuesta a las conclusiones del informe de la Comisión y a la urgente necesidad de adoptar medidas, la Estrategia de la OMS en materia de macroeconomía y salud moviliza apoyo para los países que sitúan la salud como parte fundamental de su programa de desarrollo. Esta labor incluye el examen de otras estrategias dentro y fuera del sector sanitario, con el fin de respaldar las actividades destinadas a aumentar los recursos y las inversiones sanitarios; además proporciona asesoramiento sobre planes a largo plazo que permitan a los países aumentar su capacidad para utilizar una mayor cantidad de fondos de forma eficaz, eficiente y equitativa. El proceso de macroeconomía y salud complementa otros instrumentos de desarrollo, como los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) y los enfoques sectoriales, al asegurar que las dificultades a que se enfrentan los sistemas de salud y las cuestiones relativas a la equidad reciben la atención adecuada y son debidamente analizadas. Son muchos los países que desde 2001 han decidido seguir las recomendaciones de la Comisión y emprender programas de macroeconomía y salud, que ahora están en marcha en más de 30 países en todo el mundo.

Entre el 28 y el 30 de octubre de 2003 se celebró un importante acontecimiento como parte de las actividades en curso destinadas a poner de relieve la importancia de la salud en la reducción de la pobreza y en el desarrollo: los ministros de salud, finanzas y planificación de 40 países en desarrollo se reunieron con los asociados para el desarrollo en la sede de la OMS en Ginebra. En la Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud, «Aumento de las Inversiones en Resultados Sanitarios para los Pobres», se examinaron las medidas que habrá que adoptar para lograr una mayor inversión en salud y mejorar la capacidad de los países para absorber el aumento de financiación.



La reunión organizada por la OMS gozó de una amplia asistencia de funcionarios que no pertenecían al sector sanitario, lo que puso de relieve el reconocimiento de los distintos sectores de la urgente necesidad de aumentar la inversión sanitaria en todo el mundo. La reunión ofreció una oportunidad de diálogo entre los ministros de salud, finanzas y planificación, y los asociados para el desarrollo. Los delegados pusieron de manifiesto su compromiso político para lograr un fortalecimiento duradero de los sistemas de salud, y mostraron un gran interés en llegar a un consenso acerca de cómo los países y sus asociados pueden transformar

sus promesas internacionales y nacionales en intervenciones, tal y como se recoge en la declaración dimanante de la reunión consultiva.

En los últimos años, se ha prestado una mayor atención a la necesidad de mejorar la salud como condición necesaria para reducir la pobreza, a medida que los gobiernos de los países en desarrollo asignan más recursos a la consecución de los ODM.

El proceso de macroeconomía y salud dirigido por los países ofrece recomendaciones sobre cómo lograr esos objetivos, y contribuye a conseguir el compromiso de las altas instancias políticas para asignar más recursos a la salud. El informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud ha sido decisivo a la hora de abogar por un aumento considerable de los recursos económicos destinados a la salud, tanto en lo que se refiere a la reasignación interna de recursos, como a los fondos que aportan los donantes con el fin de subsanar el déficit de financiación. El proceso de macroeconomía y salud permite ayudar a los países a hacer frente a sus limitaciones institucionales y estructurales, así como a hacer un uso óptimo de sus escasos recursos sanitarios. Al mismo tiempo, este proceso contribuye a mejorar la coordinación con los asociados internacionales y aumenta la previsibilidad de las inversiones de los donantes.

Inicio de las actuaciones

La Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud, «Aumento de las Inversiones en Resultados Sanitarios para los Pobres», se celebró dos años después de la presentación pública del Informe 2001 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, que recomendaba que la ayuda de los donantes destinada a la salud pasara del nivel actual situado alrededor de los US\$ 6 000 millones anuales a US\$ 27 000 millones antes de 2007. La Comisión también pidió que los países en desarrollo dedicaran más recursos presupuestarios a la salud pública y que se adoptaran más medidas políticas y estructurales que en los últimos decenios, con el fin de lograr mejoras reales en materia de salud.

La Segunda Reunión Consultiva tuvo lugar tras la Primera Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud, celebrada en junio de 2002, donde varios países en desarrollo acordaron seguir las recomendaciones del informe de la CMS y aprobaron un amplio plan de ámbito nacional.



Sin embargo, un año y medio después de la reunión de junio, la comunidad internacional todavía no ha aumentado la inversión sanitaria lo suficiente como para que puedan medirse sus efectos con relación a las principales enfermedades que afectan a los pobres del mundo. La Segunda Reunión Consultiva ofreció una oportunidad sin precedentes para centrar el

debate y llegar a un consenso sobre la adopción de medidas urgentes necesarias para mejorar el desempeño del sector sanitario y generar un ambiente propicio mediante una financiación mayor y más adecuada.

Más de 350 participantes asistieron a la reunión, entre éstos representantes de 27 países de ingresos bajos y de 13 países de ingresos medios, así como 18 donantes importantes, de los que 14 eran países y cuatro fundaciones y bancos internacionales. Entre los participantes figuraban representantes de países de las seis regiones de la OMS:

África, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Europa, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Asimismo, la reunión contó con la participación de 31 ministros de salud y 18 ministros de finanzas o planificación de los países invitados. Entre los participantes también se encontraban 197 funcionarios de alto nivel de los ministerios de salud, finanzas y planificación.

También asistieron a la reunión altos representantes del Fondo Monetario Internacional (FMI), de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y del Banco Mundial. Asimismo, estuvieron representadas entidades regionales como la Nueva Alianza para el Desarrollo de África (NEPAD), el Organismo Andino de Salud (ORAS) y la Comisión

Según las estimaciones del informe de la CMS, el gasto mínimo medio necesario para ampliar un conjunto de intervenciones esenciales asciende a US\$ 34 anuales por persona. En muchos de los países más pobres del mundo el gasto total medio sanitario es aproximadamente de US\$ 11 anuales por persona.

de la Unión Africana, así como 10 organizaciones de las Naciones Unidas, 11 instituciones académicas y seis organizaciones no gubernamentales. En el anexo 1 figura la lista de participantes.

La reunión consultiva empezó el 28 de octubre con la celebración de una sesión preparatoria de un día de duración que aglutinó a responsables políticos de alto nivel de los ámbitos de la salud, la economía y la planificación de los países participantes, con el fin de examinar cuestiones operacionales de política decisivas en el proceso de macroeconomía y salud en curso. El debate de la sesión preparatoria sirvió para avivar las deliberaciones mantenidas durante la reunión consultiva ministerial. En el anexo 2 figura el orden del día detallado de esa reunión.

La reunión preparatoria delimita el marco de trabajo de los debates de la reunión consultiva



Con el fin de sentar las bases de la reunión consultiva, el 28 de octubre se celebraron reuniones técnicas, para las que los participantes se dividieron en tres grupos de trabajo temáticos. La sesión preparatoria brindó la oportunidad de examinar cuestiones relativas a los tres temas principales de la reunión consultiva:

- Mejorar la eficacia de los sistemas de salud y hacer un seguimiento de los resultados (grupo de trabajo 1).
- Convertir la salud en una parte esencial de la estructura macroeconómica del país y aumentar la asignación de recursos internos destinados a la salud (grupo de trabajo 2).
- Mejorar la previsibilidad de la financiación externa y la coordinación con las entidades asociadas (grupo de trabajo 3).

Estos temas fueron examinados durante la reunión consultiva mediante exposiciones y deliberaciones entre los delegados de los países, los expertos y los representantes de los organismos de desarrollo.

Mejorar la eficacia y eficiencia de los sistemas de salud y hacer un seguimiento de los resultados

El grupo de trabajo 1, presidido por la Profesora Anne Mills de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, brindó la oportunidad de examinar cómo mejorar la efectividad y eficiencia de los sistemas de prestación de servicios de salud y hacer un seguimiento de los resultados. En la reunión se observó que hay tres elementos fundamentales que garantizan el buen funcionamiento de un sistema de salud: establecer prioridades realistas en materia de salud, introducir elementos institucionales y estructurales en los sistemas de salud, y establecer mecanismos eficaces que permitan hacer un seguimiento de la gestión y los resultados sanitarios.

El establecimiento de prioridades en los países empieza con el acuerdo entre las principales partes interesadas para elaborar un marco de referencia general, con objetivos consensuados

y recursos suficientes para financiar las intervenciones. El compromiso político se obtiene mediante la participación permanente de los gobiernos y sus entidades colaboradoras en

El compromiso político de todos los sectores, la existencia de datos concluyentes en que basar el establecimiento de prioridades y hacer un seguimiento de los resultados, y la reducción de las limitaciones de recursos humanos son fundamentales para mejorar la eficacia de los sistemas de salud.

todos los aspectos de la labor de análisis, planificación y ejecución. Para establecer eficazmente las prioridades nacionales en materia de salud, los participantes estimaron que era preciso realizar una evaluación realista de los componentes de los sistemas de prestación de servicios de salud, basándose en datos observables. Los gobiernos pueden proceder con intervenciones prioritarias destinadas a los grupos más pobres. Al examinar los componentes de un sistema de salud más eficaz, los países coincidieron en que los gobiernos deben garantizar el acceso de los pobres a los servicios de salud esenciales. Para lograr ese objetivo, deberán abordarse las limitaciones de recursos humanos y habrá que reforzar la gestión del sector sanitario. Por último, a fin de crear mecanismos de vigilancia más eficaces, los países han de invertir en sistemas de información y en datos de calidad. Los gobiernos tomarán la iniciativa a la hora de coordinar el desarrollo de los sistemas de información para evitar la duplicación de esfuerzos, y el sector privado pondrá los datos de que disponga a disposición del público, a fin de garantizar que el sector público y el sector privado responden de los resultados obtenidos.

Convertir la salud en una parte esencial de la estructura macroeconómica y aumentar la asignación de los recursos internos destinados a la salud

Las reuniones del grupo de trabajo 2 estuvieron presididas por el Dr. Peter Heller, Subdirector del Departamento de Asuntos Fiscales del Fondo Monetario Internacional, por Alexander Preker, Economista en Jefe de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, y por Pablo Gottret, Economista Superior del Programa de Desarrollo Humano del Banco Mundial. Los delegados analizaron cómo convertir la salud en una parte fundamental del marco normativo macroeconómico y aumentar los recursos internos destinados a la salud. Las deliberaciones giraron en torno a tres áreas principales: el examen de mecanismos óptimos de coordinación multisectorial destinados a integrar las inversiones sanitarias en favor de los pobres en

La movilización de recursos internos en pro de la salud puede realizarse mediante la reasignación de gastos, una mayor eficacia en el uso de los recursos, un mayor esfuerzo para obtener ingresos y un aumento de las alianzas publicoprivadas. Los países han de fijarse objetivos ambiciosos basados en estructuras fiscales realistas.

los planes de desarrollo; el establecimiento de distintos medios que permitan reasignar los recursos internos; y la consolidación de alianzas privadas, públicas y externas a fin de mejorar la salud de los pobres.

Con el fin de garantizar que las inversiones sanitarias en pro de los pobres se integren en los planes generales de desarrollo, los participantes observaron que era esencial que diferentes ministerios y sectores interviniesen en el diálogo. Esta amplia participación es importante a la hora de adoptar decisiones con respecto al modo de priorizar el aumento del gasto en los distintos sectores. Los países deben ser quienes impulsen este proceso, ya sea mediante los DELP u otras iniciativas de desarrollo, y han de adoptar un punto de vista creativo con relación a la manera de alcanzar objetivos de desarrollo ambiciosos, manteniendo al tiempo,

un régimen fiscal que se ajuste a la realidad. Cuando se examinó la manera de generar y asignar más recursos internos en favor de la salud, entre las ideas



propuestas se plantearon las reformas fiscales (en particular la introducción de impuestos que benefician a todas las partes) y la reasignación de gastos dentro y fuera del sector sanitario a fines más eficaces.

La estabilidad macroeconómica también es decisiva para alcanzar un crecimiento económico real, y aumentar, de este modo, los recursos nacionales en su conjunto. Por último, debe definirse claramente el papel de las alianzas publicoprivadas, y describirse la manera en que éstas complementarán al sector público en la financiación y la prestación de servicios de salud. Asimismo, se señaló que incluso el empleo más eficaz de los recursos internos no sería suficiente en los países más pobres, y que las donaciones y el alivio de la carga de la deuda serían importantes fuentes de fondos externos adicionales. Los países deben velar por que la estrategia que adopten favorezca a los pobres y por que los cambios demográficos y el aumento de las enfermedades no transmisibles no desvíen el gasto sanitario destinado a las poblaciones pobres y rurales.

Mejorar la previsibilidad de la financiación externa y la coordinación con las entidades asociadas

En el grupo de trabajo 3, presidido por Paul Isenman, Jefe de la División de Coordinación de Políticas de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Carin Norberg, Directora Ejecutiva de Transparency International, se examinó cómo mejorar la eficacia, previsibilidad y coordinación de la financiación externa. Se dijo que deben analizarse las tendencias y los datos más recientes en materia de asistencia para el desarrollo, y que han de evaluarse distintos métodos para aumentar la financiación. Los fondos destinados a la

Con el fin de aumentar la coordinación entre los países en desarrollo y sus asociados, es necesario armonizar los procedimientos de los donantes y que los compromisos de éstos se traduzcan en desembolsos a su debido tiempo.

asistencia para el desarrollo en pro de la salud aumentaron en su conjunto en US\$ 1700 millones entre 1999 y 2002, siendo las intervenciones contra el VIH/SIDA las que registraron el mayor aumento. Varios participantes reconocieron que la estrategia de macroeconomía y salud había tenido efectos en la consecución de ese importante resultado.

Los participantes de los países estimaron que sería importante mejorar el acceso de los países en desarrollo a los datos sobre asistencia externa y aumentar la capacidad de los países para hacer uso de éstos. Asimismo, pidieron que las cantidades comprometidas por los donantes se tradujeran en donaciones con mayor celeridad y que mejorase la previsibilidad de la ayuda, dado que las decisiones presupuestarias relativas al uso de la asistencia externa se adoptan en función de dichos compromisos. También hay que determinar los criterios comunes que deben seguir los donantes para solicitar información sobre los resultados sanitarios, e invertir en mejorar la capacidad de los países para seguir de cerca, supervisar y evaluar los datos sobre los resultados nacionales de las inversiones

sanitarias procedentes de la asistencia externa. Los países estimaron que la asistencia para el desarrollo debe centrarse en mayor medida en los sistemas de salud, así como en otros sectores que puedan tener efectos en la salud y en los ODM relacionados con la salud. Por último, los participantes observaron la necesidad de mejorar la coordinación entre las prioridades y las políticas nacionales y la asistencia externa, y destacaron el papel fundamental que pueden desempeñar organizaciones multilaterales internacionales, como la OMS.

Las exposiciones y deliberaciones de los tres grupos de trabajo propiciaron un amplio y prolongado debate sobre los temas de la reunión. En el anexo 3 figura la lista de participantes de los grupos de trabajo. Al final de la sesión preparatoria, los presidentes elaboraron un resumen de la reunión celebrada por sus respectivos grupos de trabajo, que se presentaron en la reunión consultiva del día siguiente a los ministros de salud, planificación y finanzas, y a los representantes de los donantes. En el anexo 4 figura una descripción más detallada de los resultados de los grupos de trabajo. Las exposiciones de los tres grupos pueden consultarse en el sitio web:

Resumen de las recomendaciones de los grupos de trabajo

Temas de debate de los grupos de trabajo	Recomendaciones de los grupos de trabajo	
<p>Tema I</p> <p>Mejorar la eficacia de los sistemas de salud y hacer un seguimiento de los resultados</p>	<p>1. Establecer prioridades nacionales en materia de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los componentes de los sistemas de salud • Garantizar el mantenimiento de la calidad y la demanda de la asistencia sanitaria • Establecer prioridades en todos los sectores que puedan tener efectos en la salud • Velar por que los sistemas locales de salud lleguen a los grupos más pobres • Difundir los datos de que se disponga mediante bases de datos y sistemas de información fiables
	<p>2. Hacer frente a las limitaciones institucionales y estructurales y aprovechar las oportunidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar especial atención a la planificación y vigilancia de los servicios de salud distritales y al análisis de las limitaciones, y establecer una combinación óptima de servicios periféricos y fijos destinados a los grupos vulnerables • Centrarse en mejorar los recursos humanos: aumentar su número, corregir su mala distribución y mejorar sus competencias • Ofrecer incentivos y recompensar los buenos resultados; promover la capacidad de gestión • Promover la movilización social. Mejorar el acceso y la financiación de la atención mediante la evaluación y optimización de la función de las ONG locales
	<p>3. Hacer un seguimiento de los resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Invertir en sistemas de información y datos de calidad para realizar verificaciones y evaluaciones • Aplicar un enfoque integrado para evitar la creación de múltiples sistemas de información • Posibilitar el acceso a los datos del sector privado y a los resultados de las actividades de seguimiento con el fin de garantizar una gestión responsable a todos los niveles, incluidos los dispensadores privados

Temas de debate de los grupos de trabajo

Recomendaciones de los grupos de trabajo

Tema 2

Convertir la salud en una parte esencial de la estructura macroeconómica del país y aumentar la asignación de los recursos internos destinados a la salud

1. Integrar las inversiones sanitarias en favor de los pobres en los planes de desarrollo nacionales

2. Opciones que permitan generar y asignar recursos internos en pro de la salud

3. Participación de alianzas públicas y privadas y de asociados externos

- Fomentar el diálogo entre la comunidad sanitaria internacional, los ministros de finanzas y planificación y los ministros de salud
- Aplicar enfoques multisectoriales (políticas destinadas a mejorar el acceso a la educación, el agua salubre y los sistemas de saneamiento)
- Los países son principalmente quienes deben promover la adopción de un conjunto de políticas gubernamentales que permita mejorar la salud
- Establecer objetivos ambiciosos y adoptar un punto de vista innovador para resolver las dificultades
- Impulsar la movilización de recursos internos (mediante reformas fiscales y un aumento de los esfuerzos destinados a obtener ingresos)
- La movilización de recursos internos puede lograrse de diversos modos, a saber:
 - la redistribución de los gastos del presupuesto nacional
 - la redistribución de los gastos del presupuesto sanitario
 - la búsqueda de intervenciones y tratamientos menos costosos
 - un uso más eficaz de los recursos
- Promover la estabilidad macroeconómica y la prevención de crisis financieras
- Concentrar el gasto público en los pobres
- Los enfoques sectoriales y el apoyo presupuestario no condicionado puede facilitar la obtención del máximo beneficio a partir de los recursos externos. Una buena gestión puede asegurar la continuidad de la ayuda de los donantes
- Involucrar al sector privado y definir su papel a la hora de financiar y prestar servicios de salud. Velar por que los gastos directos sirvan para obtener los máximos resultados sanitarios y se utilicen en planes de mancomunación de riesgos
- Los donantes deben asegurar el mantenimiento y previsibilidad de la asistencia externa para favorecer programas que estén bien planteados. Es indispensable que la financiación de los donantes se realice mediante donaciones y el alivio de la carga de la deuda

Temas de debate de los grupos de trabajo

Recomendaciones de los grupos de trabajo

1. Flujos de ayuda para el desarrollo: evaluar las tendencias en materia de asistencia y estudiar cómo aumentar la financiación

- La asistencia para el desarrollo destinada a la salud ha aumentado desde 1998, siendo las intervenciones contra el VIH/SIDA las que han registrado el mayor crecimiento
- Informar a los países de los desembolsos realizados por los donantes y de los fondos comprometidos. La OMS debe continuar colaborando con la OCDE para poner en marcha un sistema de seguimiento y vigilancia de la asistencia para el desarrollo
- Velar por que los fondos comprometidos por los donantes se traduzcan en desembolsos puntualmente. Determinar medidas que permitan mejorar la previsibilidad de los flujos de ayuda y hacer hincapié en la asistencia multilateral y en el compromiso de fondos para varios años

- Determinar criterios comunes para informar sobre los resultados sanitarios. Se reconoció que la «sanimetría» es un mecanismo adecuado

- Robustecer la capacidad de los países a todos los niveles para seguir de cerca, vigilar y evaluar los datos sobre los resultados de las inversiones sanitarias

- La asistencia sanitaria externa debe incluir el análisis de su posible eficacia, teniendo en cuenta los sistemas de salud existentes; ha de favorecerse el desarrollo de la capacidad de éstos

- Los recursos externos no deben sustituir a las inversiones internas. Los marcos macroeconómicos han de ser más flexibles y sensibles a la necesidad de inversiones sanitarias. La asistencia externa en pro de la salud debe realizarse en forma de donaciones innovadoras y menos condicionadas, y adaptarse a las prioridades de los gobiernos

- Las prioridades de los países beneficiarios deben favorecer a los pobres, ser transparentes e innovadoras a la hora de promover el bien público

- La asistencia ha de apoyar a los sectores relacionados con la salud (educación, agua y saneamiento)

- Prestar asistencia técnica a los países mediante organizaciones internacionales como la OMS

- Armonizar la asistencia externa y la distribución de recursos internos

- La reunión consultiva de la CMS y otras actividades similares constituyen mecanismos útiles que facilitan el intercambio de información Sur-Sur

- Determinar qué tipo de asistencia es necesaria para que los países puedan alcanzar los ODM

Tema 3

Mejorar la previsibilidad de la financiación externa y la coordinación con las entidades asociadas

2. Mejorar la eficacia de la financiación de los donantes
3. Adoptar métodos viables de coordinación con los asociados

Reunión consultiva sobre macroeconomía y salud

El 29 de octubre de 2003, LEE Jong-wook, Director General de la OMS, inauguró oficialmente la reunión consultiva. El Dr. Lee

«El enfoque de macroeconomía y salud constituye una valiosísima guía que permitirá a los sistemas nacionales de salud proporcionar a los pobres y desfavorecidos servicios de atención de salud esenciales.»

Dr. Tadesse Kebede, Ministro de Salud de Etiopía

afirmó que son muchos los países que están aplicando las recomendaciones del Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, cuyo mensaje es claro: una de las formas más eficaces de reducir la pobreza es mejorar la salud. Los delegados escucharon las intervenciones del Profesor Lincoln Chen de la Universidad de Harvard, quien observó que el mundo se enfrenta a la «doble crisis» provocada por enfermedades de consecuencias devastadoras que desbordan los deficientes sistemas de salud de las comunidades pobres. Añadió que era urgente movilizar recursos financieros y sociales, y subrayó la importancia de consolidar una «nueva alianza» entre la salud pública y la economía. Los delegados también escucharon la intervención del Profesor Jeffrey Sachs de la Universidad de Columbia, quien destacó que si bien los países en desarrollo pueden absorber un aumento considerable de la



«Tras la epidemia de SRAS, la salud y las inversiones sanitarias pasaron a ser una prioridad política en China. Sin salud, no puede haber una sociedad más próspera o Xiaokang. Esta importante reunión consultiva ha brindado a China la oportunidad de intercambiar sus experiencias con otros países. Ha aglutinado a numerosos ministros y expertos que han venido con sus propias iniciativas de macroeconomía y salud. La estrategia de China en materia de inversión sanitaria se ocupará especialmente de las deficiencias del sistema de salud que afectan a las zonas rurales del país, de las enfermedades graves y de las poblaciones pobres, cuyas vidas deben mejorarse a medida que el país avanza económica y socialmente.»

Sr. Gao Qiang, Viceministro Ejecutivo de Salud Pública de China

asistencia para el desarrollo en pro de la salud, los fondos están muy por debajo de lo que se necesita para responder a las urgentes necesidades de los países. Sachs recalcó que los países ricos disponen ampliamente de los fondos que deben destinarse a la salud, US\$ 27 000 millones antes de 2007, e instó a los dirigentes de los países en desarrollo a que pidieran que aumente la asistencia en favor de la salud, de acuerdo con una evaluación realista de sus necesidades.

Los delegados también escucharon las exposiciones de siete países, China, Djibouti, Etiopía, Ghana, Indonesia, Mozambique y Sri Lanka, que reiteraron la relación entre la enfermedad y el desarrollo, y destacaron la labor de los países para movilizar recursos a fin de reducir la carga de morbilidad y crear sistemas de salud. En particular, los países expusieron la existencia de un mayor compromiso político a alto nivel y de estudios analíticos emprendidos como parte del proceso de macroeconomía y salud, y explicaron cómo éstos están contribuyendo a acelerar las iniciativas en curso, de conformidad con las estrategias de reducción de la pobreza de los países.

La Profesora Anne Mills de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres se centró en la escasez de recursos humanos como uno de los principales impedimentos para ampliar las intervenciones sanitarias esenciales. Pidió que se determinasen las necesidades de formación y se hiciera más atractiva la labor sanitaria para los trabajadores del sector. El Dr. Heller, del Fondo Monetario Internacional, propuso recurrir al sector privado y a medidas que beneficien a todas las partes, como la aplicación de impuestos sobre el tabaco, con el fin de movilizar

recursos; además señaló que los países pobres necesitan recursos externos. Añadió que hay que llegar a un equilibrio entre la realidad y las ambiciones, y adoptar un punto de vista pragmático sobre cómo salvar los principales obstáculos e impedimentos para ampliar la prestación de servicios de atención médica.

George Schieber del Banco Mundial presentó datos según los cuales la mejora de la situación sanitaria contribuía al 17% del aumento de la productividad de los países, lo que pone de manifiesto que las inversiones sanitarias tienen efectos positivos en la economía. También hizo hincapié en la necesidad de adoptar una estrategia en favor de los pobres: «Estudios recientes indican que las instancias normativas deben centrarse en sectores, regiones y factores de

«Djibouti es un país pobre y está plenamente decidido a mejorar la salud y la calidad de vida de su población pobre. La labor del país se vería enormemente facilitada mediante asistencia financiera externa adicional y el alivio de la carga de la deuda en favor del sector social, lo que proporcionaría los recursos necesarios para llevar a cabo una reforma del sector sanitario en pro de los pobres.»

Dr. Mahmoud Ali Youssouf, Ministro de Cooperación Internacional de Djibouti

producción dominados por los pobres... ya que existen datos que demuestran que las mejoras en esas áreas, así como una reducción de la inflación, impulsan el crecimiento y dan lugar a una redistribución progresiva». El compromiso del Banco Mundial con proyectos sanitarios es cada vez mayor, y es muy posible que durante el ejercicio económico de 2003 aporte US\$ 1700 millones para 32 nuevas operaciones, frente a los US\$ 1300 millones anuales destinados a 22 proyectos con los que contribuyó como media durante los ejercicios económicos de los años 1998 a 2002.

Los oradores también abordaron cuestiones relativas a las prioridades y los sistemas impulsados por los donantes. Paul Isenman presentó las actividades del Comité de Asistencia

para el Desarrollo (CAD) de la OCDE, destinadas a armonizar los procedimientos de los donantes, desvincular la ayuda, respetar las prioridades nacionales y reforzar la capacidad local. La Dra. Sally Stansfield, en representación de la Fundación Bill y Melinda Gates, expuso las dificultades a que se enfrentan los donantes y los problemas de ejecución de los países en desarrollo, y pidió que se atendiera la necesidad de adoptar medidas innovadoras con perspectivas favorables. La oradora dijo que era preciso que los países mostraran que con ayuda adicional podían mejorar los resultados sanitarios. Por último, el Dr. Montasser Kamal, del Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional, expresó su apoyo al robustecimiento de los sistemas de salud, dado que de ese modo los donantes podrían garantizar la sostenibilidad de las inversiones.

Tras las numerosas exposiciones, la reunión consultiva concluyó con el debate de un proyecto de declaración, que recibió el apoyo unánime de los países asistentes, y fue posteriormente adoptado por los cuatro presidentes de la reunión consultiva, los ministros siguientes:

- Sra. Sushma Swaraj, Ministra de Salud y Bienestar Familiar de la India;
- Sr. Mwesigwa Rukutana, Ministro de Estado de Finanzas, Planificación y Desarrollo Económico de Uganda;
- Sr. M. N. Khan, Ministro de Salud del Pakistán;
- Prof. Eytayo Lambo, Ministro de Salud de Nigeria.

Al adoptar la declaración, los dirigentes de los países prometieron mantener y robustecer el compromiso político y la cooperación interministerial para hacer frente a las dificultades macroeconómicas y a los problemas relacionados con la salud. Abogaron por la movilización urgente de recursos internos en pro de la salud, mediante, por ejemplo, la aplicación de medidas

destinadas a aumentar el alivio de la carga de la deuda y la flexibilidad de los marcos macroeconómicos y a aplicar un aumento moderado de los impuestos. Asimismo, señalaron la necesidad de destinar más recursos externos a la salud, y pidieron a los donantes que ampliaran la financiación, mejoraran la flexibilidad y la previsibilidad de los fondos, y cumplieran con sus compromisos de asistencia para el desarrollo relacionados con la salud.

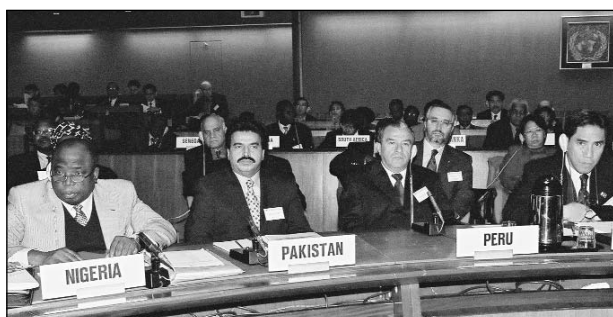
Los países concluyeron reafirmando su voluntad de seguir preparando y aplicando planes de inversión sanitaria con el apoyo de los asociados en el desarrollo. Asimismo, se comprometieron a establecer, robustecer y poner en marcha mecanismos adecuados que permitan llevar a cabo esos planes, velar por que se adopten medidas prioritarias en favor de los pobres, mantener un aumento considerable de los recursos destinados a la salud y abordar de forma prioritaria las limitaciones de recursos humanos.

Por último, los participantes de los países deliberaron sobre la posibilidad de presentar la declaración a la Asamblea Mundial de la Salud de 2004, con el fin de poner de manifiesto su firme compromiso con los principios y criterios de actuación en ella recogidos. Finalmente, acordaron volver a reunirse para examinar los progresos realizados y mantener el impulso de esta importante labor.

Medidas subsiguientes relacionadas con las actividades de macroeconomía y salud

El compromiso y el impulso generado por esta importante reunión debe continuar, y lo aprendido debe ponerse en práctica. En particular es preciso adoptar las medidas siguientes:

Mantener el compromiso político: la salud es una parte fundamental del desarrollo sostenible



A medida que los países avancen en sus análisis y planificación con el fin de fortalecer sus sistemas de salud, será preciso examinar varias cuestiones esenciales. Para que se siga prestando atención a la relación entre pobreza y salud y a la importancia de las inversiones sanitarias, es esencial que haya un elevado compromiso político, así como una mayor colaboración entre los distintos ministerios. Con el fin de mantener ese compromiso y ampliar los efectos de la salud como inversión con una alta rentabilidad socioeconómica es

importante que se sigan promoviendo y difundiendo las recomendaciones de la CMS. Al formular sus planes de inversión sanitaria, los países han de priorizar la aplicación de intervenciones esenciales destinadas a los pobres y la obtención de resultados mensurables. Asimismo, hay que prestar atención urgente a la escasez de recursos humanos.

Movilizar una mayor cantidad de recursos internos

Con el fin de ajustarse al gasto medio anual sanitario por habitante de US\$ 34 recomendado en el informe de la CMS, los países tendrán que destinar una mayor cantidad de recursos internos a la salud. En muchos países ya se han emprendido estudios para analizar la eficacia en el uso de los recursos y determinar qué cantidad de fondos adicionales se necesitan y

cómo podrían mobilizarse recursos para cubrir el déficit. Los países deben insistir en la condonación de la deuda, aumentar los ingresos mediante impuestos y establecer mecanismos equitativos que permitan reducir o eliminar los pagos directos por la población pobre. En particular, es urgente mejorar la flexibilidad de las condiciones impuestas y reducir las condiciones que han demostrado que empeoran la salud de los pobres.

Mejorar la coordinación con las entidades asociadas

Muchos países necesitarán recursos adicionales externos para financiar sus inversiones sanitarias. El considerable número de asociados en el desarrollo bilaterales y multilaterales representados en la reunión consultiva mundial es un signo importante del gran apoyo que el proceso de macroeconomía y salud está recibiendo en los países. Si bien la financiación sanitaria externa ha aumentado en los últimos años, aún se necesita más, y todavía hay que esforzarse en mejorar la coordinación entre los donantes y entre los donantes y los países. Deben cumplirse los compromisos relacionados con la asistencia para el desarrollo en favor de la salud; asimismo hay que armonizar los procedimientos y respetar las prioridades de los países.



Extractos de los discursos

Una de las formas más eficaces de reducir la pobreza es mejorar la salud

«... La colaboración nacional es tan importante como la internacional, y este extraordinario encuentro lo demuestra. No se me ocurre ninguna otra ocasión en que hayamos organizado una reunión con una asistencia tan variada e influyente.

«Colaboraremos con las instituciones financieras internacionales y con los países muy endeudados para transferir la deuda, a fin de aumentar las inversiones destinadas a la iniciativa «tres millones para 2005» y a otras necesidades sanitarias, como la lucha contra la tuberculosis y el paludismo, la erradicación definitiva de la poliomielitis, la prevención de las enfermedades relacionadas con el tabaco y otras enfermedades no transmisibles, y la reducción de la mortalidad materno-infantil. Los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza constituyen una importante oportunidad para traducir estas prioridades sanitarias fundamentales en estrategias intersectoriales de reducción de la pobreza.»

Dr. LEE Jong-wook

Muchos países están aplicando las recomendaciones del Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Su mensaje es claro: una de las formas más eficaces de reducir la pobreza es mejorar la salud. El argumento fatalista de que la mayoría de la población no puede permitirse el acceso a los servicios de salud quedó desacreditado. En términos puramente económicos, se ha demostrado lo contrario: lo que nadie puede permitirse es el abandono de los sistemas nacionales de salud. De hecho, ello puede arruinar a los países y las comunidades con una eficacia probablemente mayor que la de ninguna otra fuerza negativa. Esto es un importante argumento en favor de invertir en infraestructuras, recursos humanos y tecnologías sanitarias a una escala mucho mayor de lo que anteriormente se estimó necesario, o incluso posible.

La comunidad internacional reconoció este hecho hace un año cuando acordó los Objetivos de Desarrollo del

Milenio. El encomiable aumento de la asistencia oficial para el desarrollo en pro de la salud que se ha producido durante los dos últimos años se debe probablemente, en parte, a una comprensión más clara de las necesidades. No obstante, la asistencia sigue siendo únicamente una pequeña parte de lo que se necesita cada año para lograr esos objetivos.»

Dr. LEE Jong-wook, Director General de la OMS

Las inversiones sanitarias deben concebirse y financiarse adecuadamente y, lo que es más importante, deben ser muy ambiciosas y han de producirse con prontitud

«... Los ODM se ocupan de la salud de principio a fin. No puede pensarse en reducir la pobreza sin plantearse mejorar la salud. Ésa es la razón por la que un número considerable de objetivos se refieren explícitamente a la salud: reducir en dos tercios la tasa de mortalidad infantil entre 1990 y 2015; reducir la mortalidad materna a la cuarta parte antes de 2015; combatir las grandes pandemias de nuestro tiempo: el SIDA, el paludismo y la tuberculosis; proporcionar acceso a agua potable y a servicios de saneamiento; y combatir el flagelo del hambre. Todos esos objetivos se ocupan de mejorar la salud pública. Es más, el primer ODM, reducir a la mitad el porcentaje de personas que viven en la pobreza extrema (la denominada pobreza «de un dólar diario») antes de 2015, no podrá alcanzarse de ningún modo posible si no se logran los objetivos relacionados con la salud. Las personas enfermas y moribundas no pueden salir de la pobreza, y los niños que han quedado huérfanos a causa del SIDA u otras enfermedades mortales tampoco tienen muchas perspectivas de salir de la pobreza en el mundo en que vivimos.

Las inversiones sanitarias han de estar bien concebidas, bien financiadas y, lo más importante, deben ser muy ambiciosas y producirse con celeridad. No hay tiempo que perder, ya sea en Uganda, cuya esperanza de vida es de 45 años y donde 124 de cada 1000 niños siguen muriendo antes de los cinco años, o en cualquier otro país que esté en una situación similar. No es posible hablar de futuro, si no se combate la carga de morbilidad. Los ODM son algo más que meras metas, ya que proporcionan el empuje necesario para tratar con la población, los gobiernos y los donantes.

Con respecto a la capacidad de absorción, como macroeconomista puedo afirmar con convicción que todos sus países pueden absorber un aumento sustancial de la asistencia, si se destina a la salud. Un aumento de la asistencia no desestabilizará a los países, sino que, de hecho, dará un gran impulso a la productividad y a la capacidad de lograr crecimiento económico.»

Profesor Jeffrey Sachs, Director del Earth Institute de la Universidad de Columbia, Estados Unidos de América

Doble crisis

«... En primer lugar, si bien éste es un momento muy interesante para la salud mundial se está invirtiendo más energía y ha aumentado el número de interlocutores y de recursos, así como el interés público y el compromiso político-la salud mundial se enfrenta a una «doble crisis» sin precedentes, divisiva e histórica, en la que enfermedades de consecuencias devastadoras desbordan los sistemas de salud ya deficientes de los países más pobres del mundo. Las diferencias sanitarias se han intensificado. En un mundo interdependiente estas profundas disparidades en materia de salud no son sostenibles, ni epidemiológica, ni moralmente.

En segundo lugar, es necesario adoptar medidas duraderas de gran envergadura durante tres decenios, una generación,



con el fin de frenar las enfermedades y de crear sistemas de salud en los países más pobres. Es urgente que se movilicen recursos sociales y financieros para combatir de forma

«...Si tratamos esta reunión como una reunión más, perderemos una oportunidad. La salud mundial está en crisis, y hay que adoptar medidas urgentes y duraderas. La Comisión [sobre Macroeconomía y Salud] ha promovido una nueva alianza entre la salud pública y la hacienda pública, que ha sido fortalecida por esta reunión consultiva, el único foro mundial de este tipo.»

Profesor Lincoln Chen

inmediata la espiral de muertes prevenibles, y crear las condiciones para que se produzca una mejora sostenible a largo plazo.

En tercer lugar, la obtención de buenos resultados dependerá en cierta medida de la creación de una «nueva alianza» entre la salud pública y la hacienda pública, es decir los ministros de finanzas, planificación y salud, las organizaciones internacionales financieras y de salud, y los economistas y los profesionales de la salud. No se trata de un «matrimonio por amor» sino de un «matrimonio por necesidad». Los economistas y los profesionales de la salud viven en mundos diferentes:

mientras que los primeros son de Marte los segundos son de Venus. Los economistas creen en la prudencia fiscal, los profesionales de la salud en salvar vidas; los economistas conforman el comportamiento mediante incentivos, los profesionales de la salud mediante la ética del servicio. Salvar estas diferencias y crear alianzas entre la salud y la economía influirá, a mi juicio, en el futuro de la salud mundial.»

Dr. Lincoln Chen, Universidad de Harvard, Estados Unidos de América

Crecimiento y justicia social mediante la inversión en salud

«... Quisiera elogiar la visión y liderazgo de la OMS en el logro de la meta del crecimiento y



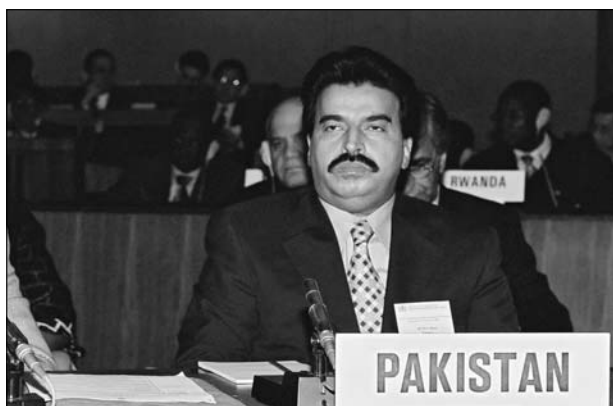
la justicia social mediante la inversión en salud. Hay que aumentar las inversiones sanitarias en varios aspectos y centrarse en ampliar el acceso a la atención primaria de salud, la reducción de la mortalidad maternoinfantil, la lucha contra las enfermedades transmisibles y la prevención del creciente número de enfermedades relacionadas con el modo de vida. En este contexto será preciso integrar los sistemas tradicionales de medicina y nuestros modernos sistemas, y adoptar estrategias sanitarias integrales. Del mismo modo, la motivación de los médicos y demás personal sanitario mediante planes de remuneración adecuados y políticas de personal acertadas es una difícil

tarea que debemos abordar de forma integral, ya que su desempeño afecta directamente a la calidad del sistema de salud. Además de movilizar recursos externos que permitan garantizar la seguridad sanitaria de los pobres, los países en desarrollo deberán aumentar la asignación de recursos internos presupuestarios y de otro tipo destinados a la salud. Hemos de conseguir que las capas desfavorecidas de la sociedad puedan acceder a medicamentos y a asistencia sanitaria asequibles. Sólo entonces los sistemas de salud serán satisfactorios y eficaces.»

Sra. Sushma Swaraj, Ministra de Salud y Bienestar Familiar y de Asuntos Parlamentarios de la India

Reunir a los ministros de finanzas y de salud

«... Reunir en el mismo lugar a los ministros de finanzas y de salud constituye una gran oportunidad. Existen dos formas de proporcionar asistencia sanitaria: una mediante seguros privados y otra, como en el Pakistán y en muchos países en desarrollo, mediante el Estado... »



Sr. M. N. Khan, Ministro de Salud del Pakistán

Movilizar recursos nacionales

«... Ésta es una reunión importante en que los países de África intercambiarán puntos de vista y experiencias. Son muchos los aspectos que han de examinarse, como por ejemplo la movilización de recursos nacionales. En Botswana, siempre se ha incluido la salud en nuestros planes de desarrollo nacional. La asistencia primaria de salud es algo prioritario. Hoy todo el mundo se encuentra en un radio de 15 km de un centro de atención primaria de salud y recibe tratamiento gratuitamente. Los centros de salud vigilan el estado de nutrición de los niños menores de seis años y proporcionan complementos dietéticos, mientras que las escuelas primarias proporcionan a los niños una comida gratuita al día. También estamos empezando a administrar tratamiento antirretroviral gratuitamente.»

Sr. Baledzi Gaolathe, Ministro de Finanzas de Botswana

Nuevas formas de financiación sanitaria

«Hemos de aprovechar todos los recursos de que podamos disponer. Esto significa recurrir al sector privado y tratar de establecer mejores vínculos y sinergias entre los países. Además, en lugar de limitarnos a realizar nuestras actividades como de costumbre, hay que encontrar la forma de posibilitar la innovación y de ofrecer oportunidades a quienes asumen riesgos y emprenden iniciativas que pueden parecer un tanto osadas con el fin de realizar su labor. Hemos de ofrecerles financiación y oportunidades. Hagamos la prueba; hagamos que funcione. Demostremos que queremos innovar. Potenciamos la capacidad de los nuevos líderes. La oportunidad que tenemos ahora, con más recursos y una mayor voluntad política, habrá desaparecido en tan sólo unos meses... Debemos mostrar que podemos ampliar la cobertura con celeridad y que somos capaces de mejorar los resultados sanitarios; para ello es preciso encontrar el modo de compartir de forma más adecuada lo que funciona en distintos países. Hay que documentar que la asistencia para el desarrollo destinada a la salud puede cambiar realmente los resultados sanitarios.»

Dra. Sally Stansfield, Fundación Bill y Melinda Gates, Estados Unidos de América

Fortalecer los sistemas de salud en los países en desarrollo

«El Canadá cree firmemente que la eficacia de las alianzas actuales debe medirse, en parte, en función de sus efectos a la hora de robustecer los sistemas de salud. Un sistema sólido asegura a los países ricos la sostenibilidad de sus inversiones y permite a los países en desarrollo garantizar a las generaciones futuras que sigan disfrutando de los beneficios logrados con gran esfuerzo. El Canadá seguirá colaborando con sus asociados con el fin de fortalecer los sistemas de salud en

los países en desarrollo y, de acuerdo con los cinco principios de su iniciativa Strengthening Aid Effectiveness, participará en estrategias basadas en programas y estrategias sectoriales en el ámbito de la salud. Los cinco principios son los siguientes: adhesión local, estrategias basadas en resultados, mejora de la coordinación entre los donantes, alianzas sólidas y mayor coherencia.»

**Dr. Montasser Kamal, Chief, UN Health-related Institutions Unit,
Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional**

Algunos discursos pueden consultarse en el sitio web:

http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/speeches/en/.

Documentos de la reunión consultiva

Varios documentos de trabajo fueron preparados para la reunión consultiva y distribuidos entre los participantes. El documento «Macroeconomía y salud: actualización» describe la estrategia y el proceso de macroeconomía y salud, y los resultados previstos en los países; además proporciona una actualización de las actividades de macroeconomía y salud emprendidas a nivel nacional. «Macroeconomics and Health in Context: Background Summary for Participants» proporciona información técnica de interés para la reunión consultiva y los grupos de trabajo.

El documento «Development Assistance for Health: Recent Trends and Resource Allocation», preparado por la Dra. Catherine Michaud del Harvard Centre for Population and Development Studies, muestra que el análisis de las tendencias recientes en la asistencia



para el desarrollo destinada a la salud de los principales donantes transmite ideas contradictorias: si bien la asistencia a la salud se benefició mucho más que otros sectores durante el decenio de 1990, en un momento en que la asistencia oficial para el desarrollo experimentaba un brusco descenso y el compromiso político para mejorar la salud de los pobres estaba en un punto álgido, los fondos para responder a las necesidades reales siguen siendo insuficientes.

El documento «Pro-poor Health Reforms: Why, What and How», preparado por Rajiv Misra, ex Secretario de Salud del Gobierno de la India, argumenta de forma convincente las razones por las que es necesario destinar a los pobres

cualquier intervención dirigida a aumentar la inversión sanitaria y llevar a cabo reformas generales.

El documento «Links between Macroeconomics and Health: Relevance to the South-East Asian Region», fue preparado por el Dr. Abusaleh Shariff, Economista Principal y Jefe de la División para el Desarrollo Humano del Consejo Nacional de Investigación Económica Aplicada de la India. El Dr. Shariff analiza la relación entre la macroeconomía y la salud en diez países de la Región de Asia Sudoriental. Señala que la salud es un elemento esencial para el desarrollo económico, y que el gasto sanitario debe aumentarse en prácticamente todos los países de esa Región.

En el anexo 5 figuran los documentos de la reunión consultiva.

Cobertura informativa mundial de la reunión consultiva

...Con independencia de lo atinadas que sean sus políticas, a veces los países son demasiado pobres y desfavorecidos como para crecer. Sin una población que goce de buena salud y una infraestructura de puertos, carreteras y de otro tipo, los inversores extranjeros se mantendrán alejados. Además, el grado de pobreza que experimenta la población pobre puede ser tal que no pueda ahorrar ni un céntimo, si todos los ingresos se emplean en satisfacer las necesidades vitales. En el África subsahariana, el ciclo de enfermedad, un ahorro interno insuficiente, la existencia de infraestructuras deficientes y la falta de inversiones extranjeras refuerza la pobreza y no el crecimiento.

The Financial Times, 10 de noviembre de 2003

La reunión consultiva mundial recibió cobertura de toda la prensa del mundo. Los medios de comunicación de los países desarrollados y de los países en desarrollo se acercaron para presenciar cómo los ministros de finanzas, salud y planificación y sus asociados en el desarrollo se comprometían a aumentar las inversiones sanitarias. Los medios de comunicación también se interesaron en cómo progresaban las actividades complementarias en los países, casi dos años después de la muy sonada presentación del Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud.

Antes de la reunión consultiva y durante ésta se hizo un gran esfuerzo para garantizar que los medios de comunicación dispusieran de información coherente y bien presentada. Se preparó y facilitó material de promoción, que incluía un dossier de prensa con una nota para los medios informativos, una nota descriptiva, un comunicado de prensa (disponible en español, francés y inglés) y los

documentos de la reunión. También se facilitó material de promoción diverso, como el informe de la CMS «Investing in Health: a Summary of the Findings of the Commission on Macroeconomics and Health», dos números del Boletín de Macrosalud y la biografía de los oradores que participaron en la reunión consultiva. En el anexo 6 figura el comunicado de prensa titulado «Ministros de salud y de finanzas abordan la necesidad de aumentar en todo el mundo las inversiones en el sector de la salud».

Asimismo, se creó un sitio web dedicado al acontecimiento

(www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/), con el fin de promover la reunión consultiva y proporcionar información y documentación sobre el acto.

Rueda de prensa

El 29 de octubre de 2003 se celebró una rueda de prensa. Entre los oradores que estuvieron en el estrado figuraban LEE Jong-wook, Director General de la OMS, Baledzi Gaolathe, Ministro de Finanzas y Planificación para el Desarrollo de Botswana y M.N. Khan, Ministro de Salud del Pakistán. El Dr. Lee señaló la importancia de que la reunión consultiva mundial aglutinase a un número tan importante de ministros de diferentes sectores.

El Sr. Khan subrayó que los países deben centrarse en la formación de los recursos humanos, su principal capital. También destacó la decisiva importancia de la paz para cualquier intervención destinada a mejorar la salud de los pobres, lo que reiteró en la sesión plenaria diciendo: «La paz es una condición indispensable para que cualquier programa pueda ponerse en marcha... Si hay paz, los miles de millones de dólares que se emplean en la maquinaria de guerra podrán destinarse a los niños y a las mujeres para reducir la pobreza y velar por su salud». El Sr. Khan también señaló que las alianzas publicoprivadas y una mayor equidad entre

los géneros eran factores fundamentales para ampliar los servicios de salud esenciales para los pobres.

El Sr. Gaolathe declaró que estaba firmemente decidido a colaborar con el Ministro de Salud de Botswana para abordar cuestiones como el VIH/SIDA. También subrayó que los países necesitan más recursos externos y que tienen capacidad para absorberlos. Señaló que la estrategia de salud de la NEPAD precisa que se aumente considerablemente la financiación destinada a la salud mediante fuentes internas y externas.

The Financial Times, Voice of America News, Jeune Afrique y The Press Trust of India, entre otros, publicaron artículos sobre la reunión consultiva y sobre macroeconomía y salud. En el anexo 7 puede consultarse la cobertura informativa completa de la reunión consultiva mundial.

Conclusión

Preparar las condiciones para aumentar la inversión sanitaria y crear sistemas de salud más fuertes y equitativos

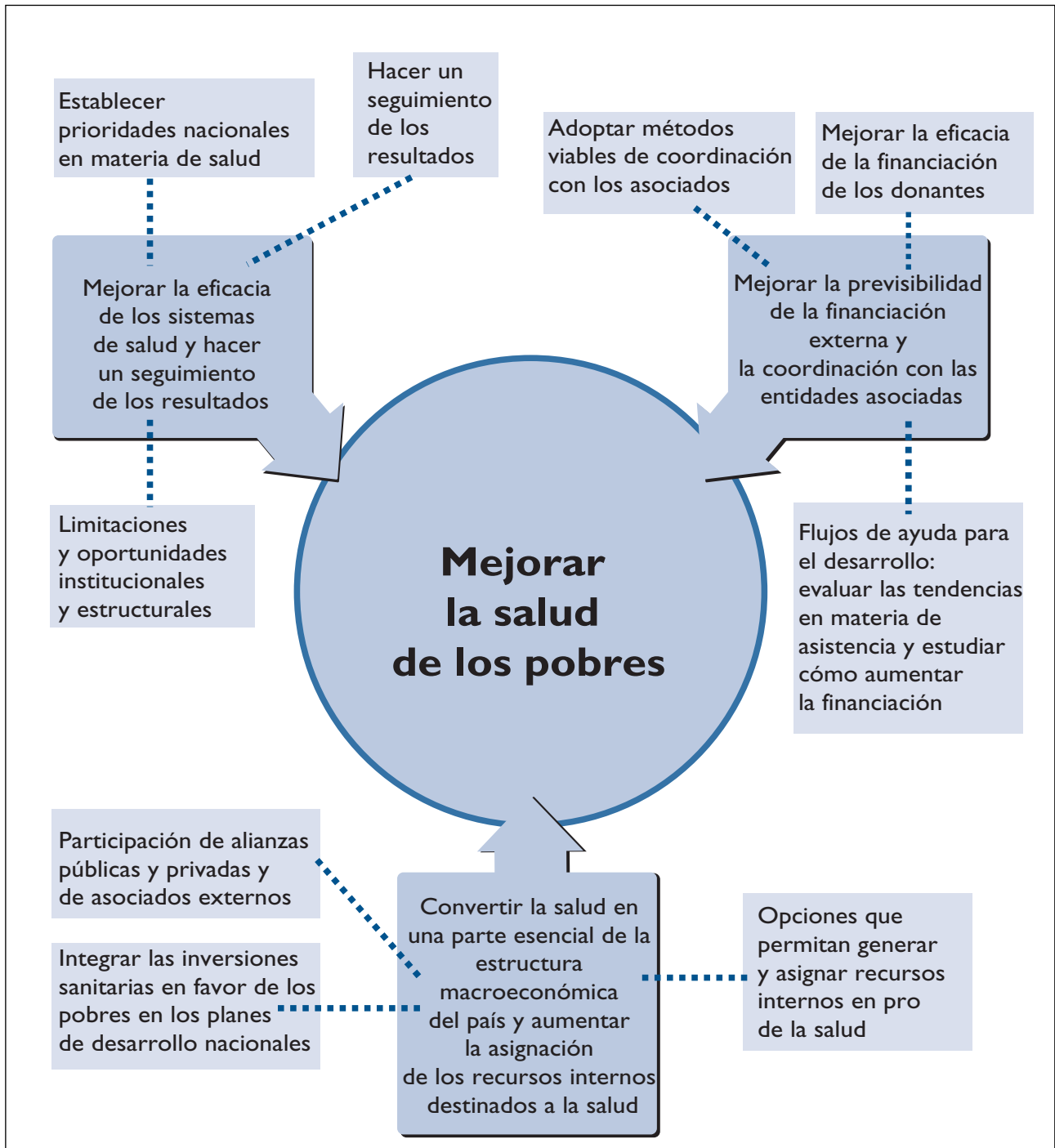
En la Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud se reflejó el firme compromiso de los ministros de finanzas, planificación y salud, los donantes internacionales, los representantes de la sociedad civil y los organismos internacionales para acelerar e intensificar la puesta en marcha de intervenciones en los países destinadas a aumentar la inversión sanitaria. Además se examinó la forma en que la salud puede desempeñar un papel más importante en el marco macroeconómico de los países y la manera de mejorar la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud.

Los delegados de los países apoyaron la Declaración de forma unánime, y los socios en el desarrollo señalaron su firme apoyo a la labor de los países en materia de macroeconomía y salud. Ahora es necesario contar con el respaldo político y de los asociados, en particular en forma de fondos y políticas, así como con el compromiso de todas las partes interesadas, con el fin de lograr que los principios expresados en la Declaración sean integrados en el proceso de formulación de políticas nacionales al más alto nivel. Es importante aprovechar el impulso generado por la reunión consultiva de octubre para lograr que se reconozca la importancia de la salud en el desarrollo socioeconómico y la urgente necesidad de intervenir para reforzar los sistemas de salud.

Al final de su intervención, el Profesor Lincoln Chen dijo: «No nos engañemos, si tratamos esta reunión como una reunión más, perderemos una oportunidad. La salud mundial está en crisis, y hay que adoptar medidas urgentes y duraderas. La Comisión sobre Macroeconomía y Salud ha promovido una nueva alianza entre la salud pública y la hacienda pública, que ha sido fortalecida por esta reunión consultiva, el único foro mundial de este tipo. Como ha demostrado la historia, estas conferencias pueden generar voluntad política, contribuir al consenso, afianzar la confianza y establecer objetivos claros, con el fin de poner en marcha medidas urgentes».

La Dra. Kirsten Leitner, Subdirectora General del grupo orgánico de la OMS Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables, hizo hincapié en la importancia de mantener el impulso y el entusiasmo generados por la reunión consultiva y clausuró la sesión final con las palabras: «ahora necesitamos capacidad de resistencia».

Aumento de las inversiones en resultados para los pobres



- las iniciativas regionales y subregionales, como las emprendidas por el Organismo Andino de Salud, la Comunidad del Caribe y la Nueva Alianza para el Desarrollo de África, son una novedad positiva y están revitalizando los enfoques nacionales e interpaíses de la macroeconomía y la salud;
- la Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud ha contribuido a definir las cuestiones que deben abordarse para lograr progresos en relación con los ODM y para intensificar la lucha contra una pobreza que es causa y consecuencia de mala salud;
- la Reunión Consultiva ha propiciado un debate entre los ministerios de planificación, finanzas y salud sobre el doble problema de la enorme carga de morbilidad y las deficiencias de los sistemas de salud;
- los tres temas de la Reunión fueron examinados por Grupos de Trabajo, y sus presidentes presentaron informes al respecto. A continuación figuran las principales cuestiones de las que tomaron nota las delegaciones de los países en la Reunión Consultiva:

Tema 1: Eficacia de los sistemas asistenciales y vigilancia de los resultados

- el compromiso político de todas las partes es fundamental para lograr progresos en relación con los ODM y para aplicar de forma eficaz la visión de la CMS, y exige que los ministerios de finanzas, salud y planificación colaboren a todos los niveles para crear un clima de atención permanente a los problemas asociados a la macroeconomía y la salud;
- el seguimiento del informe de la CMS ha ayudado a los países y subregiones a elaborar sus propias estrategias políticas, financieras, económicas y sanitarias, y ese proceso debería continuar;
- la buena gobernanza es esencial en todo momento, y se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para fomentar la transparencia, la responsabilización y la eficiencia;
- la promoción del valor de la salud y su importancia para el crecimiento económico y la mitigación de la pobreza constituye una parte fundamental del proceso;
- se necesita un enfoque multisectorial que trascienda el ámbito de la salud y tenga en cuenta el agua, el saneamiento y la educación, con especial atención a las cuestiones de género, y para ello es preciso disponer de mecanismos de coordinación adecuados;
- el sector privado y el del voluntariado pueden ser vitales para encontrar soluciones constructivas en muchos países, sobre todo para los importantes procesos de movilización social;
- la atención debe centrarse en los resultados, con especial hincapié en la mejora del acceso a los servicios de salud y de los resultados para los pobres, sin olvidar la ampliación del acceso a los medicamentos esenciales y genéricos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la mejora de la gestión;
- la mejora de la capacidad de investigación y de análisis deben constituir la base de los planes nacionales de inversión en salud;
- la supresión de las limitaciones de recursos humanos es fundamental para mejorar el desempeño de los sistemas de salud y merece atención urgente. Las limitaciones están relacionadas con las condiciones de servicio, la formación y la remuneración, y determinarán de forma sustancial la capacidad para una mejora continua de los servicios de salud.

Tema 2: La salud en el marco macroeconómico y la asignación de recursos

- en algunos países, incluidos los de la Iniciativa en favor de países pobres muy endeudados (PPME) y otros países no pertenecientes a ese grupo, la carga de la deuda afecta a la prestación de servicios de salud y, por tanto, debe reducirse mediante donaciones adecuadas para el alivio de la deuda a fin de proteger la salud pública y a la población vulnerable;
- las crisis económicas nacionales e internacionales tienen consecuencias sanitarias catastróficas para los grupos más vulnerables y, por consiguiente, es necesario prestar especial atención a la salud en las negociaciones destinadas a resolver esas crisis;
- a escala nacional e internacional, existe la necesidad urgente de lograr una mayor flexibilidad en los marcos macroeconómicos de respuesta a las crisis económicas, por ejemplo mediante planes de gastos de contingencia para canalizar las cuantiosas aportaciones financieras adicionales que pueden hacer los fondos mundiales a la salud a fin de evitar que se deteriore la salud de las personas pobres, en especial los niños;
- los países deben desarrollar estrategias adecuadas basadas en análisis realistas del funcionamiento actual de los sistemas de salud e insistir enérgicamente con miras a obtener las ayudas suplementarias para la salud necesarias para mejorar el desempeño de esos sistemas;
- aunque tal vez sea necesario aumentar la recaudación tributaria y redistribuir las subvenciones, se deberían examinar otros enfoques innovadores con miras a movilizar más recursos nacionales para la salud; sin embargo, los impuestos al consumo de tabaco son un medio prioritario de obtención de recursos para la salud;
- será necesario establecer vínculos y fomentar la responsabilización mutua entre las iniciativas y las asociaciones mundiales destinadas a mejorar la salud de los pobres, incluidas nuevas actividades en materia de armonización, coherencia de políticas e intensificación de los esfuerzos para lograr los ODM.

Tema 3: Previsibilidad de la financiación externa y mejora de la coordinación

- se necesitarán fondos adicionales, procedentes tanto de recursos nacionales como de ayudas externas, para financiar las inversiones en salud, incluido el fortalecimiento de la infraestructura y los recursos humanos, la introducción de reformas en el sistema y el aumento de la escala de las intervenciones sanitarias esenciales;
- los organismos internacionales y la comunidad de donantes deben seguir aumentando los fondos que destinan a la salud, así como apoyar las mejoras sanitarias en el marco de las estrategias nacionales de lucha contra la pobreza y como parte de los acuerdos de alivio de la deuda;
- a escala nacional, se deben hacer esfuerzos de forma urgente y continua para mejorar la capacidad de absorción de fondos, y los donantes deben estar dispuestos a financiar los costos asociados al aumento de la eficacia y la eficiencia en el uso de los recursos;
- los organismos internacionales y la comunidad de donantes deben aumentar la flexibilidad y la previsibilidad en cuanto a la disponibilidad de recursos externos, armonizar sus procedimientos y las normas de presentación de informes y respetar las prioridades nacionales;

- se deben cumplir los compromisos de asistencia para el desarrollo en materia de salud, lo que incluye la vigilancia de los compromisos y los gastos anuales consiguientes por los países de ingresos bajos y medianos y la ayuda de colaboradores externos, como la OMS y la OCDE;
- de conformidad con las recomendaciones del informe de la CMS, los países de ingresos medianos elaborarán enfoques adaptados a sus necesidades concretas; los países de ingresos medianos bajos necesitarán financiación externa adicional, sobre todo para cubrir el elevado costo del VIH/SIDA.

Por consiguiente, hemos llegado a la conclusión de que:

- se debería seguir alentando y apoyando a los países a fin de que preparen y apliquen planes de inversión para poner en práctica las recomendaciones formuladas por la CMS en consonancia con los temas fundamentales de las actividades sobre macroeconomía y salud, a saber:
 - i. Invertir en la salud de los pobres.
 - ii. Garantizar más recursos para la salud en general, procedentes de todo tipo de fuentes y que tengan una mayor eficacia e impacto.
 - iii. Suprimir las limitaciones no financieras y sistémicas para utilizar de forma eficaz las inversiones complementarias en salud.

Solicitamos a la OMS que, en colaboración con los organismos internacionales y bilaterales:

- siga difundiendo los mensajes de la CMS;
- adopte las medidas necesarias para ayudar a los países y las asociaciones subregionales que ya han previsto mecanismos a preparar sus planes de inversión y para brindar asistencia a los países que todavía no han tomado medidas al respecto, con el apoyo y la participación de la comunidad internacional;
- ayude a los países y a las asociaciones subregionales a obtener fondos para promover la elaboración y la aplicación de sus planes de inversión;
- siga brindando cooperación técnica a los países y las subregiones en relación con sus planes, en colaboración con otros organismos.

Nosotros:

- estableceremos, fortaleceremos y pondremos en funcionamiento mecanismos nacionales y subregionales adecuados para desarrollar nuestros planes nacionales concretos de inversión en salud, y orientaremos las prioridades hacia planteamientos favorables a los pobres, en particular los enfoques de las estrategias de lucha contra la pobreza;
- en los planes de inversión, prestaremos máxima atención a la creación de capacidad, las aptitudes en materia de liderazgo y los incentivos para retener y utilizar recursos humanos calificados, teniendo en cuenta que las limitaciones relacionadas con ese último aspecto constituyen el principal obstáculo al progreso.

Conscientes de los importantes desafíos que tenemos por delante y de la necesidad imperiosa de adoptar medidas urgentes, damos por terminada esta Reunión Consultiva y esperamos con interés los avances de los que se informará en nuestra próxima reunión.

REGIÓN DE ÁFRICA

Angola

Botswana

Congo

Etiopía

Ghana

Kenya

Malawi

Mozambique

Nigeria

Rwanda

Senegal

Sudáfrica

Uganda

República Unida de Tanzania

REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Argentina

Brasil

Haití

México

Nicaragua

Perú

CARICOM

REGIÓN DEL MEDITERRÁNEO ORIENTAL

Djibouti

República Islámica del Irán

Jordania

Pakistán

Sudán

Yemen

REGIÓN DE EUROPA

Azerbaiyán

Estonia

REGIÓN DE ASIA SUDORIENTAL

Bangladesh

Bhután

India

Indonesia

Myanmar

Nepal

Sri Lanka

Tailandia

REGIÓN DEL PACÍFICO OCCIDENTAL

Camboya

China (República Popular)

Filipinas

Viet Nam



World Health Organization
20 Avenue Appia – CH-1211 Geneva 27 – Switzerland
www.who.int



9 789243 591728



Organización Mundial de la Salud
Ginebra

Grupo orgánico Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables

Aumento de las Inversiones en Resultados Sanitarios para los Pobres

Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud

28-30 de octubre de 2003 – Ginebra, Suiza

ANEXO I: Lista de participantes

PARTICIPANTES DE LAS DELEGACIONES DE LOS PAÍSES

REGIÓN DE ÁFRICA

Angola

Dr Arlindo Praia Sicato, Deputy Minister of Finance, Ministry of Finance, Luanda

Dr Eduardo Severim de Morais, Deputy Minister of Planning, Ministry of Planning, Luanda

Dr Domingos Manuel de Kiêza, Director of Cabinet, Deputy Minister of Finance Office, Ministry of Finance, Luanda

Dr Pedro Kialunda Kiala, Director of Cabinet for the Population Survey, Ministry of Planning, Luanda

Dr Victor Nzima Nganga, Director of Planning Office, Ministry of Health, Luanda

Mr Anastor Ucuenhanga, Deputy Minister of Consulting, Ministry of Finance, Luanda

Dr Eduardo Neto Sanguete, First Secretary, Permanent Mission of Angola to the United Nations and other International Organizations at Geneva

Dr Sandra Miranda, Assistant, Permanent Mission of Angola to the United Nations and other International Organizations at Geneva

Botswana

Mr Baledzi Gaolathe, Minister of Finance, Ministry of Finance and Development Planning, Gaborone

Mr Mathias Chakalisa, Permanent Secretary for Health, Ministry of Health, Gaborone

Mrs Neo Gaeteswe, Chief Economist, Ministry of Finance and Development Planning, Gaborone

Mr Charles T. Ntwaagae, Ambassador, Permanent Mission of the Republic of Botswana to the United Nations Office at Geneva

Mr Wilfred J. Mandlebe, Deputy Secretary for Economic Affairs, Ministry of Finance and Development Planning, Gaborone

Mr Lesetedinyana J. Lestedi, Assistant Director, Primary Health Care, Ministry of Health, Gaborone

Mr Gobe Pipso, First Secretary, Permanent Mission of the Republic of Botswana to the United Nations Office at Geneva

Mr Tshepo Mogotsi, Second Secretary, Permanent Mission of the Republic of Botswana to the United Nations Office at Geneva

Congo

M. Alain Moka, Ministre de la Santé, Ministère de la Santé et de la Population, Brazzaville

M. Guy Urbain Moukpokpo, Directeur des Etudes et de la Planification, Ministère de la Santé et de la Population, Brazzaville

Mme Delphine Bikouta, Premier Conseiller, Mission permanente de la République du Congo auprès de l'Office des Nations Unies et des autres Organisations internationales à Genève

Etiopía

Dr Tadesse Kebede, Minister of Health of the Federal Democratic Republic of Ethiopia, Addis Ababa

Dr Girma Azene, Director, Planning and Programming Department, Federal Ministry of Health, Addis Ababa

Mr Aklilu Shiketa, First Secretary, Permanent Mission of the Federal Democratic Republic of Ethiopia to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Ghana

Dr Moses Dani Baah, Deputy Minister, Ministry of Health, Accra

Mr Kwaku Agyeman-Manu, Deputy Minister of Finance and Economic Planning, Ministry of Finance and Economic Planning, Accra

Prof. George Gyan-Baffour, Director-General, National Development Planning Commission, Accra

Dr Kofi Ahmed, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Accra

Ms Matilda A. Alomatu, First Secretary, Permanent Mission of the Republic of Ghana to the United Nations and other International Organizations at Geneva

Kenya

Mrs Charity Ngilu Kaluki, Minister of Health, Ministry of Health, Nairobi

Dr Stanley Sonoiya, Assistant Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi

Mr Stephen Wainaina, Chief Economist, Ministry of Planning and National Development, Nairobi

Mr Stephen N. Muchiri, Deputy Chief Economist, Ministry of Health, Nairobi

Mr Maurice John Pette Kanga, Economic Secretary, Ministry of Finance, Nairobi

Mr Philip Richard Owade, Deputy Permanent Representative, Permanent Mission of Kenya to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Mr A. Muchiri, Counsellor, Permanent Mission of Kenya to the United Nations and other International Organizations at Geneva

Mrs Lenah Mghoi Nyambu, First Secretary, Permanent Mission of Kenya to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Malawi

Mr Yusuf H. Mwawa, Minister of Health, Ministry of Health and Population, Lilongwe

Mr Friday A. Jumbe, Minister of Finance, Ministry of Finance, Lilongwe

Mr Khwauli Msisya, Deputy Minister, Ministry of Economic Planning and Development, Lilongwe

Mr Nelson Nixon Kalanje, Director of Planning, Ministry of Health and Population, Lilongwe

Dr Richard Bakali Pendame, Secretary for Health and Population, Ministry of Health and Population, Lilongwe

Mrs Melia Lydia Maganga-Nkhoma, Senior Deputy Director, Ministry of Finance, Lilongwe

Mr Lukes Kalilomba, Debt and Aid Management Officer, Ministry of Finance, Lilongwe

Mozambique

Dr Francisco Songane, Minister of Health, Ministry of Health, Maputo

Dr Jose Sulemane, National Director for Planning and Budget, Ministry of Planning and Finance, Maputo

Dr Humberto Cossa, National Director of Planning and Cooperation, Ministry of Health, Maputo

Nigeria

Prof. Eytayo Lambo, Minister of Health, Federal Ministry of Health, Abuja

Mrs Nenadi E. Usman, Minister of State for Finance, Federal Ministry of Finance, Abuja

Mr Shehu Sule, Director of Health Planning and Research, Federal Ministry of Health, Abuja

Mr Muhammad Sani Sidi, Special Assistant to Honorable Minister of State for Finance, Federal Ministry of Finance, Abuja

Mr B. Babajide Olowodola, Special Assistant to the Minister, Federal Ministry of Health, Abuja

Mr Steve Kevuzua Aborishade, Assistant Director, Federal Ministry of Finance, Abuja

Dr Tolu Fakeye, Deputy Director of International Health, Federal Ministry of Health, Abuja

Mr John Ejinua, Minister Counsellor, Permanent Mission of the Federal Republic of Nigeria United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Rwanda

Dr/Prof. Abel Dushimiyimana, Ministre de la Santé, Ministère de la Santé, Kigali

M. Leonard Rugwabiza, Expert en Macroeconomie, Ministère des Finances et du Plan Economique, Kigali

Dr Vianney Nizeyimana, Directeur de la Planification, Ministère de la Santé, Kigali

Senegal

Dr Issa Mbaye Samb, Ministre de la Santé, Ministère de la Santé et de la Prévention, Dakar

M. Opa Ndiaye, Ministre du Plan, Ministère du Plan, Dakar

M. Ousmane Camara, Ambassadeur, Mission permanente de la République du Sénégal auprès de l'Office des Nations Unies et des Institutions spécialisées à Genève

M. Aboubacry Demba Lom, Directeur de la Planification, Ministère du Plan, Dakar

Dr Birahime Diongue, Coordonnateur de la Cellule de Planification, Ministère de la Santé et de la Prévention, Dakar

M. Mamadou Ndione, Ingénieur Statisticien Economiste à la Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS), Ministère de l'Economie et des Finances, Dakar

M. Alioune Thiam, Mission permanente de la République du Sénégal auprès de l'Office des Nations Unies et des Institutions spécialisées à Genève

Sudáfrica

Dr Mantombazana Edmie Tshabalala-Msimang, Minister of Health, Ministry of Health, Pretoria

Mrs M. K. Matsau, Acting Director-General, National Department of Health, Pretoria

Dr Thuthula Balfour, Head of International Health Liaison, Department of Health, Ministry of Health, Pretoria

Dr Percy Mahlali, Senior Technical Adviser, National Department of Health, Ministry of Health, Pretoria

Ms Daisy Mafubelu, Health Attaché, Permanent Mission of South Africa to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Mr Peter Moloi, Personal Assistant to the Minister of Health, Ministry of Health, Pretoria

Uganda

Mr Mwesigwa Rukutana, Minister of State for Finance, Ministry of Finance, Planning and Economic Development, Kampala

Dr George Bagambisa, Ag. Commissioner Planning, Ministry of Health, Kampala

Mr Mike Mukula, Minister of State for Health, Ministry of Health, Kampala

Mr Runumi Francis Mwesigye, Commissioner Health Services, Ministry of Health, Kampala

República Unida de Tanzania

Dr Hussein Mwinyi, Deputy Minister of Health, Ministry of Health, Dar-es-Salaam

Mr Silvery Balili Buberwa, Director of Social Services, Ministry of State, President's Office, Dar-es-Salaam

Mrs Regina Lucian Kikuli, Head, Budget and Planning Section, Ministry of Health, Dar-es-Salaam

Dr Mwinyihaji Makame, Minister of Health, Ministry of Health and Social Welfare, Zanzibar

Mr Suleiman Othman Nyanga, Minister of Finance, Ministry of Finance & Economic Affairs, Zanzibar

Mr Ali Simai Mcha, Desk Officer Planning, Ministry of Health and Social Welfare, Zanzibar

REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Argentina

Dr Ginés González García, Minister of Health, National Ministry of Health, Buenos Aires

Ms Catalina de la Puente, Adviser, National Ministry of Health, Buenos Aires

Mr Andres Leibovich, Under Secretary, National Ministry of Health, Buenos Aires

Brasil

Dr Jorge Bermudez, Director, National School of Public Health, Rio de Janeiro

Mr Haroldo Rodrigues Ferreira, Coordenador-Geral Ministry of Health, Brasília

Mr Santiago Alcázar, Head of International Affairs Office, Ministry of Health, Brasília

Haití

M. Serge Saint-Hilaire, Directeur Administratif et Financier, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Port-au-Prince

M. Eucher-Luc Joseph, Mission permanente de Haïti auprès des Nations Unies à Genève

México

Dr Eduardo González-Pier, Head of Strategic Planning, Ministry of Health, México D.F.

Mrs Dulle Maria Valle Alvarez, Counsellor, Permanent Mission of Mexico to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Nicaragua

Mr Bernardo Eliseo Aráuz Palacios, Director-General of Planning, Ministry of Health, Managua

Perú

Dr Álvaro Vidal Rideneyra, Minister of Health, Ministry of Health, Lima

CARICOM

Dr Edward Greene, Assistant Secretary-General, Human and Social Development, Caribbean Community Secretariat, Georgetown, Guyana

REGIÓN DEL MEDITERRÁNEO ORIENTAL

Djibouti

Dr Mohamed Ali Kamil, Minister of Health, Ministry of Health, Djibouti

Dr Mahmoud Ali Youssouf, Minister of International Cooperation, Ministry of Foreign Affairs, Djibouti

República Islámica del Irán

Dr Masoud Pezeshkian, Minister of Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran

Dr Mohamad Jafar Ghaempanah, Deputy Minister for Development Management, Resources and Parliament Affairs, Tehran

Mr Sharam Malekshahi, Deputy Director-General of International Affairs, Ministry of Health and Medical Education, Tehran

Mr Koorosh Taherfar, Senior Officer, Ministry of Economic Affairs, Tehran

Mr Peiman Seadat, Counsellor, Permanent Mission of the Islamic Republic of Iran to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Jordania

Dr Anwar Batieha, Secretary General of the Higher Health Council, Ministry of Health, Amman

Ms Hala Lattouf Bsisa, Secretary General, Ministry of Planning, Amman

Dr Riyad Okour, Director of Health Economics, Ministry of Health, Amman

Mr Mustafa Qasem, Director of International Relations, Ministry of Health, Amman

Mr Shehab A. Madi, Ambassador, Permanent Mission of the Hashemite Kingdom of Jordan to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Mr Hussam Alhuseini, Second Secretary, Permanent Mission of the Hashemite Kingdom of Jordan to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Pakistán

Mr M.N. Khan, Minister of Health, Ministry of Health, Islamabad

Dr Abdul Majid Rajput, Chief, National Health Policy Unit, Ministry of Health, Islamabad

Dr Mushtaq A. Khan, Director, Centre for Poverty Reduction and Income Generation, Planning Commission, Islamabad

Mr Javed Sadiq Malik, Secretary Planning and Development, Ministry of Finance, Islamabad

Mr Rizwan Saeed Sheikh, First Secretary, Permanent Mission of Pakistan to the United Nations Office and the Specialized Agencies at Geneva

Mr Faisal Niaz Tirmizi, First Secretary, Permanent Mission of Pakistan to the United Nations Office and the Specialized Agencies at Geneva

Sudán

Dr Ahmed Bilal Osman, Minister of Health, Federal Ministry of Health, Khartoum

Ms Abda Yahiya El Mahdi, Minister of State for Finance, Ministry of Finance and National Economy, Khartoum

Dr Mustafa Salih Mustafa, Director of Planning, Federal Ministry of Health, Khartoum

Dr Mohamed Hassan Awad, Director of Health Economics unit and Chairperson Secretariat of CMH in Sudan, Ministry of Health, Khartoum

Ms Fayza Awad, Director of Macro Economics Model, Macroeconomics Policies Directorate, Ministry of Finance and National Economy, Khartoum

Mr Christopher L. Jada, Second Secretary, Permanent Mission of the Republic of the Sudan to the United Nations at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Yemen

Dr Abdul Karim Sheiban, Deputy Minister, Ministry of Public Health and Population, Sana'a

Mr Mutahar Abdulaziz Al-Abbasi, Deputy Minister, Ministry of Planning and International Cooperation, Sana'a

Mr Nasr Saleh Muthanna Al-Harbi, Assistant Deputy Minister for Foreign Financial Cooperation Ministry of Finance, Sana'a

Dr Magid Al-Gunaid, Coordinator Health Policy Unit, Ministry of Public Health and Population, Sana'a

Dr Jamal Thabet Nasher, Coordinator, Macroeconomics and Health Program, Ministry of Public Health and Population, Sana'a

REGIÓN DE EUROPA

Azerbaiyán

Dr Abbas Valibayov, Deputy Minister of Health, Ministry of Health, Baku

Mr Khagani Rzayev, Deputy Minister, Ministry of Finance, Baku

Dr Ali Babayev, Head of Department of Science, Ministry of Health, Baku

Estonia

Mr Erki Must, Adviser to the Minister, Ministry of Social Affairs, Tallinn

REGIÓN DE ASIA SUDORIENTAL

Bangladesh

Dr Khandaker Mosharraf Hossain, Minister of Health and Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare, Government of the People's Republic of Bangladesh and 56th President of the World Health Assembly, Dhaka

Mr Muhammad Abdul Majid, Director-General, Prime Minister's Office, Government of Bangladesh, Dhaka

Mr Daniul Islam, Second Secretary, Permanent Mission of the People's Republic of Bangladesh to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Bhután

Dr Jigmi Singay, Minister of Health, Ministry of Health, Royal Government of Bhutan, Thimphu

Mr Daw Tenzin, Secretary, Planning Commission, Royal Government of Bhutan, Thimphu

Mr Karma Tshiteem, Deputy Secretary, Policy and Planning Division, Ministry of Finance, Royal Government of Bhutan, Thimphu

Mr Chitem Tenzin, First Secretary, Permanent Mission of the Kingdom of Bhutan to the United Nations Office at Geneva and Specialized Agencies in Switzerland

India

Mrs Sushma Swaraj, Minister for Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi

Mr Anshu Prakash, Private Secretary to the Minister, Ministry for Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi

Mr Prasanna K. Hota, Secretary, Health and Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi

Ms Sujatha Rao Kanuru, Principal Secretary, Government of Andhra Pradesh, New Delhi

Dr Ranjit Roy Chaudhury, Emeritus Scientist, National Institute of Immunology, New Delhi

Mr Rajesh Bhushan, Director, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi

Mr Hardeep Singh Puri, Ambassador, Permanent Mission of India to the United Nations Office and other International Organizations in Switzerland

Mr Arun Kumar Chatterjee, First Secretary, Permanent Mission of India to the United Nations Office and other International Organizations in Switzerland

Indonesia

Dr Anhari Achadi, Senior Adviser to the Minister of Health, Ministry of Health, Jakarta

Prof. Dr Bambang Bintoro Soedjito, Deputy Minister for Local Autonomy and Regional Development, National Development Planning Agency (BAPPENAS), Jakarta

Myanmar

Dr/Prof. Mya Oo, Deputy Minister of Health, Ministry of Health, Yangon

Mr Aung Kyaing, Deputy Director-General, Department of Health Planning, Ministry of Health, Yangon

Mrs Aye Aye Mu, Counsellor, Permanent Mission of the Union of Myanmar to the United Nations Office and the International Organizations at Geneva

Mr Tha Aung Nyun, Counsellor, Permanent Mission of the Union of Myanmar to the United Nations Office and the International Organizations at Geneva

Mr Myint Thu, First Secretary, Permanent Mission of the Union of Myanmar to the United Nations Office and the International Organizations at Geneva

Mr Kyaw Thu Nyein, Second Secretary, Permanent Mission of the Union of Myanmar to the United Nations Office and the International Organizations at Geneva

Nepal

Mr Kamal Thapa, Minister of Health, Ministry of Health, Kathmandu

Mr Bhoj Raj Ghimire, Member-Secretary, National Planning Commission, His Majesty's Government of Nepal, Kathmandu

Mr Bijaya Raj Bhattarai, Secretary, Ministry of Health, Kathmandu

Mr Surendra Mani Tripathi, Under Secretary, Ministry of Finance, Kathmandu

Dr H.N.Acharya, Member of the Executive Board of the World Health Organization and Chief Public Health Administrator, Ministry of Health, Kathmandu

Mr Gyan Chandra Acharya, Ambassador, Permanent Mission of Nepal to the United Nations Office and other International Organisations at Geneva

Dr B. Datt Chataut, Director-General, Department of Health Services, Kathmandu

Sri Lanka

Mr Sajith Premadasa, Deputy Minister, Ministry of Health, Nutrition and Welfare, Colombo

Dr Patricia Alailima, Director-General, National Planning Department, Ministry Policy Planning, Colombo

Mr Namasivayam Pathmanathan, Deputy Secretary to the Treasury, Ministry of Finance, Colombo

Dr Reginald Perera, Secretary, Ministry of Health, Nutrition and Welfare, Colombo

Mr Prasad Kariyawasam, Ambassador, Permanent Mission of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Mr Senarath Dissanayake, Second Secretary, Permanent Mission of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Tailandia

Mrs Sudarat Keyuraphan, Minister of Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Prof. Arun Pausawasdi, Adviser to the Minister, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Prof. Dr Pakdee Pothisiri, Deputy Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr Samlee Plianbangchang, Dean, College of Public Health, Chulalongkorn University, Adviser to the Minister of Health, Bangkok

Dr Amnuay Gajeena, Director, Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr Sombat Thanprasertsuk, Director, Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Mrs Rossukon Kangvallerit, Chief Policy Group, Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Mrs Saichai Limtrakool, Foreign Relations Officer, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Mr Boonyong Vechamanesri, Deputy Secretary-General, National Economic and Social Development Board, Royal Thai Government, Bangkok

Mr Suchart Jaovisidha, Minister of Finance, Ministry of Finance, Bangkok

Mr Sirute Swasdipanich, Director-General, Fiscal Policy Office, Ministry of Finance, Bangkok

Ms Chularat Suteethorn, Director, Bureau of Macroeconomics and International Economics, Ministry of Finance, Bangkok

Mrs Luxmon Attapich, Tax Specialist, Office of the Secretary to the Minister, Ministry of Finance, Bangkok

Mr Nadhavudh Dhamasiri, Economist, Office of the Secretary to the Minister, Ministry of Finance, Bangkok

Ms Karmjana Tangpakorn, Economist, Fiscal Policy Office, Ministry of Finance, Bangkok

Ms Sawangchit Laohathai, Economist, Office of the Secretary to the Minister, Ministry of Finance, Bangkok

Mrs Krisana Chandraprabha, Minister, Permanent Mission of Thailand to the United Nations Office and other Specialized Agencies in Switzerland

Mr Witchu Vejajiva, First Secretary, Permanent Mission of Thailand to the United Nations Office and other Specialized Agencies in Switzerland

Mr Nikorndej Balankura, First Secretary, Permanent Mission of Thailand to the United Nations Office and other Specialized Agencies in Switzerland

Dr Supark Prongthura, First Secretary, Permanent Mission of Thailand to the United Nations Office at Geneva and the Specialized Agencies in Switzerland

REGIÓN DEL PACÍFICO OCCIDENTAL

Camboya

Dr Veasna Kiry Lo, Deputy Director, Planning Department, Ministry of Health, Phnom Penh

Mr Sunly Ieng, First Deputy Director, Budgeting Department, Ministry of Economy and Finance, Phnom Penh

China (República Popular)

Mr Qiang Gao, Executive Vice-Minister of Health, Ministry of Health, Beijing

Mr Zukang Sha, Ambassador, Permanent Mission of the People's Republic of China to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Mr Chonghe Zhang, Bureau Director, General Office of the State Council, Beijing

Mr Dongsheng Wang, Deputy Director General, Department of Social Development, National Development and Reform Commission, Beijing

Ms Heping Lu, Director-General, Social Security Department, Ministry of Finance, Beijing

Dr Li Yin, Deputy Director General, Ministry of Health, Beijing

Dr Minghui Ren, Deputy Director General, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Mr Dezhi Yu, Deputy Director General, Department of Planning and Finance, Ministry of Health, Beijing

Mr Jinguo He, Deputy Director, Department of Social Security, Ministry of Finance, Beijing

Dr Qingdong Qi, Director, Division of Multilateral Relations, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Mr Fuquan Lu, Secretary to the Minister, Ministry of Health, Beijing

Filipinas

Dr Manuel Dayrit, Secretary of Health, Department of Health, Sta Cruz Manila

Ms Emilia Boncodin, Secretary, Department of Budget and Management, Ministry of Finance, Manila

Ms Erlinda M. Capones, Director, National Economic and Development Authority, Pasig

Viet Nam

Prof./Dr Manh Hung Pham, Vice Minister, Ministry of Health, Hanoi

Mr Hai Huynh Quang, Director-General of Department, Ministry of Finance, Hanoi

Mr Minh Chien Ho, Director-General, Department of Labour and Socio-Cultural Affairs, Ministry of Planning and Investment, Hanoi

Mrs Thi Thu Ha Le, Deputy Director, International Cooperation Department, Ministry of Health, Hanoi

Mr Huy Tan Vu, Permanent Mission of the Socialist Republic of Viet Nam to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

PARTICIPANTES REGIONALES Y DE PAÍS DE LA OMS

OFICINAS DE PAÍS EN LA REGIÓN DE ÁFRICA

Dr Chris Mwikisa, CMH Focal Point, WHO/AFRO, Brazzaville

Dr Benjamin Musembi Nganda, Regional Adviser - Poverty and Ill Health, WHO/AFRO, Brazzaville

Dr Balbina Ventura Félix, DPC Officer, WHO Country Office, Angola

Dr Teferra Wonde, Senior Policy Adviser, WHO Country Office Ethiopia, Addis Ababa

OFICINAS DE PAÍS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Dr Pedro Brito, Strategic Health Development Manager, WHO/PAHO, Washington DC

Dr Daniel López-Acuña, DPM, AMRO/PAHO Regional Office, Washington D.C.

Dr Ruben Suarez, Regional Adviser, Health Economics and Financing, WHO/PAHO, Washington D.C.

Ms Ilona Kickbusch, Senior Adviser for Millennium Goals and Health Targets, AMRO/PAHO Regional Office, Washington D.C.

Mrs Veta F. Brown, Caribbean Program Coordinator and WHO Representative in Barbados

Dr Joaquín Molina, Señor Representante de la OPS/OMS, México

Dr Luis Eliseo Velásquez, Adviser on Health Services, WHO Representative, Peru

OFICINAS DE PAÍS EN LA REGIÓN DEL MEDITERRÁNEO ORIENTAL

Dr Mubashar Sheikh, Regional Adviser, WHO/EMRO, Cairo

Dr Hussein Salehi, Regional Adviser, Economics, Legislation & Ethics, WHO/EMRO, Cairo

Dr Jihane Tawilah, WHO Representative, Djibouti

Dr Bijan Hamidi, Medical Officer, Focal Point for CMH, Iran

Dr Khalif Bile Mohamud, WHO Representative, Pakistan

Dr Guido Sabatinelli, WHO Representative, Sudan

Dr Hashim El-Mousaad, WHO Representative, Yemen

OFICINAS DE PAÍS EN LA REGIÓN DE EUROPA

Dr Erio Ziglio, Head, WHO European Office for Investment for Health and Development, Venice

Dr Marc Suhrcke, Scientist – Economic Development, WHO/EURO, Venice

Dr Farman Abdullayev, WHO Liaison Officer, Azerbaijan

Dr Jarno Habicht, WHO Liaison Officer, WHO Liaison Office, Estonia

OFICINAS DE PAÍS EN LA REGIÓN DE ASIA SUDORIENTAL

Dr Poonam Khetrapal Singh, Deputy Regional Director, WHO/SEARO, New Delhi

Mr Bhupinder Singh Lamba, Sustainable Health Policy Officer, CMH Focal Point, WHO/SEARO, New Delhi

Dr Suniti Acharya, WHO Representative, Bangladesh

Dr Georg Petersen, WHO Representative, Indonesia

Dr Sarah Barber, Health policy and systems, WHO Indonesia

Dr Agostino Borra, WHO Representative, Myanmar

Dr Klaus Wagner, WHO Representative, Nepal

Dr Kan Tun, WHO Representative, Sri Lanka

Dr Bjorn Melgaard, WHO Representative, Thailand

OFICINAS DE PAÍS EN LA REGIÓN DEL PACÍFICO OCCIDENTAL

Dr Dorjsuren Bayarsaikhan, Technical Officer, WHO/WPRO, Manila

Dr Dean Shuey, WHO Country Office, Lao PDR

Dr Salik Govind, Programme Management Officer, WHO Country Office, Papua New Guinea

Dr Hendrik Jan Bekedam, WHO Representative, China

Dr James Killingsworth, WHO Country Office, China

Dr Jean-Marc Olivé, WHO Representative, Philippines

Mrs Heather O'Donnell, Technical Officer, Health Systems Development, Viet Nam

OFICINAS DE ENLACE DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Dr Katja Janovsky, Director, WHO Office at the World Bank and IMF, United States of America

COLABORADORES DE LA CMS

Professor Anne Mills, Head, Health Economics and Financing Program, London School of Hygiene & Tropical Medicine, United Kingdom

Mr Rajiv Misra, Consultant, Former Health Secretary, Government of India, India

Ms Carin Norberg Tham, Executive Director, Transparency International, Germany

Professor Jeffrey Sachs, Director, The Earth Institute at Columbia University, United States of America

Professor Alan A. Tait, Honorary Professor, University of Kent, United Kingdom

PAÍSES DONANTES

Alemania

Ms Kirsten Faehrmann, Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ), Bonn

Australia

Ms Margaret Callan, Adviser, AusAID, Permanent Mission of Australia to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Bélgica

Mr Johannes Bosteels, Mission permanente de la Belgique auprès de l'Office des Nations Unies et des Institutions spécialisées à Genève

Canadá

Dr Montasser Kamal, Chief, UN Health-Related Institutions Unit, United Nations and Commonwealth Division, Multilateral Programs Branch, Canadian International Development Agency, Quebec

Dinamarca

Dr Jorn Helderup, Senior Health Adviser, Danida, Ministry of Foreign Affairs, Copenhagen

Dr Astrid Permin, Technical Adviser, Health Ministry of Foreign Affairs, Copenhagen

Estados Unidos de América

Mr David E. Hohman, Health Attaché, United States Mission to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Dr Daniel Kraushaar, Director, BASICS II Project, USAID, Arlington, VA

Finlandia

Mr Matti Jaskari, Counsellor, Ministry of Foreign Affairs, Helsinki

Mrs Kristiina Häikiö, Counsellor, Permanent Mission of Finland to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Ms Eeva Ollila, Senior Researcher, National Research and Development Centre for Social Affairs and Health, STAKES, Helsinki

Italia

Dr Laura Pecoraro, Intern, Permanent Mission of Italy to the United Nations Office at Geneva and Specialized Institutions in Switzerland

Mrs Natalia Quintavalle, First Counsellor, Social Affairs, Permanent Mission of Italy to the United Nations Office at Geneva and Specialized Institutions in Switzerland

Mrs Maria Pia Rizzo, Expert, Italian Ministry of Foreign Affairs, Rome

Japón

Mr Satoshi Hemmi, First Secretary, Permanent Mission of Japan to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Luxemburgo

M. Alphonse Berns, Ambassadeur, Mission permanente du Grand-Duché de Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Mme Nadine Maisch, Premier Secrétaire à la Mission permanente du Grand-Duché de Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Noruega

Dr Sigrun Møgedal, Senior Health Adviser, NORAD, Oslo

Dr Paul Richard Fife, Health Adviser, HESO (Centre for Health and Social Development) NORAD, Oslo

Países Bajos

Ms Saskia Bezoen, Policy Officer, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mr Anno H.Y. Galema, Senior Adviser, Health systems, Social and Institutional Development Department, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Ms Monique Middelhoff, First Secretary, Permanent Mission of the Kingdom of the Netherlands to the United Nations Office and International Organizations at Geneva

Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dr Julian Lob-Levyt, Chief, Human Development and Health Adviser, Department for International Development (DFID), London

Ms Alison Forder, Health Adviser, Service Delivery Team, Department for International Development (DFID), London

Suecia

Ms Britta Nordström, Senior Medical Officer, SIDA, Stockholm

FUNDACIONES

Dr Sally K. Stansfield, Associate Director, Global Health Strategies, Bill & Melinda Gates Foundation, United States of America

Ms Regine Webster, Fellow, Bill & Melinda Gates Foundation, United States of America

Dr David Fleming, Director of Global Health Strategies, Bill & Melinda Gates Foundation, United States of America

FONDOS Y ASOCIACIONES INTERNACIONALES

Dr Mercy Ahun, Principal Officer, Global Alliance for Vaccines & Immunization (GAVI), Switzerland

Mrs Mariangela Bavicchi-Lerner, External Relations Manager, The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (GFATM), Switzerland

Mr Brad Herbert, Senior Director for Strategy, Planning and Program Support, The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (GFATM), Switzerland

BANCOS INTERNACIONALES

Mr Pablo Gottret, Senior Economist, Human Development Program, The World Bank, United States of America

Dr Peter S. Heller, Deputy Director, Fiscal Affairs Department, International Monetary Fund (IMF), United States of America

Mr Alex Preker, Lead Economist, Health, Nutrition and Population, World Bank, United States of America

Mr George Schieber, Health and Social Protection Sector Manager, Middle East and North Africa Region, World Bank, United States of America

Dr Lisa Studdert, Health Specialist, Regional and Sustainable Development Department (RSDD), Asian Development Bank (ADB), Philippines

INSTITUCIONES ACADÉMICAS Y DE INVESTIGACIÓN

Prof. David Canning, Harvard University, United States of America

Dr Lincoln C. Chen, Director, Global Equity Initiative, Harvard University, United States of America

Dr Louis J. Currat, Executive Secretary, Global Forum for Health Research, Switzerland

Mr Andres de Francisco, Senior Public Health Specialist, Global Forum for Health Research, Switzerland

Ms Mette Kjaer, Country Director, African Medical Research Foundation (AMREF), Kenya

Ms Veloshnee Govender, Public Health Specialist, Global Forum for Health Research, Switzerland

Prof. Stephen Leeder, Professor of Public Health, Mailman School of Public Health and The Earth Institute at Columbia University, United States of America

Mrs Maria Paalman, Senior Health Adviser, Royal Tropical Institute, The Netherlands

Dr Carol Medlin, Senior Researcher, Institute for Global Health, University of California, San Francisco, United States of America

Dr Catherine Michaud, Senior Research Associate, Harvard Centre for Population and Development Studies, United States of America

Dr Joshua Ruxin, Assistant Clinical Professor of Public Health, Center for Global Health and Economic Development, Mailman School of Public Health and The Earth Institute at Columbia University, United States of America

Ms Ann Rosenberg, Associate Director Macrohealth, Center for Global Health and Economic Development, Mailman School of Public Health and The Earth Institute at Columbia University, United States of America

Dr Abusaleh Shariff, Chief Economist, Head, Human Development Division, National Council of Applied Economic Research, India

Mr Ronald Jay Waldman, Deputy Director, Center for Global Health and Economic Development, Mailman School of Public Health and The Earth Institute at Columbia University, United States of America

Professor Jacques van der Gaag, Professor of Economics & Dean, Amsterdam University; Director, Amsterdam Institute for International Development, Netherlands

ENTIDADES REGIONALES

Prof. Eric Buch, Health Adviser, New Partnership for Africa's Development (NEPAD), South Africa

Dr Mauricio Alberto Bustamante García, Director, Andean Health Organization (ORAS), Peru

Mr Paul Isenman, Head, Policy Coordination Division, Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), France

Ms Sophie Asimenye Kalinde, Chief of Delegation, Permanent Delegation of the Commission of the African Union

Mr Venant Wege-Nzomwita, Counsellor, Permanent Delegation of the Commission of the African Union to the United Nations in Geneva

COMISIONES REGIONALES DE LAS NACIONES UNIDAS

Mr Kim Ganglip, Expert, Health and Development Section, Emerging Social Issues Division, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP), Thailand

Mr Markus Haacker, Senior Economist, Commission for HIV/AIDS and Governance in Africa, United Nations Economic Commission for Africa

OTRAS ORGANIZACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Ms Marieke Boot, Technical Adviser Health Sector Reform and SWAPs, Reproductive Health Branch, United Nations Population Fund (UNFPA), United States of America

Mr Jay Chaubey, Senior Adviser, Division of Policy and Planning, United Nations Children's Fund, United States of America

Mr Pedro Conceicao, Deputy Director, Office of Development Studies, United Nations Development Program (UNDP), United States of America

Mr Luc Franzoni, Deputy-Director, Geneva Liaison Office, United Nations Development Program (UNDP), Switzerland

Mr Garislav Chkolenok, Senior Scientific Affairs Officer, UNEP, Switzerland

Mr Robert Greener, Economics Adviser, UNAIDS, Switzerland

Ms Juliana Gonsalves, Economic Affairs Officer, Special Programme for Least Developed, Landlocked and Island Developing Countries, UNCTAD, Switzerland

Ms Mina Mashayekhi, Trade Negotiations and Commercial Diplomacy Branch, Division on International Trade in Goods and Services and Commodities, United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD), Switzerland

Mr Themba N. Masuku, Director, FAO Liaison Office with the United Nations in Geneva, Switzerland

Ms Christiane Wiskow, Health Services Specialist, International Labour Office, Switzerland

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Mr Alvaro Bermejo, Head, Health and Care Department, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

Ms Joy Muller, International Representation Officer, Humanitarian Advocacy Department, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

Mr Jove Oliver, Communications Manager, Massive Effort Campaign, Switzerland

Dr Mit Philips, Research Centre Brussels, Médecin Sans Frontières, Belgium

Mr Hakan Sandbladh, Senior Officer, Health and Care Department, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

Ms Nance Upham, President, People's Health Movement, Geneva International, Switzerland

Mr Roy Widdus, Program Manager, Initiative on Public-Private Partnerships for Health (IPPPH), Global Forum for Health Research, Switzerland

Dr Randy Wykoff, Senior Vice President International Operations, Project HOPE – People-to-People Foundation, United States of America

SECTOR PRIVADO

Mr Boris Azais, IFPMA Fellow and Director of External Policy, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA), Switzerland (Alternate)

Dr Harvey E. Bale, Jr, Director-General, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA), Switzerland

Ms Anne-Leonore Boffi, Research Assistant, World Business Council for Sustainable Development (WBCSD), Switzerland

Dr Eric Noehrenberg, Director, International Trade and Market Issues, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA), Switzerland (Alternate)

PARLAMENTARIOS

Ms Ruth Genner, President, MP – Switzerland, Inter-European Parliamentary Forum on Population and Development, Belgium

OTROS PARTICIPANTES

Dr Richard Bumgarner, WHO Consultant, United States of America

Dr Ernst Becher, Consultant on health economics and financing, Professor, American Graduate School of Business, France

Dr Carlos Tiny, WHO Consultant, Sao Tome and Principe

Mrs Asteria Peñaloza, TheBellsConsultants

Mr Jean-Jacques Monot, TheBellsConsultants (Alternate)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Participantes de la sede de la OMS

Dr LEE Jong-wook , Director-General

Mr Denis Aitken, Director of the Office of the Director-General

Dr Anarfi Asamoah-Baah, Assistant Director-General, Communicable Diseases

Dr Kazem Behbehani, Assistant Director-General, External Relations and Governing Bodies

Dr Jack C. Chow, Assistant Director-General, HIV/AIDS, TB and Malaria

Dr Timothy G. Evans, Assistant Director-General, Evidence and Information for Policy

Dr Kerstin Leitner, Assistant Director-General, Sustainable Development and Healthy Environments

Dr Liu Peilong, Adviser to the Director-General

Dr Joy Phumaphi, Assistant Director-General, Family and Community Health

Dr Catherine Le Galès-Camus, Assistant Director-General, Non Communicable Diseases and Mental Health

Dr Anders Nordström, Assistant Director-General, General Management

Dr Michel Jancloes, Adviser to the Director-General

Dr Jim Kim, Adviser to the Director-General

Mrs Namita Pradhan, Adviser to the Director-General

Dr Ian Smith, Adviser to the Director-General

Dr Robert Beaglehole, Director, ADGO/EIP

Dr Vladimir Lepakhin, Assistant Director-General, Health Technology and Pharmaceuticals

Dr Dan Bleed, Medical Officer, Tuberculosis Monitoring and Evaluation, Stop TB

Dr Andrew Cassels, Director, HDP/SDE

Dr David B. Evans, Director, Global Programme on Evidence for Health Policy (GPE/EIP)

Dr Charu C. Garg, Economist (Health), Global Programme on Evidence for Health Policy (EIP)

Dr Corinna Hawkes, Technical Officer, Office of the Director-General

Dr Patrick Kadama, Adviser, Evidence and Information for Policy (EIP)

Ms Patience Kuruneri, Senior Policy Adviser, HTM/RBM Partnership Secretariat

Dr Eugenio Villar Montesinos, Coordinator, Pro-poor Health Policy

Dr Ke Xu, Health Economist, Global Programme on Evidence for Health Policy (GPE/EIP)

Secretaría de la CMS

Dr Sergio Spinaci, Executive Secretary, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Mrs Bernadette Capay, Secretary, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Ms Valerie Crowell, Communications Officer, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Dr Silvia Ferazzi, Partnerships and Civil Society Officer, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Ms Aquilina John-Mutaboyerwa, Administrative Assistant, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Dr Agnès Leotsakos, Communications Adviser, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Mr Thomas O'Connell, Technical Officer, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Mrs Marie-Thérèse Panayotti, Secretary, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Ms Maya Samara, Planning Officer, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Dr Padma Shetty, Technical Officer, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments

Mrs Hiwot Taffese, Clerk/Secretary, Coordination of Macroeconomics and Health Support Unit, Sustainable Development and Healthy Environments



Organización Mundial de la Salud
Ginebra

Grupo orgánico Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables

Aumento de las Inversiones en Resultados Sanitarios para los Pobres

Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud

28-30 de octubre de 2003 – Ginebra, Suiza

ANEXO 2: Orden del día y programa

Martes 28 de octubre de 2003 - Reunión preparatoria

Participantes: Altos funcionarios de los países y miembros del personal de la OMS de las regiones, los países y la Sede

Lugar: Organización Mundial de la Salud, Sala del Consejo Ejecutivo

8.30 – 9.30 Inscripción y café

9.30 – 10.15 Palabras de bienvenida

Sr. Denis Aitken, Director de la Oficina del Director General, OMS

Presentación del plan de trabajo para la jornada

Dr. Sergio Spinaci, Secretario Ejecutivo, Coordinación del Apoyo en materia de Macroeconomía y Salud, OMS

Discurso de apertura:

«Reforma sanitaria en favor de los pobres - Por qué, qué y cómo»

Sr. Rajiv Misra, ex Secretario de Salud, Gobierno de la India

10.15 - 10.30 Distribución de los participantes en tres grupos de trabajo:

Lugares de reunión: grupo 1, Sala del Consejo Ejecutivo; grupo 2, Sala B y grupo 3, Sala D

10.30 – 12.45 Grupos de trabajo (En los anexos A, B y C figura el orden del día detallado para cada grupo de trabajo)

Grupo de trabajo 1 sobre el tema 1:

Cómo mejorar la eficacia de los sistemas de salud y hacer un seguimiento de los resultados

Presidenta: Profesora Anne Mills, Head of Health Economics and Financing Program, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres

Relatora: Dra. Padma Shetty, Coordinación del Apoyo en materia de Macroeconomía y Salud, OMS

Grupo de trabajo 2 sobre el tema 2:

Cómo conseguir que la salud sea una parte esencial de la estructura macroeconómica del país y aumentar la asignación de los recursos internos destinados a la salud

Copresidente: Dr. Peter S. Heller, Subdirector del Departamento de Finanzas Públicas, Fondo Monetario Internacional (FMI)

Copresidente: Sr. Alexander Preker, Economista en Jefe, Salud, Nutrición y Población, Banco Mundial

Copresidente: Sr. Pablo Gottret, Senior Economist for Health Financing, Salud, Nutrición y Población, Banco Mundial

Relator: Sr. Richard Bumgarner, Consultor de la OMS

Grupo de trabajo 3 sobre el tema 3:

Cómo mejorar la previsibilidad de la financiación externa y la coordinación con las entidades asociadas

Copresidente: Sr. Paul Isenman, Head of Policy Coordination Division, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)

Copresidenta: Sra. Carin Norberg, Directora Ejecutiva, Transparency International

Relatora: Dra. Silvia Ferazzi, Coordinación del Apoyo en materia de Macroeconomía y Salud, OMS

12.45 – 14.15 Almuerzo

Martes 28 de octubre de 2003 - Reunión preparatoria (continuación)

- 14.15 – 16.15** Continucción de los debates de los grupos de trabajo
- 16.15 – 16.45** Pausa para el café fuera de la Sala del Consejo Ejecutivo
- 16.45 – 17.45** Debate en sesión plenaria en la Sala del Consejo Ejecutivo con la asistencia de todos los participantes
 Presidente: Dr. Jim Kim, Asesor del Director General, OMS
 Resumen de las deliberaciones de los tres grupos de trabajo a cargo de los Presidentes de los grupos de trabajo
 Deliberaciones de los grupos y conclusiones a cargo del Dr. Jim Kim
- 17.45 – 18.30** Reunión de Relatores de los tres grupos de trabajo: preparación del informe

Miércoles 29 de octubre de 2003

Participantes: Delegaciones de los países, organismos asociados y otros participantes; miembros del personal de la OMS

Lugar: Organización Mundial de la Salud, Sala del Consejo Ejecutivo

Moderadora: Dra. Kerstin Leitner, Subdirectora General, Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables, OMS

- 8.15 – 8.45** Inscripción y café
- 8.45 – 10.15** Discurso de apertura a cargo del Dr. LEE Jong-wook, Director General, OMS
 Designación de los presidentes a cargo de la Dra. Kerstin Leitner, Subdirectora General, OMS
- Palabras de apertura a cargo del Presidente de la sesión matutina:**
 Sra. Sushma Swaraj, Ministra de Salud y Bienestar de la Familia y de Asuntos Parlamentarios, Gobierno de la India
- Discurso de apertura:**
 «Economía sanitaria, crecimiento y reducción de la pobreza», a cargo del Profesor Lincoln Chen, Kennedy School of Government, Universidad de Harvard
 Reseña sobre las reuniones regionales del Mediterráneo Oriental, de África, y de Asia Sudoriental a cargo del Dr. Sergio Spinaci, Secretario Ejecutivo, Unidad de Coordinación del Apoyo en materia de Macroeconomía y Salud, OMS

10.15 – 10.45 Pausa para el café

10.45 - 13.00 Tema 1: Cómo mejorar la eficacia de los sistemas de salud y hacer un seguimiento de los resultados

Disertación a cargo de la Profesora Anne Mills, Head of Health Economics and Financing Program, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres

A continuación, comentarios y debate

Exposición a cargo de los países

República Popular China

Ghana

A continuación, comentarios y debate

Resumen de los debates a cargo del Presidente

13.00 – 14.30 Almuerzo

Miércoles 29 de octubre de 2003 (continuación)

14.30 – 15.30 Observaciones preliminares a cargo del Presidente de la sesión vespertina

Disertación: «Cuáles son las contribuciones necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio»

a cargo del Profesor Jeffrey Sachs, Asesor Especial del Secretario General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y Director del Earth Institute, Universidad de Columbia (Estados Unidos de América)

Tema 2: Cómo conseguir que la salud sea una parte esencial de la estructura macroeconómica del país y aumentar la asignación de los recursos internos destinados a la salud

Disertaciones a cargo del Profesor Peter S. Heller, Subdirector, Departamento de Finanzas Públicas, FMI, y del Sr. George Schieber, Administrador, Sector de Salud y Protección Social, región de Oriente Medio y Norte de África, Banco Mundial

A continuación, comentarios y debate

15.30 – 15.45 Pausa para el café

15.45 – 17.15 Exposición a cargo de los países

Etiopía

Sri Lanka

A continuación, comentarios y debate

Resumen de los debates a cargo del Presidente

Miércoles 29 de octubre de 2003 - Reunión oficiosa con la delegación de China

Hora: 17.30 - 18.30

Participantes: Todos los participantes en la reunión consultiva

Lugar: Organización Mundial de la Salud, Sala del Consejo Ejecutivo

Palabras de apertura a cargo del Presidente de la sesión, Dr. Hendrik Jan Bekedam,
Representante de la OMS, China

**Debate sobre la manera en que China ha abordado la reciente
crisis de salud pública**

Jueves 30 de octubre de 2003

Participantes: Delegaciones de los países, organismos asociados y
otros participantes; miembros del personal de la OMS

Lugar: Organización Mundial de la Salud, Sala del Consejo Ejecutivo

Moderadora: Dra. Kerstin Leitner, Subdirectora General,
Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables, OMS

8.30 – 8.45 Pausa para el café

8.45 – 10.15 Palabras de apertura a cargo del Presidente de la sesión matutina**Tema 3: Cómo mejorar la previsibilidad de la financiación externa y la coordinación con las entidades asociadas**

Disertación a cargo del Sr. Paul Iseman, Head of Policy Coordination Division, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)

Disertación: «Novedosos mecanismos de financiación de la salud»

a cargo de la Dra. Sally K. Stansfield, Associate Director, Global Health Strategies, Fundación Bill y Melinda Gates

Disertación: Política del Canadá en materia de ayuda al exterior

a cargo del Dr. Montasser Kamal, Chief, UN Health-Related Institutions Unit, United Nations and Commonwealth Division, Multilateral Programs Branch, Canadian International Development Agency

A continuación, debate en sesión plenaria

10.15 – 10.30 Pausa para el café**10.30 – 12.00 Exposición a cargo de los países**

Mozambique

Indonesia

Djibouti

A continuación, comentarios y debate

Resumen de los debates a cargo del Presidente

12.00 – 14.00 Almuerzo

Jueves 30 de octubre de 2003 (continuación)

14.00 – 15.15

Observaciones preliminares a cargo del Presidente de la sesión vespertina

Resumen de consenso sobre los debates temáticos

Conclusiones y recomendaciones sobre los temas 1, 2 y 3 a cargo de:

- Profesora Anne Mills, Head, Health Economics and Financing Program, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres
- Dr. Peter S. Heller, Subdirector del Departamento de Finanzas Públicas, Fondo Monetario Internacional
- Sr. Paul Isenman, Head of Policy Coordination Division, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)

A continuación, observaciones y debates

15.15 – 15.30 **Pausa para el café**

15.30 – 17.15 **Declaración final de la consulta a cargo de:**

El Dr. Khandaker Mosharraf Hossain, Presidente de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud y Ministro de Salud y Bienestar de la Familia, Gobierno de Bangladesh

Recapitulación sobre medidas futuras y palabras de clausura a cargo de:

La Dra. Kerstin Leitner, Subdirectora General, Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables, OMS



Organización Mundial de la Salud
Ginebra

Grupo orgánico Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables

Aumento de las Inversiones en Resultados Sanitarios para los Pobres

Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud

28-30 de octubre de 2003 – Ginebra, Suiza

ANEXO 3: Lista de participantes de los grupos de trabajo

Grupo de trabajo I

Mejorar la eficacia de los sistemas de salud y hacer un seguimiento de los resultados

Lista de participantes

Presidenta: Profesora Anne Mills, London School of Hygiene and Tropical Medicine
Relatora: Dr Padma Shetty, Coordination of Macroeconomics and Health, WHO

Gobiernos

- Angola:** Dr Victor Nzima, Director of Planning, Ministry of Health
- Bangladesh:** Dr Daniul Islam, Second Secretary
Mr Muhammad Abdul Majid, Director-General, Prime Minister's Office
- Botswana:** Mr Mathias Chakalisa, Permanent Secretary for Health, Ministry of Health
- Camboya:** Dr Lo Veasna Kiry, Deputy Director, Planning and Health Information, Ministry of Health
- China:** Dr Ren Minghui, Deputy Director General, Department of International Cooperation, Ministry of Health
- Etiopía:** Dr Girma Azene, Director, Planning and Programming Department, Federal Ministry of Health
- Ghana:** Dr Kofi Ahmed, Chief Medical Officer, Minister of Health
Dr Moses Dani Baah, Deputy Minister of Health, Ministry of Health
- Indonesia:** Dr Anhari Achadi, Senior Adviser to the Minister of Health on Health Vulnerable Communities, Ministry of Health

Irán:	Mr Ghaempanah Mohamad Jafar, Deputy Minister for Development Management, Resources and Parliament Affairs
Jordania:	Dr Anwar Batieha, Secretary General of the Higher Health Council, Ministry of Health
Malawi:	Mr Nelson Nixon Kalanje, Director of Planning, Ministry of Health and Population
Mozambique:	Dr Humberto Cossa, National Director of Planning and Cooperation, Ministry of Health
Myanmar:	Prof. Mya Oo, Deputy Minister of Health, Ministry of Health
Nicaragua:	Lic. Eliseo Araúz Palacios, Director General de Planificación y Desarrollo, Ministerio de Salud
Nigeria:	Mr Shehu Sule, Director of Health Planning and Research, Ministry of Health
Sudáfrica:	Dr Percy Mahlali, Senior Technical Adviser to the Office of the Director-General of Health, Ministry of Health
Sri Lanka:	Dr Reggie Perera, Secretary, Ministry of Health, Nutrition and Welfare
República Unida de Tanzania:	Mrs Regina Kikuli, Head of Budget and Planning, Ministry of Health
Tailandia:	Dr Amnvay Gajeena, Director, BPS/MOPH
Uganda:	Mr Mwesigwa Rukutana, Minister of State for Finance, Planning and Economic Development in Charge of General Duties, Ministry of Finance, Planning and Economic Development Dr George Bagambisa, Planning Commissioner, Ministry of Health
Viet Nam:	Prof. Pham Manh Hung, Vice Minister, Ministry of Health

OMS

Sede:	Dr David B. Evans, Director, Global Programme on Evidence for Health Policy (GPE/EIP) Dr Robert Beaglehole, Director, ADGO/EIP Dr Dan Bleed, Medical Officer, Stop TB Dr Patrick Kadama, Adviser, EIP Ms Lin Yang Lin
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental:	Dr Hussein Salehi, Regional Adviser, WHO/EMRO
China:	Dr Hendrik Jan Bekedam, WHO Representative
Myanmar:	Dr Agostino Borra, WHO Representative
Viet Nam:	Mrs Heather O'Donell, Technical Officer, Health Systems Development, WR Office
Yemen:	Dr Hashim Ali E. El-Moussaad, WHO Representative

Otras organizaciones

Organismo Andino de Salud (ORAS)/Andean Health Agency:

Dr Mauricio Alberto Bustamante García, Secretario del ORAS-CONHU

Institute for Global Health, University of California, San Francisco:

Dr Carol Medlin, Policy Adviser and Senior Researcher

Centre for Poverty Reduction and Income Generation, Pakistan:

Dr Mushtaq A. Khan, Director

Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI):

Dr Mercy Ahun, Principal Officer

TheBellsConsultants: Ms Renée Asteria Peñaloza

People's Health Movement, Geneva International: Ms Nance Upham, President

Global Forum for Health Research: Ms Veloshnee Govender, Public Health Specialist

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association:

Mr Boris Azais, IFPMA Member and Director of External Policy

Permanent Mission of Nicaragua: Patricia Gawpbell

Norwegian Agency for Development Co-operation (NORAD):

Dr Sigrun Møgedal, Senior Health Adviser

Grupo de trabajo 2

Convertir la salud en una parte esencial de la estructura macroeconómica del país y aumentar la asignación de los recursos internos destinados a la salud

Lista de participantes

Copresidentes: Dr Peter S. Heller, Deputy Director, Fiscal Affairs Department, International Monetary Fund
Mr Alexander Preker, Lead Economist, Health, Nutrition and Population, World Bank
Mr Pablo Gottret, Senior Economist, Human Development Program, World Bank

Palabras de apertura: Dr Michel Jancloes, Adviser to the Director-General, WHO

Relator: Mr Richard Bumgarner, WHO Consultant

Gobiernos

Angola: Dr Pedro Kiala, Director of Cabinet for the Population Survey, Ministry of Planning

Argentina: Dr Ginés González García, Minister of Health, National Ministry of Health

Bhután: Mr Daw Tenzin, Secretary, Planning Commission

Botswana:	Mr Mathias Mandlebe, Deputy Secretary of Economic Affairs, Ministry of Finance and Development Planning
Camboya:	Mr Ieng Sunly, First Deputy Director, Budgeting Department, Ministry of Economy and Finance
China:	Dr Li Yin, Deputy Director-General, Ministry of Health Mr Dezhi Yu, Deputy Director-General, Department of Planning and Finance, Ministry of Health
Estonia:	Mr Erki Must, Adviser to the Minister, Ministry of Social Affairs
Ghana:	Mr Kwaku Agyeman-Manu, Deputy Minister of Finance and Economic Planning, Ministry of Finance and Economic Planning
India:	Ms Sujatha Rao, Personal Secretary, Government of Andhra Pradesh Mr Rajesh Bhushan, Director, International Health, Department of Health, Ministry of Health and Family Welfare
Indonesia:	Prof. Bambang Bintoro Soedjito, Deputy Minister for Local Acting and Regional Department, Ministry of National Planning
Irán:	Mr Koorosh Taherfar, Senior Officer, Ministry of Economic Affairs
Jordania:	Ms Hala Lattouf Bsisa, Secretary General, Ministry of Planning
Kenya:	Mr Stephen Wainaina, Chief Economist, Ministry of Planning and National Development
Malawi:	Lures Kalinonhe, Development and Aid Management Officer
Mozambique:	Dr Jose Sulemane, National Director of Planning and Budget, Ministry of Planning and Finance
Myanmar:	Dr U Aung Kyaing, Deputy Director-General, Department of Health Planning, Ministry of Health
Pakistán:	Dr Abdul Majid Rajput, Chief, National Health Policy Unit, Ministry of Health Mr Javed Sadiq Malik, Secretary, Planning and Development, Ministry of Finance
Perú:	Dr Álvaro Vidal Rivadeneyra, Señor Ministro de Salud, Ministerio de Salud
Filipinas:	Ms Erlinda M. Capones, Director, National Economic and Development Authority
Sri Lanka:	Dr Patricia Alailima, Director-General, National Planning Department, Ministry of Finance and Planning
Sudán:	Dr Mohamed Hassan Awad, Director of Health Economics Unit and Chairperson, Secretariat of CMH
Tailandia:	Mr Boonyong Vechamanesri, Deputy Secretary-General, National Economic and Social Development Board

OMS

Sede: Dr Eugenio Villar Montesinos, Evidence and Information for Policy (EIP)
Dr Charu Garg, EIP
Dr Ke Xu, EIP

Oficina Regional para el Pacífico Occidental: Dr Dorjsuren Bayarsaikhan, Technical Officer

Oficina Regional para Asia Sudoriental: Mr Bhupinder Singh Lamba, Sustainable Health Policy Officer, CMH Focal Point

Oficina Regional para África: Dr Benjamin Musembi Nganda, Regional Adviser, African Region, Poverty and Ill Health

China: Dr James Killingsworth, Country Adviser Technical Officer, Health System Development and Finance

Estonia: Dr Jarno Habicht, WHO Liaison Officer

Etiopía: Dr Tefera Wonde, Senior Policy Adviser

Indonesia: Dr Sarah Barber, Health Policy and Systems

Perú: Dr Luis E. Velásquez, Representante Interino de la OPS/OMS

Filipinas: Dr Jean-Marc Olivé, WHO Representative

Sudán: Dr Guido Sabatinelli, WHO Representative

Otras organizaciones

United Nations Children's Fund:
Mr Jay Chaubey, Senior Adviser, Division of Policy and Planning

National Council of Applied Economic Research, India:
Dr Abusaleh Shariff, Chief Economist, Head, Human Development Division

The World Bank:
Mr George Schieber, Health and Social Protection Sector Manager, Middle East and North Africa Region

National Institute of Immunology, India:
Dr Ranjit Roy Chaudhury, Emeritus Scientist

Philippines Mission: Maria Teresa C. Lepatan, Minister

Grupo de trabajo 3

Mejorar la previsibilidad de la financiación externa y aumentar la coordinación con las entidades asociadas

Lista de participantes

Copresidentes: M. Paul Isenman, Head, Policy Coordination Division, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
Ms Carin Norberg, Executive Director, Transparency International

Palabras de apertura: Dr Jim Kim, Adviser to the Director-General, WHO

Relatora: Dr Silvia Ferazzi, Coordination of Macroeconomics and Health, WHO/HQ

Gobiernos

Angola: Dr Domingos Manuel de Kiêza, Director of Cabinet, Vice Minister of Finance Office, Ministry of Finance

Argentina: Mr Andrés Leibovich, Vice-Minister of Health, Ministry of Health

Bhután: Mr Karma Tshiteem, Deputy Secretary, Policy and Planning Division, Ministry of Finance

Botswana: Mrs Neo Gaitiswe, Chief Economist, Ministry of Finance and Development Planning

China: Dr Qi Qingnong, Director, Division of Multilateral Relations, Department of International Cooperation, Ministry of Health

Etiopía: Mr Aklilu Shiketa, First Secretary, Permanent Mission of the Federal Democratic Republic of Ethiopia to the United Nations Office at Geneva

Ghana: Prof. George Gyan-Baffour, Director-General, National Development Planning Commission

India: Mr Prasanna Hota, Secretary, Health and Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare

Jordania: Dr Riyad Okour, Director of Health Economics, Ministry of Health

Kenya: Mr Maurice J.P. Kanga, Economic Secretary, Ministry of Finance

Malawi: Mrs Melia Lydia Maganga-Nkhoma, Senior Deputy Director, Ministry of Finance

Nepal: Mr Bijay Raj Bhattarai, Secretary, Ministry of Health

Nigeria: Mr Steve Kevuzna Aborishade, Assistant Director, Multilateral Ministry of Finance

Dr Tolu Fakeye, Deputy Director of International Health, Ministry of Health

Rwanda:	Mr Leonard M. Rugwadiza, Expert on Macroeconomics and Health, Ministry of Finance and Economic Affairs
Senegal:	Dr Birahim Diongue, Coordonnateur de la Cellule de Planification, Ministère de la Santé
Sudáfrica:	Dr Thuthula Balfour, Head of International Health Liaison, Department of Health, Ministry of Health
Sri Lanka:	Mr N. Pathmanathan, Deputy Secretary to the Treasury, Ministry of Finance
Sudán:	Mr Mohamed A. Falza, Minister of Finance and Economic, Ministry of Finance and National Economy
República Unida de Tanzania:	Mr Silvery B. Buberwa, Director of Social Services, Ministry of State, President's Office
Tailandia:	Mrs Saichai Limtrakool, Foreign Relations Officer, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health Mrs Rossukon Kangvallert, Chief of Health Policy Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

OMS

Sede:

Dr Corinna Hawkes, Technical Officer, Office of the Director-General
Nico Drager, Senior Adviser, Ethics, Trade, Human Rights and Law
Ms Patience Kuruneri, Senior Adviser, Roll Back Malaria
Heather Christian, Technical Officer, Government and Private Sector Relations
Dr Andrew Cassels, Director, MDGs, Health and Development Policy

Oficina Regional para África: Dr Chris Mwikisa, CMH Focal Point

Barbados: Mrs Veta F. Brown, Caribbean Program Coordinator

India: Mr Rajiv Misra, Consultant

Indonesia: Dr Georg Petersen, WHO Representative

Jordania: Dr Nahln Rifali, Technical Officer

Lao RDP: Dr Dean Shuey, Programme Management Officer

Nepal: Dr Klaus Wagner, WHO Representative

Papua Nueva Guinea: Dr Salik Govind, Programme Management Officer

Otras organizaciones

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM):

Mr Brad Herbert, Senior Director for Strategy, Planning and Program Support

Harvard Centre for Population and Development Studies:

Dr Catherine Michaud, Senior Research Associate

Organismo Andino de Salud (ORAS):

Dr Mauricio Alberto Bustamante García, Director

United Nations Development Programme (UNDP):

Mr Luc Franzoni, Deputy-Director, Geneva Office



Organización Mundial de la Salud
Ginebra

Grupo orgánico Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables

Aumento de las Inversiones en Resultados Sanitarios para los Pobres

Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud

28-30 de octubre de 2003 – Ginebra, Suiza

ANEXO 4: Resumen de las reuniones de los grupos de trabajo

Grupo de trabajo I: Mejorar la eficacia de los sistemas de salud y hacer un seguimiento de los resultados

Presidenta: Profesora Anne Mills, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres

Relatora: Dra. Padma Shetty, Coordinación del Apoyo en materia de Macroeconomía y Salud, OMS

El grupo de trabajo I de la Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud intercambió y examinó las experiencias y los objetivos de los países con relación a la mejora de la eficacia y la eficiencia de los sistemas de salud y el seguimiento de los resultados sanitarios, a fin de realizar una gestión más eficaz. Los debates se enmarcaron en tres áreas principales: 1) establecimiento de prioridades sanitarias nacionales; 2) limitaciones institucionales y estructurales y oportunidades existentes; y 3) seguimiento de los resultados. A continuación se resumen los aspectos clave definidos por los países durante las deliberaciones del grupo de trabajo.

Con el fin de **establecer adecuadamente las prioridades nacionales en materia de salud**, los países determinaron que los aspectos siguientes son los más importantes a la hora de hacer avanzar el proceso satisfactoriamente:

- Antes de empezar a examinar las prioridades, los componentes del sistema de salud deben evaluarse de forma realista. ¿Cómo se prestan los servicios de salud a la población? ¿Cuál es la combinación de servicios privados y servicios públicos? ¿Quiénes son los grupos vulnerables?
- El establecimiento de prioridades es un proceso interministerial dirigido por los gobiernos, que se inicia con el compromiso político en pro de la salud y el reconocimiento de que existe una relación entre la pobreza y la salud. Los países estimaron que las prioridades nacionales en materia de salud debían incluir el mantenimiento de la calidad y de la demanda de la asistencia sanitaria.

- Es necesario establecer prioridades a todos los niveles, ya que ello constituye la base de una gestión responsable por parte de las instancias normativas y de los proveedores de servicios de salud. Se trata de un esfuerzo concertado que engloba a varios sectores que afectan a la salud (como por ejemplo, la educación y el agua), el cual exige una mayor aceptación de que la salud se ve afectada por las intervenciones de otros sectores y que, a su vez, los buenos resultados y la productividad de esos sectores se ven influidos por el grado de salud de la población.
- En un entorno donde los recursos son limitados, hay conflicto entre prioridades y la prestación de los servicios de salud es pública y privada, el Estado debe centrarse en garantizar que el sistema de salud local llegue a los grupos más pobres mediante la aplicación de intervenciones prioritarias.
- Es necesario contar con bases de datos y sistemas de información fiables que proporcionen información para el establecimiento de prioridades. Los datos deben incluir información sobre los grupos vulnerables y sobre intervenciones costoeficaces que respondan a la situación local. Las herramientas utilizadas para establecer prioridades han de reflejar una evaluación objetiva de los datos disponibles. Para ello, es necesario mejorar los conocimientos técnicos y la capacidad analítica necesaria para examinar los datos.

Tras examinar los componentes de una **gestión más eficaz de los sistemas de salud**, los países determinaron que los aspectos siguientes son los más importantes a la hora de hacer avanzar el proceso satisfactoriamente:

- El mayor reto es mejorar el acceso a los servicios de salud en el ámbito comunitario, concretamente, en lo que respecta a los pobres y a los grupos marginados. El carácter combinado de las prestaciones y la financiación de la asistencia sanitaria exige que se haga hincapié en la planificación y la vigilancia en el ámbito distrital, y que se analice a nivel local la financiación y los obstáculos al acceso y a la calidad (por ejemplo, los efectos del pago de tarifas por los usuarios, los suministros y los mecanismos de gestión para prestar apoyo a las unidades periféricas, etc.). Cada país debe decidir cómo puede establecer una combinación óptima de servicios fijos y servicios periféricos, con el fin de garantizar el acceso a nivel comunitario y establecer la manera de llegar a los grupos a los que no se asiste adecuadamente.
- Para muchos países los recursos humanos constituyen el mayor obstáculo al funcionamiento de todo el sistema. Es preciso abordar las necesidades de reforma del sector público, así como las políticas macroeconómicas nacionales e internacionales que contribuyen a la insuficiente capacidad de los recursos humanos en el sector de la salud. Asimismo, hay que aumentar la cantidad de profesionales de la salud, corregir su mala distribución y mejorar su capacitación. Han de aplicarse estrategias innovadoras que permitan retener al personal sanitario en el país y combatir las bajas laborales, en especial debido a enfermedad (como por ejemplo, el VIH/SIDA).

- Los sistemas de salud han de idearse con el fin de recompensar los buenos resultados a todos los niveles y promover la capacidad de gestión. Un entorno de trabajo favorable y la satisfacción laboral son importantes incentivos a la hora de prestar servicios de salud de calidad y obtener buenos resultados. Hay que abordar los desajustes de incentivos y salarios entre las fuentes públicas, las privadas y las ONG.
- La movilización social es fundamental y básica en lo que respecta a la responsabilización de los proveedores, los políticos y los pacientes. Es necesario esforzarse más para mejorar el punto de conexión entre la oferta y la demanda, y el equilibrio entre los servicios preventivos y los curativos. Hay que evaluar y optimizar el papel de las organizaciones locales y las ONG en la mejora del acceso a los servicios de salud y de su financiación.

Tras examinar cuáles son los componentes con que debe contar todo **mecanismo eficaz destinado a hacer un seguimiento de los resultados**, los países determinaron que los aspectos siguientes son los más importantes para hacer avanzar el proceso satisfactoriamente:

- Es preciso que exista el compromiso de invertir en sistemas de información y en datos de calidad que permitan hacer un seguimiento y una evaluación, mediante el uso de indicadores sencillos y fiables, y el reconocimiento de la importancia de ese mecanismo en la formulación de políticas, la gestión orientada hacia los resultados y el seguimiento del desempeño a todos los niveles. Han de reforzarse las instituciones nacionales y académicas a fin de mejorar la capacidad de recopilar y analizar datos a nivel local para informar a las instancias normativas.
- Los países deben evitar la creación descoordinada de una multiplicidad de nuevos sistemas de información para distintas enfermedades, programas e iniciativas mundiales. A tal efecto y con el fin de superar la fragmentación existente, es esencial que los países tomen la iniciativa y garanticen la aplicación de una estrategia integrada.
- La descentralización y la existencia de proveedores públicos y privados exige que se disponga de acceso a la información y el seguimiento de los resultados, con el fin de garantizar una gestión responsable a todos los niveles. Debe poder accederse a los datos del sector privado, dado que se trata de un importante proveedor de servicios de salud a la población. Hay que hacer más hincapié en la responsabilización mutua de todas las partes interesadas.

Grupo de trabajo 2: Convertir la salud en una parte esencial de la estructura macroeconómica del país y aumentar la asignación de los recursos internos destinados a la salud

Copresidentes: Dr. Peter S. Heller, Subdirector del Departamento de Asuntos Fiscales, FMI
Sr. Alexander Preker, Banco Mundial
Sr. Pablo Gottret, Banco Mundial

Relator: Sr. Richard Bumgarner, consultor, OMS

Palabras de apertura: Dr. Michel Jancloes, Asesor del Director General, OMS

El grupo de trabajo 2 de la Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud intercambió y examinó las experiencias y los objetivos de los países relativos a convertir la salud en una parte esencial del desarrollo y a aumentar los recursos destinados a la salud. Los debates se enmarcaron en tres áreas principales: 1) examen de los mecanismos de coordinación multisectorial que permitan integrar de forma óptima las inversiones sanitarias en favor de los pobres en los planes nacionales de desarrollo y alcanzar los objetivos sanitarios; 2) establecimiento de métodos que permitan generar y reasignar recursos internos para aumentar el gasto sanitario; 3) indicar, examinar y, posiblemente, priorizar diferentes opciones que permitan a las alianzas públicas y privadas, y a las alianzas externas mejorar los resultados sanitarios en favor de los pobres.

Tras examinar el proceso destinado a **integrar las inversiones sanitarias en favor de los pobres en los planes de desarrollo nacionales**, los países determinaron que los aspectos siguientes eran los más importantes a la hora de hacer avanzar el proceso satisfactoriamente:

- Esta reunión de seguimiento de la CMS ha ofrecido una oportunidad excepcional de diálogo entre la comunidad sanitaria internacional, los ministros de finanzas y planificación, y los ministros de salud, lo que pone de manifiesto la importancia de colaborar para crear una base de datos que pueda utilizarse en la formulación de políticas.
- La mejora del desempeño del sector de la salud no solamente exige inversiones en el sector sanitario, sino también políticas que permitan mejorar el acceso a la educación, al agua potable y a las infraestructuras de saneamiento, e influir en el comportamiento de las familias con relación a distintos aspectos (mejorar la alimentación, abandonar el consumo de tabaco, etc.). Esto pone de relieve la importancia de adoptar un enfoque multisectorial a la hora de examinar el modo de mejorar los resultados sanitarios y priorizar el aumento del gasto en todos los sectores.
- Los países han de ser principalmente quienes promuevan la adopción de un conjunto de políticas gubernamentales que permitan mejorar la salud, teniendo en cuenta el carácter específico de los problemas sanitarios a los que se enfrentan, la forma en que se financian y se obtienen los recursos sanitarios, y si únicamente movilizándolo recursos internos

puede financiarse el gasto en salud necesario. En el caso de los países más pobres, los DELP constituyen la forma primordial de llegar a un consenso con relación a la priorización de recursos entre y en todos los sectores. En el caso de los países de ingresos medios, deben idearse modalidades diferentes a los DELP, con el fin de lograr que el establecimiento de prioridades del sector de la salud sea coherente.

- Los países han de fijarse objetivos ambiciosos, en particular si están gravemente afectados por el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis, tasas de mortalidad infantil elevadas y enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Para ello es necesario adoptar un enfoque creativo que permita actuar de forma diferente, resolver problemas y aumentar la capacidad limitada de los sistemas de salud, con el fin de que puedan absorber el aumento de los recursos. Es fundamental encontrar la forma de responder a la necesidad de aumentar el número de profesionales de la salud, en particular de personal paramédico. No obstante, los objetivos ambiciosos deben ser moderados y estar basados en estructuras fiscales que se ajusten a la realidad. No sería prudente elaborar un programa presupuestario de salud basado en recursos que no existen o que podrían dejar de existir.

Tras examinar distintas opciones para **generar y asignar recursos internos en favor de la salud**, los países determinaron que los aspectos siguientes eran los más importantes a la hora de hacer avanzar el proceso satisfactoriamente:

- Es fundamental intensificar la movilización de recursos internos para demostrar el compromiso de las políticas gubernamentales y dejar de depender de los recursos externos. Ello podría requerir una reforma fiscal y un aumento de los esfuerzos destinados a obtener ingresos. En particular, los países deben examinar la posibilidad de aplicar impuestos que beneficien a todas las partes, como por ejemplo sobre los productos del tabaco, lo que reduciría futuros efectos adversos en la salud y liberaría los recursos de las familias para destinarlos a inversiones más convenientes en alimentación y educación.
- También pueden mobilizarse recursos internos del siguiente modo:
 - reasignando el gasto presupuestario destinado a fines no productivos;
 - reasignando los gastos del presupuesto sanitario a usos y modalidades de prestación de servicios más eficaces y eficientes;
 - aplicando formas de intervención y tratamiento menos costosas (por ejemplo, mediante el uso de medicamentos genéricos); y
 - haciendo un uso más eficaz de los recursos (por ejemplo, mediante una reforma de la política de compras).
- La macroestabilidad es una condición indispensable para lograr un crecimiento económico real. La prevención de crisis financieras es fundamental para garantizar la estabilidad financiera de los sectores sociales. Los gobiernos pueden colaborar con

instituciones financieras internacionales, a fin de que las decisiones políticas adoptadas estén bien fundamentadas y de formular estrategias macroeconómicas que favorezcan una mayor capacidad de absorción, en particular programas sostenibles destinados a aumentar los recursos humanos en el sector sanitario. El FMI está tratando de crear un mecanismo financiero para combatir las crisis exógenas a que se enfrentan los países más pobres.

- El gasto público sanitario ha de concentrarse en los pobres. Si no se ve claramente que el aumento del gasto se centra en los problemas sanitarios de los pobres, es poco probable que se genere un flujo continuo de ayuda externa por parte de los donantes. También hay que prestar atención a las modalidades aplicadas, con el fin de asegurarse de que, al acceder a los servicios de atención de salud, los pobres no se vean empobrecidos por episodios patológicos imprevistos.
- Las medidas destinadas a movilizar recursos internos pueden verse facilitadas si los recursos de los donantes se traducen en programas eficaces. Los enfoques sectoriales y la aplicación de medidas de apoyo presupuestarias no condicionadas pueden facilitar la obtención del máximo beneficio posible de un flujo determinado de recursos externos. La buena gestión (la transparencia y la responsabilidad financiera) es decisiva para garantizar la continuidad y constancia del apoyo de los donantes.

Tras examinar la **participación de alianzas públicas y privadas y de asociados externos**, los países determinaron que los aspectos siguientes eran los más importantes a la hora de hacer avanzar el proceso satisfactoriamente:

- En muchos países pobres, la elaboración de una estrategia sanitaria equitativa y eficaz dependerá de cómo se decida incorporar de forma óptima el papel predominante del sector privado en la financiación y la prestación de servicios de salud. Para ello será preciso, entre otras cosas, definir el papel que desempeñará el aumento de los recursos externos. En los casos en que los desembolsos directos representen una parte importante del gasto sanitario total del país, los gobiernos han de garantizar que esos fondos contribuyan a obtener los máximos resultados sanitarios y se utilicen en planes de mancomunación de riesgos destinados a proteger a las familias de la pobreza.
- En el caso de los países más pobres, incluso el empleo más eficaz de los recursos internos no será suficiente. Es fundamental contar con programas bien formulados que gocen del apoyo de una asistencia externa constante y previsible. Hay que centrarse en intervenciones costoeficaces que puedan aplicarse mediante los canales existentes y que estén destinadas a las necesidades prioritarias de los pobres. Es imprescindible que los donantes financien la salud mediante donaciones y el alivio de la deuda. Los préstamos destinados a hacer frente a los gastos ordinarios provocan falta de sostenibilidad fiscal y dan lugar a futuras operaciones de salvamento para hacer frente a la deuda. Los recursos han de gestionarse mediante los presupuestos del Estado para evitar duplicaciones y falta de transparencia.

De cara al futuro. Los factores que inevitablemente determinarán la carga de morbilidad y las necesidades de servicios de salud en el futuro son claros:

- el cambio demográfico, en particular el envejecimiento de la población, incluso en los países más pobres;
- el desarrollo urbanístico, el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo, y otras enfermedades transmisibles;
- el aumento de la exposición al riesgo, que se traduce en un incremento de la carga de mortalidad y morbilidad por enfermedades no transmisibles.

En efecto, existe el riesgo de que el envejecimiento de la población y el aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles genere presiones sobre el gasto fiscal para hacer frente a necesidades sanitarias, que pueden desviar el gasto destinado a los pobres.

Grupo de trabajo 3: Mejorar la previsibilidad de la financiación externa y aumentar la coordinación con las entidades asociadas

Copresidentes: Sr. Paul Isenman, Jefe de la División de Coordinación de Políticas, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)

Sra. Carin Norberg, Directora Ejecutiva, Transparency International

Relatora: Dra. Silvia Ferazzi, Unidad de Coordinación del Apoyo en materia de Macroeconomía y Salud

Palabras de apertura: Dr. Jim Kim, Asesor del Director General, OMS

El grupo de trabajo 3 de la Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud intercambió y examinó las experiencias y los objetivos de los países relativos al aumento de la cantidad de recursos externos para mejorar los resultados sanitarios y a la mejora de la previsibilidad, eficacia y coordinación de la ayuda. Los debates se enmarcaron en tres áreas principales: 1) flujo de la asistencia para el desarrollo: evaluación de las tendencias más recientes y forma de aumentar la financiación; 2) aumento de la eficiencia de los mecanismos de financiación de los donantes; y 3) adopción de métodos viables de coordinación con las entidades asociadas.

Tras examinar las **tendencias más recientes de la asistencia para el desarrollo y cómo aumentar la financiación**, los países determinaron que los aspectos siguientes eran los más importantes a la hora de hacer avanzar el proceso satisfactoriamente:

- Se observó que la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) había aumentado por primera vez en 2002 (si bien la asistencia para el desarrollo destinada a las salud, incluida la financiación privada, se había incrementado de forma sostenida desde 1998), siendo las intervenciones contra el VIH/SIDA las que habían registrado el mayor aumento. La CMS

parece haber influido en este hecho (el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria fue creado tras la publicación del Informe de la CMS).

- A menudo, los países no disponen de datos sobre asistencia externa y, por tanto, no pueden hacer un seguimiento adecuado de los mismos. Los países expresaron la necesidad de que se les informara con regularidad sobre los desembolsos y las sumas comprometidas. Se propuso que la OMS continuara colaborando con la OCDE para poner en marcha un sistema de seguimiento y vigilancia permanente del flujo de la asistencia para el desarrollo destinada a las salud (qué cantidades, con qué fines y a dónde se destinan) y que se facilitara esta información a los países.
- Dado que las decisiones presupuestarias sobre el uso de la asistencia externa se adoptan en función de los fondos comprometidos, los países expresaron su deseo de que dichos compromisos se tradujeran en desembolsos puntualmente. También manifestaron la necesidad de definir medidas eficaces que permitieran aumentar la previsibilidad de los flujos de ayuda, ya que cualquier inversión en salud únicamente puede aportar beneficios a medio y largo plazo. Se observó que para lograr una mayor previsibilidad había que hacer más hincapié en la asistencia multilateral y en la necesidad de comprometer fondos para varios años.

Tras examinar la **eficiencia de los mecanismos de financiación de los donantes**, los países determinaron que los aspectos siguientes eran los más importantes a la hora de hacer avanzar el proceso satisfactoriamente:

- Es preciso definir criterios comunes para informar sobre los resultados sanitarios, con el fin de evitar que los países beneficiarios se vean desbordados por una multiplicidad de peticiones fragmentadas de los donantes. Se consideró que el enfoque basado en la «sanimetría» constituía un mecanismo capaz de ayudar a los países a la hora de uniformar el análisis y el seguimiento de los datos.
- Sin embargo, la capacidad media de los países para observar, verificar y evaluar los datos sobre los resultados nacionales de las inversiones sanitarias, incluida la asistencia externa, es deficiente: hay que invertir para fortalecer esa capacidad a todos los niveles, desde el nacional al distrital.
- Los países estimaron que los recursos externos siguen demasiado centrados en la lucha contra las enfermedades o en «la gestión de crisis», a expensas de las inversiones destinadas a robustecer los sistemas de salud. Esto puede tener como efecto que se desvíe la atención de la importantísima cuestión de la capacidad de los sistemas de salud, que hay que abordar a largo plazo. A ese respecto, es preciso que la asistencia externa incluya un análisis preliminar de su posible eficacia, basándose en la capacidad de los sistemas de salud existentes; además hay que favorecer el desarrollo de la capacidad de los países beneficiarios.
- En cuanto a la adicionalidad, se subrayó que los recursos externos dedicados a la salud no deben sustituir a las inversiones internas. Por otro lado, los ministros de finanzas y el Fondo Monetario Internacional han de aplicar un marco macroeconómico más flexible y

sensible a la necesidad de invertir en el sector sanitario y el sector social. La asistencia externa en favor de la salud debe prestarse en forma de donaciones, que estén menos condicionadas, sean más innovadoras y sigan más de cerca las prioridades del Estado. Los países beneficiarios han de establecer prioridades nacionales que favorezcan más a los pobres y sean más transparentes, con el fin de garantizar que los fondos lleguen a los grupos a los que están destinadas. Asimismo, las prioridades nacionales deben ser innovadoras a la hora de promover el bien público (se presentaron experiencias sobre la aplicación de intervenciones de promoción eficaces en el ámbito regional).

Tras examinar los **métodos viables de coordinación con los asociados**, los países determinaron que los aspectos siguientes eran los más importantes a la hora de hacer avanzar el proceso satisfactoriamente:

- La asistencia ha de tener un alcance intersectorial más amplio y prestar apoyo a sectores esenciales relacionados con la salud, como la educación, el agua y el saneamiento. También hay que tener en cuenta cuestiones relativas al género.
- Varios participantes señalaron el importante papel que en ese contexto desempeña el apoyo técnico presentado por las organizaciones internacionales, y expresaron su optimismo ante el compromiso de la OMS de seguir centrándose en las intervenciones emprendidas en los países, tal y como se había manifestado en las palabras de apertura pronunciadas esa mañana y en otras intervenciones durante el día.
- Varios países informaron sobre las distintas actividades en curso para armonizar la asistencia externa y la asignación interna de recursos, a saber: conversaciones con los donantes destinadas a obtener su apoyo según criterios programáticos o presupuestarios (frente a criterios basados en proyectos), con el fin de mejorar la participación de una mayor diversidad de donantes de forma más coordinada; celebración de procesos consultivos especiales, como por ejemplo entre grupos de coordinación de la ayuda y comités de orientación, con el fin de hacer un seguimiento de las estrategias de reducción de la pobreza. También se mencionaron las experiencias de los países en que los donantes favorecían ese enfoque, que ellos mismos habían propuesto. En la exposición de la OCDE se destacó la labor realizada tras la «Declaración de Roma» de febrero de 2002, para armonizar los procedimientos de los donantes en ese sentido (el texto completo de la exposición figura en los anexos del presente informe).
- Algunos países observaron que ejercicios como la reunión consultiva de la CMS constituían mecanismos útiles para facilitar el intercambio de información Sur-Sur sobre la experiencia de cada país en materia de inversión sanitaria y asistencia para el desarrollo.
- Una de las cuestiones que se plantearon, y posteriormente se recalcaron en la sesión plenaria, fue la relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en particular la cuestión relativa a qué flujos de asistencia eran necesarios y podrían ayudar a los países a cumplir los ODM, una vez que éstos se hubieran comprometido a cumplirlos.



Organización Mundial de la Salud
Ginebra

Grupo orgánico Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables

Aumento de las Inversiones en Resultados Sanitarios para los Pobres

Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud

28-30 de octubre de 2003 – Ginebra, Suiza

ANEXO 5: Documentos de la Reunión Consultativa

Pro-Poor Health Reforms-Why, What and How

By Rajiv Misra

I. Introduction

Wide-ranging reforms in the health sector have been aggressively promoted by multilateral institutions, particularly the World Bank, in the last two decades in the developing and transitional economies. The record of these efforts, especially in respect of the poor, has been mixed. In many cases, the benefits did not really reach the poor, and in some, they seem to have been adversely impacted. Examples of the latter include indiscriminate privatisation, introduction of cost recovery without safety nets for the poor and hasty decentralisation. The focus of many of these efforts was not necessarily the health of the poor, but macroeconomic stabilisation and fiscal compression. Part of the problem was a serious misunderstanding of the role of the state in the wake of economic liberalisation and euphoria about the markets following the collapse of the socialist model. However, there is now a clearer perception of the central role of the state in the health sector in general and in protecting the vulnerable population in particular. The World Development Report 1993, devoted exclusively to health, set the ball rolling by defining the role of the state in providing public goods, merit goods and provisioning essential health services. The World Development Report 1997 greatly helped to clear the air by squarely placing the responsibility for protecting the vulnerable on the state. Finally, the World Health Report 2000 brought out forcefully the stewardship role of the state in steering the health system.

Despite the recognition of the central role of the state in health, doubts still persisted about its importance in the context of development and poverty alleviation. The Millennium

Development Goals (MDGs), adopted by the Millennium Summit of the United Nations in September 2000, put the health of the poor in the forefront of the global battle against poverty and disease, and thus represents an unprecedented global consensus on the subject. The WHO Commission for Macroeconomics and Health (2001) represented a pioneering effort to understand the linkages between economic growth and poverty on the one hand, and health status on the other. It not only underscored the importance of investments in health for economic growth and alleviation of poverty, but also laid out a blueprint for both the developing countries and the donor community to move forward towards the achievement of the MDGs.

What poor countries need urgently is not only greater investment in health along with wide ranging systemic reforms, but also that these specifically target the poor. As we shall see subsequently, investments made ostensibly for the poor have often been misappropriated by the rich. And even donor agencies have often shied away from investing in the backward areas on account of poor governance, weak health infrastructure and consequently higher risk of failure. Needless to say, the poor generally lack political influence and are unlikely to receive the desired attention without a special focus. This paper attempts to present the rationale (why), the main ingredients (what) and the methodology (how) of pro-poor health reforms based largely upon the experience in India with very diverse health outcomes in different states ranging from Kerala at one end, comparable to the high-performing middle income countries, and UP and Bihar on the other, only slightly above the level of Sub-Saharan Africa. The CMH arguments establishing linkages between investments in health and economic growth and poverty are not repeated as they are well covered by other background papers.

Why?

The case for a pro-poor approach in respect of a basic human right like health could be strongly made purely on ethical and moral considerations. Many have argued that by trying to justify investments in the health of the poor on economic arguments, we are diluting the moral argument-health being a desirable end in itself and pursued not only for its contribution to economic welfare. Nevertheless, the compelling case made out by the CMH for investments in health, especially of the poor, on macroeconomic considerations will, hopefully, persuade those who hold the purse strings (finance and planning ministries and donor agencies) to give this matter greater attention. But there are other equally strong arguments in favour of special focus to the health of the poor as discussed below.

I. The poor are subjected to a disproportionate, and to a large extent avoidable, burden of disease (BOD) from pre-transition diseases (infectious diseases, perinatal and maternal conditions and nutritional disorders). The BOD in low - and middle-income countries on this account was estimated at 44% as against 7% in high-income countries (World Health Report 1999). All these conditions are capable of being controlled very cost-effectively with relatively simple and easily available technologies. Investment in the health of the poor could,

therefore, not only yield quick results but also maximise the returns on such investments. **If the world desires to move ahead rapidly towards the MDGs, the poor would be the best place to direct the efforts.** Besides the pre-transition diseases, the new pandemic of HIV/AIDS is causing unimaginable consequences in the poorest regions of the world. A recent World Bank study (2001) in India has also shown the poorest quintile to be having almost double the exposure to lifestyle risk factors like tobacco use and smoking as compared to the richest 20% of the population. The poor are often concentrated in backward and remote areas having very weak infrastructure, degraded environment, poor sanitation, lack of access to safe drinking water, which combined with under-nutrition and poor hygiene makes them highly vulnerable to ill health. The tables below bring out clearly the striking disparities in health status among different income groups in India.

Table I : Health Status Indicators – Comparison Between the Poorest and Richest Quintiles of the Population, India, 1992-93

	<i>Poorest 20 %</i>	<i>Richest 20 %</i>	<i>Poor / Rich Risk Ratio</i>
Infant Mortality (Deaths under 12 months per 1000 births)	109.0	44.0	2.5
Under 5 Mortality (Deaths under 5 years per 1000 births)	155.0	54.0	2.8
Childhood Underweight (Percent below -2 sd z-score, weight/age, children under 4 years)	60.0	34.0	1.7
Total Fertility Rate (Births per woman age 15-49 years)	4.1	2.1	2.0

Source: Gwatkin et al, Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in India, 2000. HNP Poverty Thematic Group of the World Bank, based on NFHS, 1992-93.

Reproduced from India: Raising the Sights – Better Health Systems for India's Poor, World Bank, 2001

Reproduced from : India Health Report, Oxford University Press, 2003.

Table 2 :
Health Outcomes According to Standard of Living, India 1998-99

Standard of living index	Infant Mortality (per 1000 births)	Under Five Mortality (per 1000 births)	Total Fertility Rate	Children Underweight (% below -2 SD)	Children with anemia (%)	Children with acute respiratory infection in past 2 weeks (%)	Children with diarrhea in past 2 weeks (%)	Anemia among women (%)
Low	88.8	130	3.37	56.9	78.7	21	19.9	60.2
Medium	70.3	94.6	2.85	46.8	73.5	19.4	19.7	50.3
High	42.7	51.5	2.1	26.8	67.3	15.7	16.1	41.9
Low/High Ratio	2.08	2.52	1.6	2.12	1.17	1.34	1.24	1.44

Source: National Family Health Survey 1998-99 (IIPS 2000), Reproduced from India: Raising the Sights – Better Health Systems for India's Poor, World Bank, 2001

Reproduced from : India Health Report, Oxford University Press, 2003.

Although significant progress has been made in monitoring of health status by income groups in India by national surveys in the last decade, the information still remains limited. A better source of information is the status of Scheduled Castes (SC) and Scheduled Tribes (ST), which are socio-economically the most backward sections of society eligible for affirmative action under the Indian Constitution. A comparison of the infant and child mortality levels in these groups with the general population brings out clearly the wide disparity in health status.

Table 3:
Health Indicators among SC/ST and Others (Rate per 1000)

Mortality Indicators	SC	ST	Others
Neo-Natal	53.2	53.3	40.7
Post Neo Natal	29.8	30.9	21.1
Infant <1 year	83	84.2	61.8
Under 5 Years	119.3	126.6	82.6

Source: National Family Health Survey II.

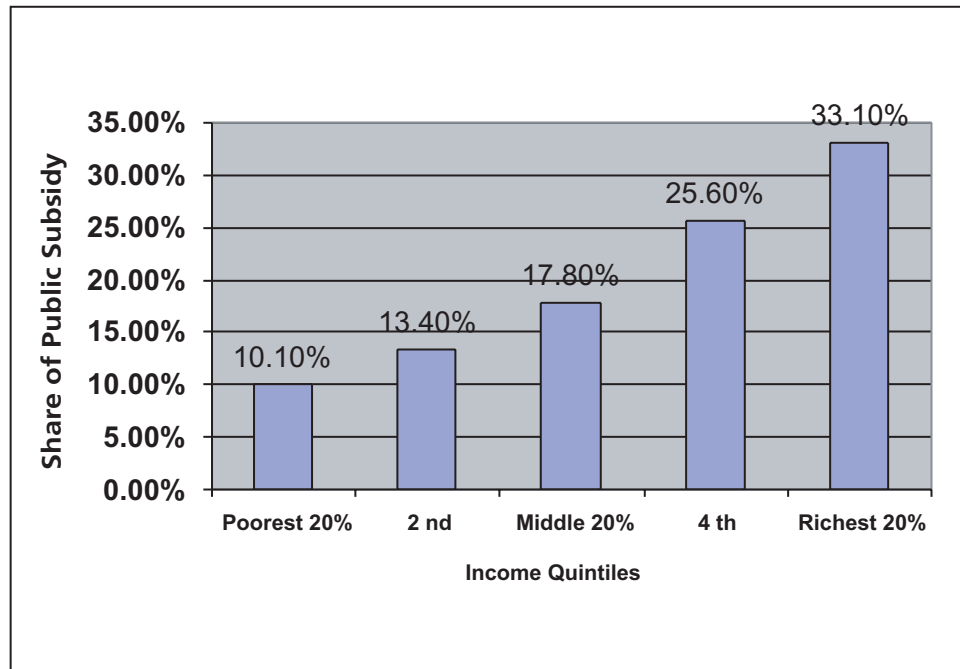
Reproduced from : India Health Report, Oxford University Press, 2003.

Therefore, if global health is to be improved quickly, there is no alternative but to concentrate on those that carry the maximum burden – the poorest sections of society.

2. The poor suffer much higher mortality and morbidity due to lack of access to both public health and medical services. A recent benefit incidence analysis done by the National Council

of Applied Economic Research (NCAER) shows that even public subsidies in health have been disproportionately utilised by the rich.

Figure 1 Share of Public Subsidy for Curative Care Benefiting Income Groups



Source: Who Benefits From Public Health Spending In India, unpublished paper, NCAER, 2000

Reproduced from : India Health Report, Oxford University Press, 2003.

The private sector is expectedly concentrated in more developed areas, which offer better commercial prospects. The poor thus have very limited access to the qualified private sector due both to locational disadvantages and financial constraints. A large number in India have no alternative but to depend on unqualified providers – often with disastrous results. The low literacy levels, poor health information and often persistence of traditional beliefs and superstitions compounds the problem by making the poor ill-equipped to make rational choices in health related matters.

3. The employment of the poor is, by and large, in the informal unorganised sector, making it difficult to organise any risk pooling arrangements, like health insurance. They are thus subject to the most regressive method of health finance – fee for service paid as out of pocket expenses – a major contributing factor in perpetuation and aggravation of poverty. A recent World Bank (2001) study on India concludes that out-of-pocket medical costs (estimated to be more than 80% of the total medical expenditure) alone may push 2.2% of the population below the poverty line each year.

4. The neglect of the poor is leading to unacceptable imbalances in development within the country as well as within each state – a major source of social tension and unrest. Disaggregated data on health status of the backward and remote areas is not available but the comparison of health facilities utilisation statistics between a relatively prosperous state, like Punjab and a backward state like Bihar brings out the huge distortions quite clearly. While the poor suffer a higher burden of disease, their poor utilisation of medical facilities is clearly due to lack of access and financial constraints. While all groups have lower utilisation in Bihar as compared to Punjab, the contrast is more marked in the poorest (Q1), where the utilisation is around four fold higher in Punjab both in outpatients and hospitalisation. Only a very concentrated effort on backward and remote areas inhabiting the poor can correct these imbalances and distortions.

Table 4: Rate per 1000 of Treatment during last 15 days

State	POP<BPL In millions	%BPL Families	Q1	QV	Total
Bihar	49	55	14	36	24
Punjab	25	12	63	94	72
All	320	36	28	61	42

BPL = Below Poverty Line; Q = Quintile; All = the whole country

Source: 52ND NSSO From Benefit Incidence Analysis (BIA) Study of NCAER, 2000

Reproduced from : India Health Report, Oxford University Press, 2003.

Table 5: Rate per 100,000 of Hospitalisation

State	POP<BPL in millions	%BPL Families	Q1	QV	Total
Bihar	49	55	198	1728	722
Punjab	25	12	754	2998	1622
All	320	36	563	3447	1653

Source: 52nd NSSO From BIA Study of NCAER, 2000

Reproduced from : India Health Report, Oxford University Press, 2003.

It would thus be seen that the argument for a pro-poor focus in health investment extends far beyond macroeconomic and ethical arguments. It is not possible to make an impact on the health status of the population in a poor country without addressing the areas and the populace where most of the disease burden exists. Also, addressing the major causes of morbidity and mortality among the poor – the so called pre-transition diseases – is the most cost effective solution giving the maximum and the most rapid return on health investments. Also, since the maximum problem resides in backward and remote areas where the majority of the poor live, the only way to promote balanced and harmonious development is by concentrating on the upgradation of such areas – an absolute must for political stability in the long run. **Investment in the health of the poor is thus not only good economics but also good politics.**

What?

1. The CMH deserves to be congratulated on bringing home one long-observed truth before the world that no system can be expected to deliver without a minimum of financial resources. Unfortunately, the minimum level of financial support is rarely in evidence among low-income countries. The average per capita public spending is estimated at \$ 6 in the least developed countries and \$13 in other low-income countries by the CMH. In India, the latest estimate by the World Bank (2001) is just \$ 3-4 per capita at 1993-4 constant prices. The CMH also conducted detailed exercises to estimate the cost of the essential services, which the state must provide and came up with a range from \$30-\$45 per capita. At current levels of expenditure, the resources devoted to health in most low-income countries would fall woefully below this target. The CMH must get full credit for bringing these harsh truths before the international community, as prior to this report, the focus was primarily on what the WDR 93 termed as greater allocative and technical efficiency. It is nobody's case that there isn't misallocation of resources or that the available resources could not be more efficiently employed in the poor countries. Certainly there is considerable room for improvement in that direction and that the same deserves urgent attention. However, that problem is relatively small compared to the gross inadequacy of financial resources. **The bottom line, therefore, is that public investments in health have to be raised significantly before any impact on the health outcomes can be expected.** A vigorous and sustained effort to mobilise resources both by developing countries themselves and by the donor community would need to be made on the lines suggested by the CMH, and the bulk of these additional resources would have to be invested in interventions that principally target the poor.

2. Every reform effort invariably comes up against vested interests, which try to create political roadblocks. The political leadership is understandably against taking political risks of antagonising any section of the population unless the political benefits clearly outweigh the risks. Therefore, where a significant political advantage can be seen by infusion of substantial additional resources, the political leadership would be willing to support reform even though

it involves antagonising some sections. In the early nineties, a number of categorical programmes supported by the World Bank had brought to light serious systemic problems at the state level, which were impeding the success of these as well as other programmes. But the proposals for reform never found a receptive audience till the introduction of the State Health System Projects. Despite the wide-ranging reforms contained in the projects, the states were most eager to take them up because the substantial investment in upgradation of infrastructure promised significant political benefits. **The additionality of resources is thus a necessary sweetener for reforms.**

3. The foremost priority is to have a universal health services delivery system including both public health and basic health care performing efficiently. This has been given different names at different times from Health for All in Alma Ata Declaration to 'essential health services' in WDR 93, and to 'close to client services' in the CMH. They basically mean the same thing with minor shifts of emphasis. As highlighted by the Working Group 5 of CMH, the foremost priority should be local health delivery structure, well equipped and staffed with motivated health workers, categorical programmes to provide technical and financial resources, and effective management with a well integrated surveillance and monitoring mechanisms. The primary and secondary level services must incorporate an effective referral system for more serious cases. The health delivery systems are most dysfunctional and inefficient in the backward and remote areas having poor governance and infrastructure, and therefore foremost attention deserves to be devoted to these areas. This is also necessary for removing the developmental imbalances referred to earlier.

4. The other priorities flow from the rationale for pro-poor reforms discussed in the earlier section. The conditions causing the maximum disease burden on the poor need to be tackled first. These are HIV/AIDS, infectious diseases, maternal and perinatal conditions, micronutrient deficiencies and tobacco related illnesses. Besides, the poor need to be provided easy access to health services and protected against the financial costs of serious illness either through direct provision of services by the state or through appropriate risk pooling arrangements, like health insurance. Eventually, the reduction of out of pocket expense as a source of health finance should be a principal objective in any reform exercise. Recently Mexico announced a universal health insurance programme, which sought to reduce drastically the current level of out of pocket expenditure (around 50%). In the case of India with over 80% out of pocket expenses, even reaching a level of 50% appears a far cry.

5. The complementary and synergistic development of other health related sectors like education, sanitation drinking water supply, nutrition and environment is equally important. The development of institutional mechanisms for coordination and convergence between these sectors both at the policy-making level as well as at the cutting edge is the key to achieving this objective. This is critical for the poor as the deficiencies in related sectors often negate the gains made in the health sector.

6. A sensitive and yet a very important question in all reform processes is the quality of governance. Normally in discussions of health-related reforms this issue is not brought up, as it is an all-encompassing problem affecting all activities of the government and not health alone. Yet it is too important an issue to be swept under the carpet: the success of the entire reform effort hinges on it. This is particularly so as poor governance affects the poor much more. Their lack of both political influence and awareness makes them easy targets for exploitation and neglect by unscrupulous functionaries. It has been a common experience of backward and remote areas that much of the funds for the welfare of the poor are siphoned away by corrupt officials. Obviously, it is not possible to change the administrative and political milieu of a country as the same depends on so many factors outside the purview of any health reform programme. **However, an effort to inject accountability and transparency and reduce the avenues for political and bureaucratic malfeasance and corruption should be an integral part of any such exercise.**

How?

No generalisation can be made, or indeed even attempted, about the process of reform, which has necessarily to be country specific. Each country, and in some cases each region, would need to determine the precise modalities of implementing the aforesaid reforms taking into account, inter alia, the socio-economic, political and cultural milieu, the level of development, the availability of financial resources and the capacity of the health infrastructure. It is neither possible nor even desirable to try to fit reforms all over the developing world in 'one size fits all' formula. We cannot even think of attempting such an exercise for a large and very diverse country like India, what to say of the world at large with its infinite diversity of political, cultural and economic situations and health problems. The maximum that can be attempted globally is the identification of a set of guiding principles and essential elements, which should underpin the process of reform.

The principal actors in the reform movement have necessarily to be the developing countries themselves as they bear the primary responsibility for the welfare of their citizens. However, with their limited financial and technical resources, their efforts would require sustained and generous help by the international community, as brought out very forcefully by the CMH. The MDGs represent a new awareness and an unprecedented international consensus, but the same has yet to be effectively translated into significantly higher commitments of financial assistance or new mechanisms for coordinated international action with the sole exception of the Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFTAM). **As pointed out earlier, the reform process cannot survive without substantial increase in donor assistance, which needs to be insulated from the usual fluctuations arising out of regime changes and economic prospects in industrialised countries.** The political and economic factors influencing the aid climate in the donor countries are beyond our control. However, two steps could greatly improve the sustainability of external assistance and minimise its volatility. First, aggressive and sustained global advocacy of the importance of supporting pro-poor health reforms-and the CMH has

already laid out all the arguments in its favour: secondly, the channelling of aid for this effort primarily through multilateral institutions (WHO, World Bank, GFTAM) to minimise the possibility of shifting political preferences influencing the quantum of assistance. Side by side, international agencies need to provide technical support to the developing countries to the extent necessary, both for the formulation of the investment and reform package and guiding and monitoring its implementation, and the WHO is ideally situated to play a leadership role in this behalf. The extent of this support would naturally vary widely on the level of development and in-house technical expertise available in each country. **It is, however, most important that the external technical and financial support should not in any way compromise the ownership of the reform process in the host country- it should not only be entirely domestically owned and driven but also seen to be so.**

Notwithstanding the country specific nature of the process, an attempt has been made to list out some of the essential and critical elements to facilitate discussion:

1. First and foremost is the generation of awareness and political support in the developing countries for health in general and for pro-poor reforms in particular. As of today, there is appalling indifference and absence of informed debate on health issues, which is reflected in the abysmally low financial allocations. The need of the hour is aggressive and sustained advocacy involving political institutions, media, and the civil society. The campaign necessarily should be totally non-partisan with a view to develop a political consensus. The advocacy campaign might need external financial and technical support.

2. The mobilisation of domestic resources would depend largely on the strength of the political support generated by the advocacy campaign. It must be recognised that the developing countries are facing varying degrees of fiscal constraints and there is strong competition to health for the available funds. It has often been argued that the resources should be found by increasing taxes, reducing subsidies, privatisation of public sector enterprises and reallocating resources from items like defence. First of all, all these prescriptions are not necessarily desirable, and even where that is so, they are often politically infeasible. It would therefore, be idle to place too much reliance on mobilisation of additional resources from these measures although their validity in many cases is not disputed. The promotion of these solutions should be tempered by the realisation that even in the mature western democracies, there are severe political limitations to some of the suggested measures, e.g. the huge subsidies on agriculture. While some reallocation of resources can be attempted, it will always remain vulnerable to fiscal crises, political upheavals and other competing claims. Investments in health can produce results only in the long and medium term. Therefore, the stability of financial support is critical. Each country will have to find ways of protecting health outlays from financial crises and political upheavals. The earmarking of funds and imposition of dedicated levies is one possible solution of promise to this vexed problem. In India, the best-performing sector in the recent past has been the upgradation and building of new highways, which is largely financed out of

a cess on petroleum products – an assured and growing source of revenue. Dedicated levies on alcohol and tobacco are obvious candidates for consideration.

3. The success of the health system depends largely on people's participation and involvement. **The challenge is to develop a participatory system in which the community has a sense of belonging and ownership without the state losing technical control and stewardship.** It can be attempted through decentralised institutions of local self-government, wherever possible. It is important to ensure that the health workers feel accountable to the community they serve and important health related decisions are taken in consultation with the beneficiaries. The bottom line is that a top down approach is unlikely to work. In the state of Kerala in India, where the responsibility for the health system at the primary and secondary level has been transferred entirely to the local elected bodies, the improvement in efficiency is significant. For instance, the local community has solved the chronic problem of shortage of health personnel by hiring staff on contract. They have mobilised funds for repair of buildings, purchase of equipment and have greatly improved the supervision and accountability of the health workers. Part of the success of this effort is due to very elaborate preparation for the transfer of responsibilities including the extensive training of elected leaders.

4. The institutional capacity in the health ministries and subordinate offices for planning, analyses and monitoring is often very weak, and expertise in critical areas, like public health, epidemiology, health economics and finance are either totally lacking or highly deficient. **What is needed is a culture of evidence-based and well-informed decision making.** There is often no institutional arrangement for interaction between researchers and decision makers both in setting the research agenda and utilisation of research outputs. Similarly the arrangements for monitoring and evaluation are generally deficient. The development of these essential capacities would require sustained effort and external technical help, which is critical to the success of the reform effort.

5. There is a growing private sector in most developing countries, which is not generally involved in the achievement of national health goals. It must be recognised that the state alone would not be able to achieve the desired goals without the active involvement and support of the private sector. Public-private partnerships need to be promoted not only in respect of public health interventions, but also for provisioning health services for the poor. Also the private sector, particularly non-profit would need to be encouraged to set up services in under-served and backward areas with attractive incentives. The cooperation of the private sector in adoption of agreed treatment protocols for important infectious diseases (like TB), preventing indiscriminate use of anti-microbials, and epidemiological surveillance, is critical.

6. A credible and dependable system of identification of the poor for the purpose of targeting special concessions and facilities needs to be put in place. This is not an easy task as the experience in India suggests. The introduction of transparent criteria and subjecting the

selection to scrutiny by village councils (Gram Sabha) comprising all adults, has generally proved effective in preventing irregularities. **Special monitoring of health outcomes in designated backward areas and disaggregated data on health status at different income levels is critical to monitoring the impact of reforms on the poor.** External technical help, wherever required, would need to be provided to develop these instruments.

7. The key to the success of any health - related programme is the quality and commitment of the health workers, particularly at the cutting edge. A careful assessment of manpower requirements, identification of current deficiencies, and the planning of remedial measures would be a critical element of the exercise. **Health workers need to be motivated to work in remote and difficult areas by generous compensation combined with transparent and attractive incentives.**

8. Finally, the systemic constraints impeding efficient delivery of interventions and optimal utilisation of services would need to be identified and a detailed blueprint drawn up for their time bound elimination. The objective identification of these constraints could be facilitated by surveys and analyses by agencies independent of the government. The exercise would require many reforms in management systems to improve accountability, efficiency and transparency.

9. The development of a strategic framework and an investment plan including clearly targeted pro-poor interventions and reforms, would require detailed work by expert groups with oversight of key ministries like finance, planning and health, support of international agencies (WHO, World Bank) and other important donor agencies for health. The CMH had suggested constitution of national commissions on macroeconomics and health co-chaired by the ministers of finance and health. Each country could devise a mechanism suitable to its own situation as long as it is capable of completing the challenging task in a time bound manner. Already the process has been initiated in several countries.

Conclusion

Pro-poor reforms in health are desirable not only from a moral and ethical standpoint, they are indeed the best strategy for rapid improvement in health outcomes and progress towards MDGs besides maximising returns from investments in health. They could also contribute significantly towards balanced, harmonious and participatory development as well as empowerment and well-being of the poor. The need of the hour is generation of political will both in the developing countries and the donor community in favour of a strong and sustained effort in this regard. This could be achieved through an international compact – the main objective of this consultation. The world shall be watching eagerly and expectantly for the outcome.

References

1. India Health Report, Misra, Rajiv, et al, Oxford University Press, New Delhi, 2003.
2. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organisation, Geneva, 2001.
3. Improving Health Outcomes of the Poor, Report of Working Group 5 of the Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organisation, Geneva 2002.
4. Investing in Health, World Development Report 1993, The World Bank, Oxford University Press, New York.
5. The State in a Changing World, World Development Report 1997, The World Bank, Oxford University Press, New York.
6. Health Systems: Improving Performance, World Health Report 2000, World Health Organisation, Geneva.
7. Making a Difference, World Health Report 1999, World Health Organisation, Geneva.
8. India: Raising the Sights-Better Health Systems for India's Poor, Health, Nutrition, Population Sector Unit, India, South Asia Region, The World Bank 2001.
9. Mahal, Ajay, et al, 2000, Who Benefits from Public Health Spending in India, National Council for Applied Economic Research, New Delhi.

Development Assistance for Health (DAH): Recent Trends and Resource Allocation

Catherine Michaud, MD, PhD

This paper complements the CMH working paper “Development Assistance for Health: Average Commitments 1997-1999”. The first part reviews trends in development assistance for health (DAH) provided by bilateral and multilateral agencies; the European Community (EC); the Global Fund to fight AIDS, malaria and tuberculosis (GFATM); and grants provided by the Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF). Together these sources provide an estimated ninety percent of total DAH. The second part presents a detailed analysis of geographic allocation of funds and for major components of interest, namely AIDS, malaria and tuberculosis. The last part discusses the major implications of key findings.

I. TRENDS IN DEVELOPMENT ASSISTANCE FOR HEALTH BETWEEN 1997 AND 2002

This period corresponds to a period of decline in overall ODA coupled with a new understanding of the importance of health as a major determinant of economic growth.

Clear targets have been set as part of the Millennium Development Goals (MDG) to assess progress. The report of the CMH provided estimates of the substantial increase in DAH that would be needed to have a significant health impact. The first question therefore is “how far have we advanced towards a substantial increase in DAH”?

• Total ODA begins recovery in 2002

After a long period of decline in total official development assistance (ODA) during the past decade, the OECD reported a real increase of 5% in ODA provided by members countries of the OECD’s Development Assistance Committee (DAC) from 2001 to 2002. The total amounted to \$57 billion and hopefully signals the beginning of a recovery from the steady decrease of total ODA during the 1990s to an all time low in development assistance over the past three years. In 2002 total ODA increased from 0.22% to 0.23 % of combined gross national income (GNI). This is still far from the target of 0.7% of GNI set years ago.

Health ODA fared better than total ODA. The share of total bilateral ODA allocated to the health sector (including health and population) increased from 3.8 percent in 1990 (\$2.2 billion) to 6.8 percent in 2002 (\$2.9 billion). In spite of this steady increase, bilateral health ODA had not quite caught up in 2002 with its peak value of \$3 billion in 1995.

• Total development assistance for health (DAH) increased between 1998 and 2002

Data sources

When assessing volume and trends of DAH, an important distinction has to be made between commitments and actual disbursements. Disbursements in a given year capture actual expenditures incurred that year, whereas commitments are usually made for a period of 3-5 years by most agencies. Typically there is a lag time between the time of commitment and actual disbursements of those funds. Unfortunately few agencies readily provide both commitments and disbursements. Most agencies included in this review provided commitments only, with the exception of UN agencies (WHO and UNICEF). The World Bank and more recently the GFATM track both components. Data sources and available datasets are provided below (Table I).

Table I: Main data sources and data types

Funding sources	Data sources	Data type
Bilateral agencies	OECD: CRS and DAC (1)	Commitments
	USAID Congressional reports	Commitments
Multilateral agencies	WHO Detailed expenditure reports	Disbursements
	UNICEF Agency database	Disbursements
	World Bank Agency database	Commitments and disbursements
	IADB Agency database	Commitments
Other multilateral agencies	AfDB and AfDF OECD: CRS	
	EC Agency database	Commitments
	GFATM Data included in website	Commitments and disbursements
BMGF	Data included in website	Commitments

1) The OECD provides data on the sectoral allocation of ODA for bilateral agencies only in DAC tables. The Creditor Reporting System (CRS) complements the DAC and captures detailed commitments to recipient countries. Reporting from bilateral agencies has improved overtime and is now almost complete. Commitments made by development banks have been and UN agencies have been added in recent years, with different levels of completeness.

This brief overview of available data sources points to a major shortcoming of current estimates, which is that they include a mix of commitments (for most agencies) and disbursements for WHO and UNICEF. The implications of this will be discussed in the third part of this report.

Key findings

Total DAH from major selected sources increased by \$1.7 billion - from \$6.4 billion on average between 1997-1999 to \$8.1 billion in 2002. Most of this increase was due to new funds committed by both public and private sources to the Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria (GFATM) (Table 2).

**TABLE 2: RECENT TRENDS IN DEVELOPMENT ASSISTANCE FOR HEALTH (DAH)
SELECTED MAJOR SOURCES OF FUNDS
USD (thousands)**

	1997-1999 average	2002	2003
Bilateral agencies	2,559.8	2,875.2	
USAID	920.8	1,134.9	1,474.0
Multilateral agencies	3,401.5	4,649.2	
UN SYSTEM	1,575.5	2,036.3	
WHO	864.2	1,140.5	
Regular Budget	406.1	461.1	
Extrabudg. Contributions	458.1	776.5	
PAHO (own funds)	84.3	93.4	
UNAIDS	58.2	91.9	
UNICEF	275.8	391.0	
UNFPA	293.0	319.5	
DEVELOPMENT BANKS	1,522.0	1,405.5	
World Bank	1,124.9	983.0	1,171.8
IDA	713.5	536.4	586.2
IBRD	411.4	446.6	585.5
IADB	245.7	205.0	0.0
ADB (1)	287.7		
AfDB	151.4	217.5	
OTHER MULTILATERAL	304.1	1,207.4	
EC	304.1	244.5	
GFTHMT	0.0	962.8	979.2
Private non-profit			
BMGF	458.0	595.9	
Total DAH	6,419.3	8,120.3	

(1) Was not included in totals (pending update) to increase comparability of total DAH

Bilateral commitments increased only slightly over the past five years from 2.6 to 2.9 billion, and have not yet reached peak commitments made in 1995. Trends have varied in individual agencies. The most significant increase in commitments was made by the United States from \$920 million for the period 97-99 to \$1.5 billion in 2003. These amounts do not include an additional \$300 million committed to the GFATM and other multilateral agencies (Table 3)

TABLE 3: RECENT TRENDS IN DEVELOPMENT ASSISTANCE FOR HEALTH (DAH) – BILATERAL AGENCIES
USD (thousands)

Bilateral agencies	1997-1999 average	2002	% total
United States	920.8	1,134.9	39.5%
United Kingdom	286.3	318.2	11.1%
Japan	359.9	308.5	10.7%
Norway	56.4	147.2	5.1%
Netherlands	101.4	136.9	4.8%
Germany	184.3	122.5	4.3%
France	128.4	111.8	3.9%
Sweden	79.1	104.5	3.6%
Australia	79.6	97.0	3.4%
Canada	28.7	88.4	3.1%
Belgium	60.5	68.4	2.4%
Spain	74.8	67.7	2.4%
Denmark	49.0	40.1	1.4%
Switzerland	17.9	31.2	1.1%
Italy	21.6	27.5	1.0%
Ireland	10.4	25.7	0.9%
Finland	17.2	23.8	0.8%
Portugal	8.7	7.8	0.3%
Greece	5.8	5.5	0.2%
New Zealand	3.3	4.2	0.1%
Austria	49.0	3.5	0.1%
Luxembourg	16.7		0.0%
Total	2,559.8	2,875.2	

UN agencies increased funding from 1.6 to 2 billion since 1997. The most notable was the increase in WHO extrabudgetary contributions, which almost doubled over the past five years – from \$460 million to \$780 million.

The rapid increase in IDA and IBRD commitments made by the World Bank during the 1990s has now stabilized around 1 billion per year.

The Gates Foundation, which increased rapidly since it was established in 1994 to \$460 million on average between 1997 and 1999, and \$ 600 million in 2002. Cumulative commitments since inception were equal to \$3 billion by October 2003.

• **The largest increase in funding was allocated to fighting AIDS in SSA**

Most major funding sources in the public and private sectors increased funding for HIV/AIDS, particularly in SSA (Table 4)

TABLE 4: RECENT TRENDS IN DEVELOPMENT ASSISTANCE FOR HEALTH (DAH) FOR HIV/AIDS – SELECTED MAJOR SOURCES OF FUNDS
USD (millions)

	1997-1999 average SSA	Total	2002 SSA	Total
USAID	55.1	91.3	103.4	300.5
World Bank				
IDA	5.0	144.4	285.8	314.6
IBRD				20.9
BMGF			60.9	81.5
Sub-total	60.1	235.7	450.1	696.6

The Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria allocated 56 percent of total commitments to HIV/AIDS; 27 percent to malaria; and 15 percent to tuberculosis. The largest share of funds was allocated to SSA. Amounts actually disbursed so far are modest (\$150 million by September 2003) but are projected to increase rapidly. The estimated total amount committed in the first three rounds of proposals would lead to funding increasing by approximately 1 billion each year – or a cumulative budget of 1 billion the first year to reach 5.1 billion the fifth year.

The United States was the largest donor for HIV/AIDS in 2002. It committed \$790 million for HIV/AIDS. This was \$475 million more than the next largest donor and 50 percent of all amounts budgeted by all donors (US at G8 2003). The USAID HIV/AIDS budget in Africa increased from \$ 55 million on average in 97-99 to 193.4 million in 2002 (63 percent of total for HIV/AIDS). Uganda, Zambia and Kenya were the largest recipients of USAID commitments (\$ 20 million; \$18.5 million; and \$17.2 million respectively).

According to the Creditor Reporting System (CRS) on-line database, commitments from all other bilateral donors increased from \$205.3 (period average 97-99) to \$294.5 in 2001. The UK was the next largest donor and committed \$157.9 million in 2001.

UNICEF increased funding for HIV/AIDS in recent years to 9% of its total budget in 2002 (Annual Report 2002).

• Funds provided to RBM more than double WHO funds for malaria in SSA

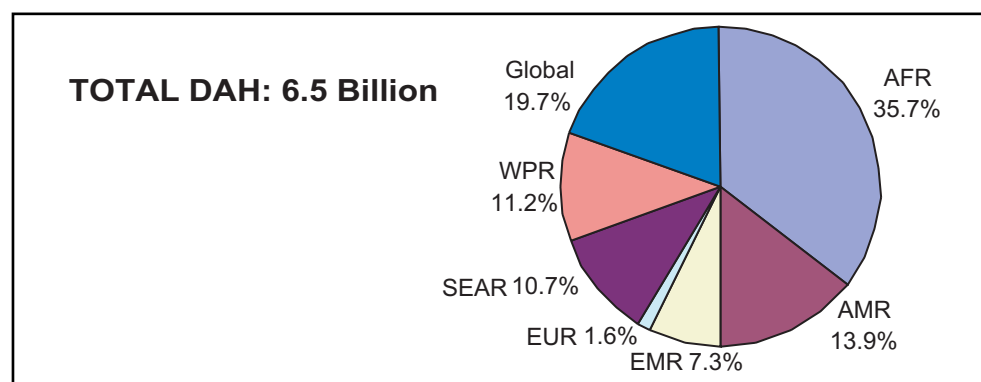
The partnership to roll back malaria (RBM) more than doubled total funding provided by WHO for malaria in SSA. It added \$ 6.4 million to the \$ 2.5 million allocated to malaria by other funds in 2002.

II. ALLOCATION OF DAH BY REGION AND MAJOR COMPONENTS IN 2002

Bilateral agencies, WHO, UNICEF, the AfDB/AfDF, the IADB, the World Bank, the EC, GFATM, and the BMGF provided detailed information on the allocation of ODH to recipient countries and major components of particular interest, namely HIV/AIDS, tuberculosis and malaria, and were included in this analysis. Together these agencies provided \$ 6.5 billion in 2002.

The largest share of funds was allocated to support country and regional activities (\$5.2 billion). The remainder (\$1.3 billion) was allocated to inter-regional and global activities. Regions included in this analysis were the six main WHO regions – Africa (AFR); the Americas (AMR); Europe (EUR); Eastern Mediterranean (EMR); South-East Asia (SEA) and Western Pacific (WPR). More than one third of all funds (36 percent) were allocated to Africa; 22 percent to Asia (SEA and WPR); 14 percent for the Americas; 7 percent to EMR and less than 2 percent to Europe (Table 5).

TABLE 5
OVERALL DISTRIBUTION OF ODA - SELECTED MAJOR SOURCES 2002



SELECTED SOURCES: BILATERAL AGENCIES, WHO, UNICEF, WORLD BANK, IADB, AFDB/AFDF, GFATM, BMGF (for which detail allocation was available)

The \$1.25 billion allocated to HIV/AIDS, malaria and tuberculosis represented approximately one fifth of total DAH for the selected sources combined. The allocation of the remainder 80 percent would of course be of great interest as well, but was outside of the scope defined for this study. The largest share was allocated to HIV/AIDS (14 percent) and approximately 3 percent to both malaria and tuberculosis.

The allocation for each component, however, varied significantly between regions. The largest share for HIV/AIDS (56 percent) and for malaria (69 percent) were allocated to Africa, and the largest for tuberculosis to the Western Pacific (62 percent) (Table 6).

TABLE 6: DISTRIBUTION OF ODA MAJOR COMPONENTS - SELECTED MAJOR SOURCES 2002
USD (thousands)

DAH per capita was equal to \$ 3.3 in Africa; \$ 0.8 in the Americas and \$ 0.77 in the Eastern

	Total DAH	SUB-TOTAL (AIDS, malaria, tuberculosis)	HIV/AIDS	MALARIA	TUBERCULOSIS
TOTAL REGIONAL FUNDING	5,183,497	1,072,736	752,421	140,398	179,918
AFR	2,292,677	550,892	417,545	96,658	36,689
AMR	895,970	111,389	88,685	10,703	12,000
EMR	466,096	13,499	5,551	7,541	407
EUR	101,719	117,139	107,026	1,698	8,415
SEAR	684,631	77,899	57,816	9,223	10,860
WPR	717,060	190,619	64,548	14,524	111,547
Global	1,266,959	11,249	11,249		
GLOBAL FUNDING	1,266,959	126,298	79,684	17,790	28,824
TOTAL	6,450,457	1,247,738	879,607	158,187	209,944
Percent Distribution					
	Total DAH	SUB-TOTAL (AIDS, malaria, tuberculosis)	HIV/AIDS	MALARIA	TUBERCULOSIS
TOTAL REGIONAL FUNDING	5,183,497	20.7%	14.5%	2.7%	3.5%
AFR	2,292,677	51.4%	55.5%	68.8%	20.4%
AMR	895,970	10.4%	11.8%	7.6%	6.7%
EMR	466,096	1.3%	0.7%	5.4%	0.2%
EUR	101,719	12.0%	15.7%	1.4%	4.7%
SEAR	684,631	7.3%	7.7%	6.6%	6.0%
WPR	717,060	17.8%	8.6%	10.3%	62.0%
GLOBAL FUNDING	1,266,959	10.0%	6.3%	1.4%	2.3%
TOTAL	6,450,457	19.3%	13.6%	2.5%	3.3%

Mediterranean region; \$ 0.41 in South East Asia and the Western Pacific regions.

Finally the allocation of DAH per capita varied by country within regions (Table 7 and Table 8). The ten countries that received the largest DAH per capita from all sources combined were in Africa (7 countries) and in the Americas (3 countries).

TABLE 7: TOP TEN COUNTRIES RECEIVING MOST DAH FROM SELECTED MAJOR SOURCES 2002 (I)

WHO region	population	Country Name	DAH per capita USD	DAH total (000s)	DAH HIV/AIDS	DAH Malaria total	DAH Tuberculosis total
AMR	6,154	El Salvador	28.0	172,187	500	0	250
AFR	8,976	Zambia	16.7	150,222	25,933	5,978	27
AFR	1,695	Namibia	12.7	21,445	4,287	41	15
AFR	1,268	Gambia	12.2	15,488	47	57	6
AMR	2,560	Jamaica	11.9	30,368	12,728	0	4,009
AFR	9,240	Senegal	11.7	107,986	6,001	2,726	1,000
AMR	6,316	Honduras	9.6	60,820	3,888	220	650
AFR	5,937	Benin	7.3	43,250	2,861	1,564	3
AFR	6,565	Burundi	7.0	45,902	189	437	2,019
AFR	2,108	Leshoto	6.6	13,926	1,239	0	0

(I) Countries with a total population of less than 1 million were not included

TABLE 8: TOP FIVE COUNTRIES RECEIVING MOST DAH FROM SELECTED MAJOR SOURCES 2002, BY REGION

WHO region	Population (000s)	Country Name	DAH per capita USD	DAH total (000s)	DAH HIV/AIDS	DAH Malaria total	DAH Tuberculosis total
AFR	8,976	Zambia	16.7	150,222	25,933	5,978	27
AFR	1,695	Namibia	12.7	21,445	4,287	41	15
AFR	1,268	Gambia	12.2	15,488	47	57	6
AFR	9,240	Senegal	11.7	107,986	6,001	2,726	1,000
AFR	5,937	Benin	7.3	43,250	2,861	1,564	3
AMR	6,154	El Salvador	28.0	172,187	500	0	250
AMR	2,560	Jamaica	11.9	30,368	12,728	0	4,009
AMR	6,316	Honduras	9.6	60,820	3,888	220	650
AMR	8,142	Bolivia	6.4	52,362	4,496	600	831
AMR	4,938	Nicaragua	6.0	29,496	674	0	0
EMR	27,867	Morocco	4.7	129,734	53	0	130
EMR	17,488	Yemen	2.6	45,037	138	247	27
EMR	21,923	Afghanistan	1.8	39,709	0	371	1,403
EMR	9,672	Somalia	1.8	17,475	0	90	191
EMR	3,236	Lebanon	1.3	4,279	297	0	20
EUR	3,839	Bosnia Herzaegovina	1.9	7,388	0	0	0
EUR	4,669	Kyrgystan	1.9	8,921	650	10	19
EUR	3,133	Albania	1.1	3,384	1,422	0	0
EUR	5,006	Georgia	0.7	3,275	1,100	10	2,417
EUR	23,942	Uzbekistan	0.6	14,377	4,009	0	2,365
SEAR	2,064	Bhutan	6.0	12,405	112	51	493
SEAR	28,385	Nepal	1.5	41,708	7,452	699	1,285
SEAR	18,639	Sri Lanka	0.7	13,087	51	5,287	2,890
SEAR	126,947	Bangladesh	0.6	80,779	3,452	0	600
SEAR	45,059	Myanmar	0.6	28,123	228	260	188
WPR	4702	Papua New Guinea	3.8	17821	0	171	149
WPR	5297	Lao People's Democratic Republic	3.4	17988	577	37	5
WPR	10945	Cambodia	2.7	29866	12531	1360	213
WPR	74454	Philippines	1.9	139960	2001	2915	2485
WPR	78705	Viet Nam	1.6	129165	32734	279	74

III. IMPLICATIONS OF KEY FINDINGS

The analysis of recent trends and allocation of DAH from major donors conveys mixed messages.

- There is no doubt that DAH fared much better than other sectors during the 1990s, maintaining a relatively steady level at a time when total ODA plummeted;
- The geographic allocation of DAH from all sources has been responsive to real needs, at least for HIV/AIDS, malaria and tuberculosis;
- The report of the CMH has led to the development of the Global Fund to fight HIV/AIDS, malaria and tuberculosis, and sparked increased commitment towards tackling major health problems in several developing countries;
- The allocation of funds – mostly commitments – increased by \$1.7 billion over the past five years;
- Political commitment is much higher than ever before: the President of the United States made the commitment to provide \$15 billion over the next five years to fourteen countries plagued by AIDS in Africa and the Caribbean (Botswana, Cote d'Ivoire, Ethiopia, Guyana, Haiti, Kenya, Mozambique, Namibia, Nigeria, Rwanda, South Africa, Tanzania, Uganda, and Zambia).
- Yet, recent increases in DAH, although encouraging, fall short of meeting real needs.

It appears that things are moving in the right direction, although may be not quite as fast as would have been desirable. Are they really? Should the message provided at the end of the CMH follow up meeting be that all that is needed is to keep going and increase funding levels?

One major shortcoming of the analysis presented in this paper is that it combined commitments and disbursements as though they were comparable. They really are not, and this points to a fundamental issue, which is the pace at which funds committed are being disbursed. An increase in total disbursements of \$1.7 billion would have a totally different meaning than the same increase in commitments. It means that it will take several years before committed funds will actually be spent, and thus represents a much smaller increase in DAH than first appears.

This very issue lies at the core of the current difficulties encountered by the GFATM in receiving pledges needed to ensure sufficient funds in the future. The decision made just a little over a week ago by trustees of the GFATM to reduce the number of yearly funding cycles in order to ensure that the funds would not run out before projects funded in the first three rounds have been completed raises real concerns.

One key question that would be well worth discussing during this meeting, is the extent to which substantial increases in funds committed to countries in greatest need can be absorbed at the country level. It is quite striking that even though pledges reached 2 billion,

only \$ 150 million dollars has actually been disbursed to countries, two years after the GFTM was established. What are major limiting factors to a more rapid disbursements of funds? Is the lag time between commitments and disbursements increasing with increased commitments – or is it decreasing ? What are the major limiting factors , and what could be done to address those? There is no doubt that all stakeholders need to work much more closely together to identify and overcome major roadblocks to scaling up investments to improve health among the poor, as was recommended by the CMH.

Links between Macroeconomics and Health: Relevance to the South East Asian Region¹

Abusaleh Shariff, Ph.D²

Executive Summary

Introduction

Healthier the economy of a state, healthier are its citizens is an off-repeated point of view. The other side of this chicken and egg conundrum is highly positive spin-offs of investment in health on economic development. Importantly, the fact that health gains can be achieved through efficient allocation of available, often inadequate, resources in emerging economies will enhance economic prosperity does not generally accord policy attention. Historically, important breakthroughs in public health, disease control and appropriate nutritional intake have given rise to great takeoffs in economic development. This was evident during the rapid growth of Britain during the Industrial Revolution, of Japan in the 20th century and East Asia in the 1950s and 1960s.

This study analyses the links between Health and Macroeconomics for ten countries in the Southeast Asian Region (SEAR), namely Bangladesh, Bhutan, DPR Korea, India, Indonesia, Maldives, Myanmar, Nepal, Sri Lanka and Thailand. While there are wide variations in the levels of economic and human development, their commonality lies in common health problems with differences apparent in socioeconomic, epidemiological and demographic transitions. The whole of the region is characterized by prevalence of the diseases of the poor, such as tuberculosis, malaria, sexually transmitted diseases, skin infections and common blindness and the newly emerging HIV/AIDS. Many countries, notably the South Asian economies, have high gender biases in access to health care, and the women and children face high risks due to the lack of and poor quality reproductive health, immunization and family planning services. This region has the dubious distinction of having the highest incidence of anemia amongst women and malnutrition amongst children in the world, including the African continent.

Objectives

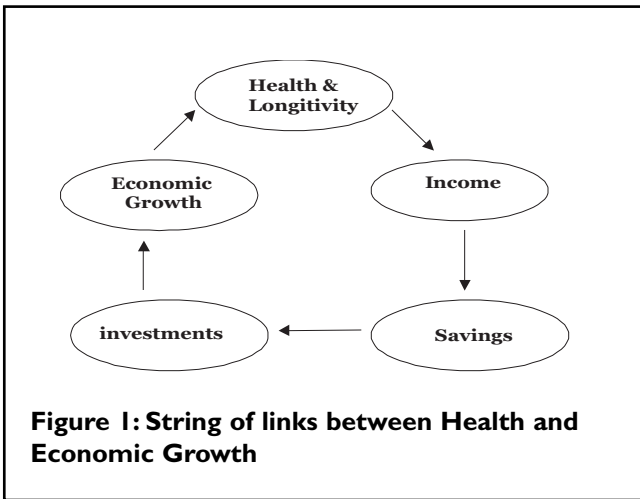
This study highlights the importance of monetary and physical investments in primary and reproductive health, mass education and poverty alleviation programmes. It attempts to establish links between macroeconomic growth and health spending, identify mechanisms to enhance health coverage of the poor, and to explore effects of globalization and multilateral trade agreements such as TRIPS on the availability of drugs amongst the poorer nations.

1. A note prepared for presentation in the 'Ministerial Consultation on Macroeconomic and Health' organized by the World Health Organization, 28 - 30th October 2003, WHO Headquarters, Geneva.

2. Chief Economist, National Council of Applied Economic Research, New Delhi, India. The opinions expressed in this document are the author's own and not of the institution he represents nor of the WHO Regional Office for Southeast Asia. The author wishes to acknowledge the high quality research assistance of Kavery Ganguly, Anoop Satpathy, Saswata Ghosh, Jaya Koti and Girish Khulbe.

Health and Macro-Economic Links

In order to place the argument of health being more of a cause rather than an effect of economic development, this study brings together compelling empirical evidence from the SEAR. At the outset it is important to note that there exist considerable differences in the disease profiles between the rich and the poor nations of the world, and between the rich and poor often within the same country. The burden of morbidity from a number of

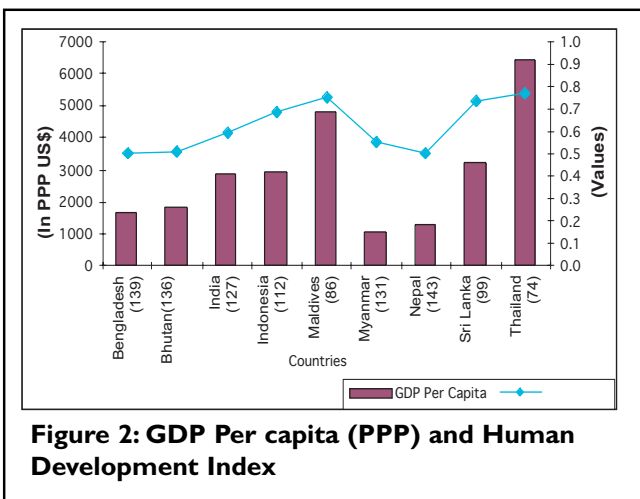


untreated, debilitating but rarely fatal diseases in developing countries, including sexually transmitted infections, tuberculosis, malaria and HIV/AIDS, has a substantial impact on economic productivity. The commonly used indicator of well-being - life expectancy at birth – appears inadequate to highlight the costs associated with morbidity. Instead, ‘Disability Adjusted Life Years’ (DALYs) is a better measure albeit the difficulty in estimation at the national and sub-national levels.

Disease burden slows the economic growth that is presumed to solve the health problems. Disease

reduces the number of years of healthy life years. A society afflicted with high infant mortality lacks secure knowledge of children’s longevity, witnesses higher rates of fertility, and experiences “quantity-quality” trade off in child rearing. Disease burden, apart from its effects on individual worker productivity, diminishes the return to business and infrastructure investment.

Southeast Asian Region (SEAR) is one of the poorer parts of the world, having huge deficits in many human development parameters and low levels of human development Index (HDI)



values. For example, about 80 per cent of the population in Bangladesh, Bhutan and Nepal and about 60 per cent in India are found to have a per capita per day income of less than 2 dollars a day. Two-dollar-a-day poverty is also as high as 40 per cent in Sri Lanka and 30 per cent in Thailand. All countries, excepting Thailand and Sri Lanka, have HDI values below 0.7 Nepal and Maldives below 0.5. Even Thailand and Sri Lanka have values about 0.75 that are not high in terms of global perspective.

However, as has already been mentioned, in spite of the commonality of health problems there remains noteworthy difference in terms of health parameters and the effort of institutional mechanisms to attain a

better health standard. The proportion of women facing high levels of anemia ranges

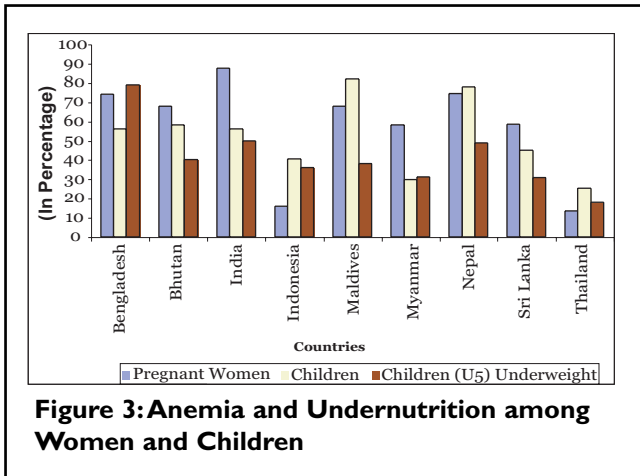


Figure 3: Anemia and Undernutrition among Women and Children

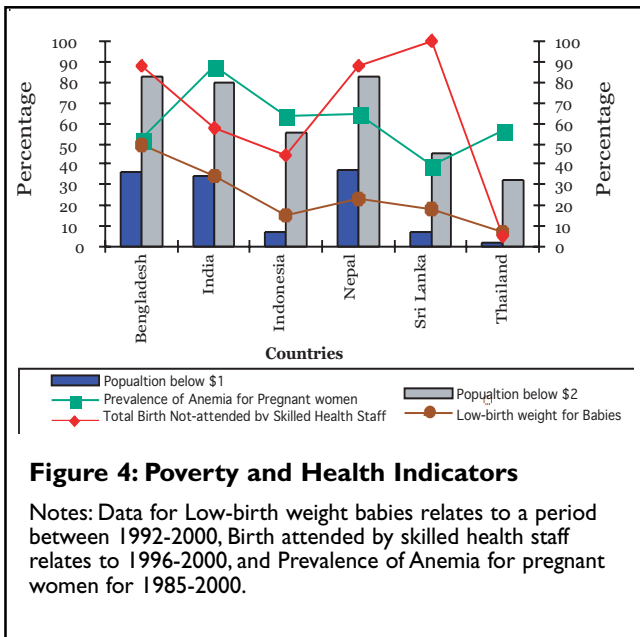


Figure 4: Poverty and Health Indicators

Notes: Data for Low-birth weight babies relates to a period between 1992-2000, Birth attended by skilled health staff relates to 1996-2000, and Prevalence of Anemia for pregnant women for 1985-2000.

between 50 to 80 per cent, with highest levels in India, Indonesia, Bangladesh, Nepal and Bhutan. Sri Lanka has the lowest level, yet above 40 per cent of its pregnant women suffer from anemia. Low birth weight is a problem in South Asian part of the region, excepting Sri Lanka. While Thailand has better coverage in terms of birth attendance by skilled health staff, but a large proportion of birth in Bangladesh, Nepal, India and Indonesia occur in the absence of skilled health staff.

Most countries in SEAR confront periods of macroeconomic imbalances, such as rising inflation, imbalances in aggregate demand and supply and foreign exchange crisis. In order to deal with financial crises, many have resorted to structural adjustment and policy reforms that have entailed a substantial departure from the past economic practices. The consequential reduction in public resources, fiscal squeeze and budget cuts in social sectors, such as health, primary education, poverty alleviation and social protection programmes, both at the national and state (local) levels has been the rule of the day. In low-income economies, fiscal squeeze and budget cuts in social and poverty alleviation sector expenditures has diminished accessibility by the poor to basic health and essential clinical services, elementary education and social protection flows. This has considerably reduced the ability of the poor citizens to cope with the period of stress arising out of illness.

Public Health Expenditures

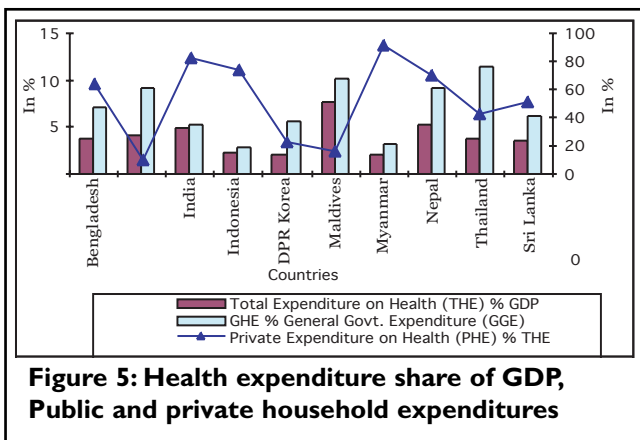


Figure 5: Health expenditure share of GDP, Public and private household expenditures

Economies constituting the SEAR spend a considerably lower percentage of their GDP on health. For example, only Maldives, a small country, spends up to 7.6 per cent of its GDP. Countries with large populations, such as India, Bangladesh, Indonesia and Myanmar, spend 4.9, 3.8, 2.2 and 2 per cent of their respective GDPs. However, there is a substantial qualitative difference across countries as to the structure of expenditure and source of funds. Over 77 per cent of expenditure in DPR Korea, 83 per cent in Maldives and 90 per cent in Bhutan is undertaken by their respective governments

whereas, the public expenditure in Myanmar is less than 10 per cent of the total expenditure. The share of public expenditure in India, Indonesia and Bangladesh is 18 per cent, 26 per cent 36 per cent, respectively.

Household (Private) Health Expenditures

Structure of household health care expenditures provides the rationale for a strong governmental interventionary measure. Individuals and households spend substantially on physician's fees, purchase of drugs and transport. Health spending of an outpatient visiting a private practitioner always outweighs the spending at a government facility. A study undertaken in the States of Tamil Nadu and Karnataka reveals that only about 10 per cent of outpatients to a private doctor spend less than US\$ 2 (Rs.100) as against almost 55 per cent of outpatients at a government facility.

Similar expenditures according to land size classifications also highlight precarious conditions of those who are landless, marginal and small farmers. It is also observed that the backward classes identified as the SCs and STs and the religious minorities also pay out a substantial part of their income on health higher than that spent by the other privileged classes.

BOX I

High Out-of-Pocket Expenditures on Health:

India Case Study

India has a population of over one billion and two-thirds are living in rural areas. The national and state governments have made a commitment through the Indian

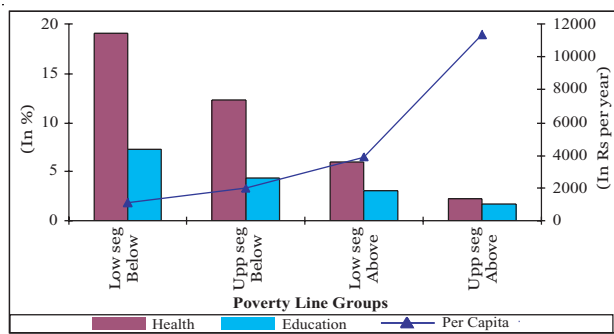


Figure 6: Share of Household Income spent on Health and Education by Poverty Groups in India, 1994

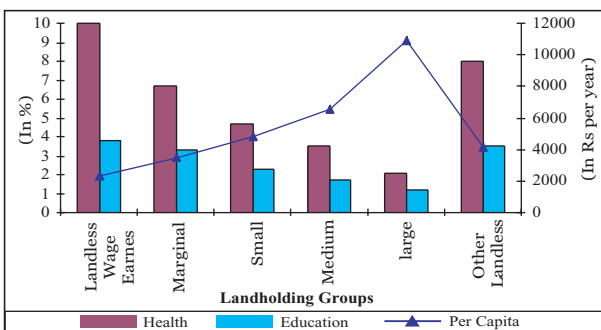


Figure 7: Share of Household Income spent on Health and Education by Landholding Groups in India, 1994

constitution to provide basic services, such as health care, elementary education, drinking water and sanitation, to the masses. In spite of the popular claims by the government of providing free and cheap health services, it is found that people spend considerable amounts as out-of-pocket expenditures to seek health care. In absolute terms, high-income group spend substantially on medical treatment. In relative terms, the poor spend a disproportionately higher share of household income on similar treatments (See Figure 5 and 6). In the recent years, owing to the adoption of the structural adjustment programs adopted by the national governments, there have been severe cuts in public expenditure on health services. Although this provides opportunities for the private sector to thrive, it has adversely effected the poor disproportionately. About 20 per cent of people are classified as 'poor belonging to lower segments of below the poverty line'. They have an average per capita income of Rs 1050 per year and spend just about 20 per cent of this household income on purchase of medicine and payments to physicians. Another about 6.5 per cent of this income on an average is spent on providing primary education to

the school going children. This puts extraordinary difficulty for the poor to lead a decent life.

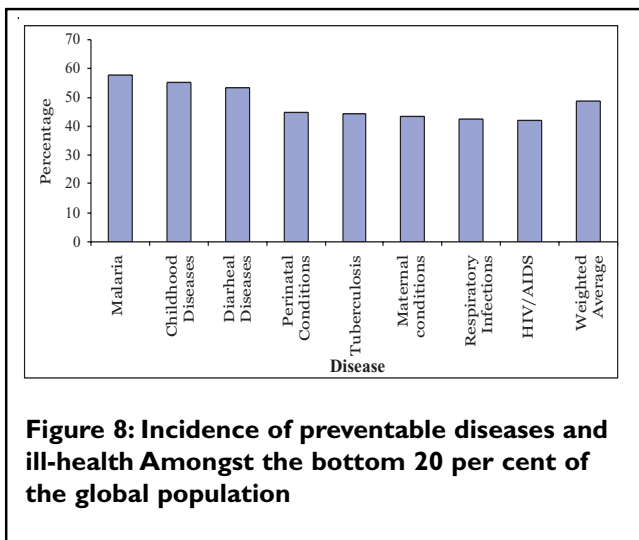
Public Expenditures Imperative

In arguing for a greater governmental role in the health sector one need not be oblivious to the fact that the much sought after expenditure on health can't be marshaled by the poor economies on their own. A vicious cycle comes into operation as poor health standards

retard economic development and the resultant low income pushes the economy limiting expenditures on health. However, a virtuous cycle sets in motion when non-governmental organizations and the local bodies act in tandem with the national governments.

Donor assistance must be viewed as an add-on that acts as a catalyst in supporting domestic resources and as a bridge for the gap between the amount required to finance the health services and the available resources, rather than as a replacement for the domestic resources. Countries that suffer from high disease burden can ill-afford the luxury waiting until economic growth generates enough domestic savings and raises household incomes. The high-income donor countries have an important role to play in helping low-income economies achieve their health objectives and bridge the existing gap in health financing. In the era of globalisation, such a cooperative venture provides a win-win scenario.

Under the World Trade Organisation (WTO regime), the TRIPS seem to have initially gone against the interests of the developing countries so far as the domestic prices of medicines and drugs have increased disproportionately compared with national price indices. Of late, the WTO negotiations are undergoing enormous changes as can be seen in its provisions for the poor countries to override the patents of multinational drug companies and outsource cheaper generic drugs that are not manufactured within the country.

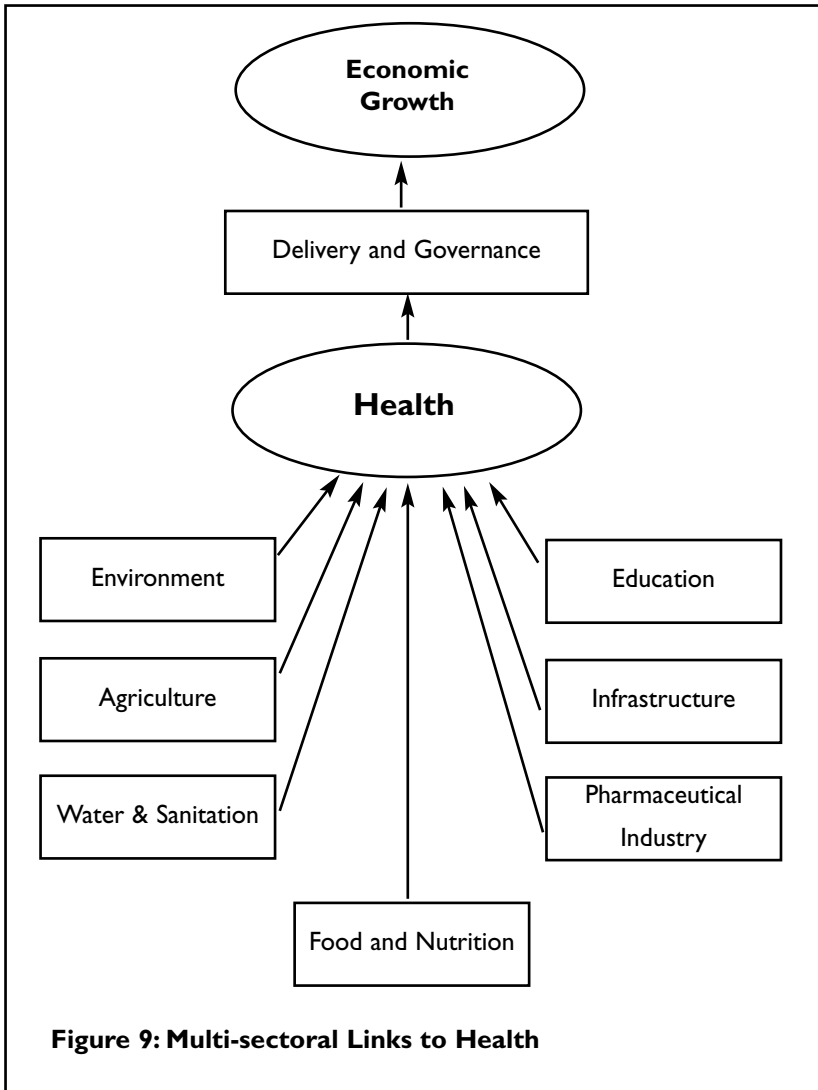


In its advocacy for the improvement in health access to the poor, this study underlines the following mechanisms: improved efficiency of investment, reduction of urban bias in health care delivery, decentralization of health services and community health financing. In its commitment to increase the resources to the health sector, the highest priority has to be given to raise the utilization of key health services by the poor. Improved efficiency of investment in health sector is attained with evolution of implementative platforms, institutions, procedures and inventory control system that bring about transparency and accountability. The choice of western allopathic health care as the

dominant practice in the SEAR has favoured urban and centralized delivery. Furthermore, emphasis on curative and hospital care has accentuated such an urban bias. It is noteworthy to mention that reduction in rural-urban gap in health care is a pre-requisite for better health standards in SEAR. There is a need for public investment in building rural health posts and primary health centres in order to provide elementary clinical services, preventive care, immunizations and reproductive care services by trained dedicated staff.

Multi-Prong Strategic Public Investments Promote Health

Most of the countries in SEAR, emphasize primary care and rightly so. Health indeed is a net result of the influences of a number of non-health factors that are crucially linked with each



other. It is therefore essential to ensure that people have access to clean drinking water, improved sanitation and hygienic living conditions, reduced levels of pollution and so on. Health and environment are linked inextricably with each other and in turn are affected and influenced by other external factors. For instance, development projects meant to bring socio-economic and health-related benefit to the community at large are associated with unintended impacts that amplify existing hazardous conditions in the countries of the SEAR. Together with achievements in the health sector, it is also essential to ensure that the people have access to other basic needs particularly adequate food and nutritious diet. Hence public investments in agricultural sector clearly deserves urgent attention in most of the SEAR, especially so in South Asia. Education and health are considered as assets for promoting economic development. Education itself has an essential impact on the health of

individuals. It results in increased awareness among masses, which is one of the most effective means of controlling the spread of diseases, speaking broadly. Apart from this aspect, education also improves the quality of life, which has a positive impact (through individual efforts) on improving the health standards (See Figure 7 for schematic inter-sectoral linkages affecting health and economic growth).

Decentralisation creates the possibility of mobilizing additional resources for the health services at the local level. It addresses better the needs of the locality and promotes efficiency and public accountability. Community groups, such as village health committees, youth clubs, mothers' clubs, and village development committees, can be actively involved in providing health care when they are supported to identify their own local needs and are equipped with both financial as well as non-financial resources. Community based schemes are in operation in SEAR – village health care post in Bangladesh, model village in Bhutan and Sri Lanka, mother's club in Nepal and integrated health post and village maternity post in Indonesia - which need to be emulated across the region.

The poor in the South-East Asia lack savings and access to credit, face trouble in financing even routine outpatient care in primary health facilities and are either compelled to ask for help from family and friends, sell their assets, or manage without needed health care. Private insurance can play a significant role but collection of premium payment is difficult as most of the labour force in the region is engaged in agriculture or informal sector work. In such a situation, the risk-pooling needs of the general population can be met by encouraging the systematic expansion of mandatory social health insurance coverage. Governments of Thailand and Indonesia are actively developing and testing ways to extend social health insurance coverage to previously uncovered groups.

This study presents the centrality of health in economic development by providing empirical evidence and establishing a multi-sectoral linkage to health in promoting economic development all routed through accountable governance and efficient delivery mechanisms.

Strategic Vision

- Better health conditions of a society and its labour force are essential to enhance the rate of economic growth of an economy. History is witness to the fact that important breakthroughs in public health, disease control, improved nutritional intake and behavioural changes with respect to hygiene, sanitation and drinking water have given rise to great take-offs in economic development. The most durable resource is the capital invested in nurturing human development.
- One may find a unique situation in which the poor are most affected by the high incidence of morbidity – a condition known as ‘selectivity bias’. This raises important questions that policy reforms must address, which fall in the realm of equity and human rights, promoting anti-policy sentiments.
- It is not prudent to expect that economic development will automatically take care of improvements in citizens’ health in a society afflicted with high disease burden. The nature of disease and its distribution amongst poorer economies are such that nations can hardly attain a level of prosperity to address health and nutrition issues, raising serious concerns of ensuring equity and accessibility. Often, the excess disease burden of the low-income countries is a result of a small number of identifiable conditions, which can be addressed by a set of affordable and low cost health interventions. In this context understanding the multi-sectoral interactive links of health with environment, water, sanitation, public hygiene, and food and nutrition is important.
- The health spending in practically all nations in SEAR is insufficient and also requires correction in its structure. Health spending as a percentage of GDP ranges from 7.6 percentages in Maldives and 5.2 per cent Nepal to a very low of 2 per cent in Myanmar. Countries with large population such as India, Indonesia and Bangladesh spent 3-4 per cent of their respective GDPs on health sector. Out of such expenditures, the households themselves undertake major portion out-of-pocket. For example, the household expenditures on health care is 70-80 per cent in India and Bangladesh and 90

per cent in Myanmar, thus the respective governments are contributing meager amounts as a share of total health expenditures. Given the huge population base, the public expenditures turn out to be pitifully too low in per capita terms, while most of this amount also is spent on maintaining over-sized bureaucracy and administration, leaving little amounts for actual transfers in the form of health gains.

- There is strong urban bias in public health provisioning structures in all countries of the region, so is the bias towards curative and high specialty services. Thus, primary health care, health care of the people living in rural and remote areas, people who are poor, reproductive health of adolescent and women in reproductive ages, preventive health care for children and health provisions of the old are the worst affected. All the above adverse biases in health services, strongly affects the quality of future labour force.
- In catering to the health needs of the hitherto unreached poor population of the SEAR, the governments apart from increasing health sector spending should improve efficiency of investment by evolving implementative platforms, institutions, procedures and inventory control systems that bring transparency and accountability. The disease burden lies disproportionately on the poor that is preponderantly rural. In order to reduce the rural-urban gap in health care there is a need for public investments in building rural health posts /sub-centres and primary health centres and provisioning of elementary clinical services, preventive care, immunization and reproductive care services by adequately trained dedicated staff. All the countries of the region suffer from lack of dedicated female core of physicians in the public programmes. This is one of the serious constraints in extension of reproductive health services in countries such as India and Bangladesh.
- In an era of globalization, any co-operative venture in the health sector provides a win-win situation. Donor assistance needs to be taken as an add-on rather than a replacement of domestic reserves for narrowing down the difference between the amount required to finance the health services and the available resources.
- Decentralisation, apart from creating the possibility of mobilizing additional resources, is responsive to local needs and allows local people to participate in programme implementation. Community groups, such as village health committees, youth clubs, mothers' clubs, village development committees, need to be actively involved in providing health care.
- Unmet demand for risk pooling services can be met by promoting private insurance. But since most of the labour force is engaged in the informal sector, governments must enhance and expand mandatory social health insurance coverage, until the time the private sector innovates to reach out to this sector. However, it is not conceivable that the public policy can relinquish or reduce its commitment to the provisions of mass health of the citizens in the respective countries in the near future. Coordinated efforts by government, professionals, corporate sector and a participating vigilant civil society can rid the SEAR region of its excess disease burden and health problems.

Macroeconomics and Health in Context: Background Summary for Participants

I. Introduction

The challenge of positioning health central to development

Health is a prerequisite to having an enjoyable and productive life. Effective interventions and preventive measures to reduce mortality are available today. Societies that have been able to adequately provide these interventions have significantly higher average life expectancies than those who have not. Due to financial constraints and institutional and organisational weaknesses in the health systems, least developed countries and other low income countries have had a particularly difficult time in scaling-up such measures. Though the benefits of good health are shared by all sectors, the onus of increasing access to health care falls to the health sector. The health sector in most countries attempts to develop strategies that combine long-term and short-term goals for health. Experience informs us that placing health in the development agenda requires an integration of successful disease-specific initiatives with system support, maintenance of a broad range of partnerships, and long-term policy reform, across sectors. In most developing countries, however, these linkages between health and poverty have not been fully appreciated and, therefore, health has not been adequately inserted into poverty reduction strategies.

In addition expanding the availability of important preventive and treatment measures, countries are currently faced with the need for a coherent strategy to coordinate health priorities with the numerous development initiatives and health financing mechanisms, including Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs), Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) initiatives, Global Alliance for Vaccines and Immunisations (GAVI), and Global Fund for AIDS, TB and Malaria (GFATM). The effective integration of health and health-related investments into these processes is needed for reaching Millennium Development Goals (MDGs) and national health objectives.

The commitment

Governments and the international community have this most important responsibility of protecting the right to health, especially among the poor. By adopting the health-related Millennium Development Goals, countries have expressed the commitment to do this. Thus health outcomes have begun to be recognized as highly relevant to reduce poverty. We know that we can prevent the vast majority of diseases affecting the poor. We know ill health is pushing the poor deeper into poverty and that health must be part of the strategy to reduce poverty. Now, countries want to move forward and are looking for an effective strategy for the better use of resources for health, recognizing the local challenges and conditions that are perpetuating disease and poverty.

In the past, declarations of high-level political commitment have failed to result in concrete actions. For example, in the Abuja Declaration (27 April 2001), African heads of state committed to allocate at least 15% of their annual budget to the health sector. The countries are not on track to meet this goal. To be successful, political and policy leaders must commit to pro-poor health reform, to scale-up effective and cost-effective interventions and to increase the capacity of health and health-related sectors to efficiently utilize additional investments.

The gap

Developing countries and development partners have not converted commitment to invest more in health into sustained, coordinated actions. The toll from preventable diseases continues to be staggering and the poor and marginalized are disproportionately affected. The key constraints to reach the poor are well known. To reduce financial constraints, investments in health of the poor must be scaled-up significantly as calculated by the Commission on Macroeconomics and Health (CMH), increasing both national and foreign financing. Least developed countries are more dependant on external investments when compared to middle income countries. The latter should be mostly focused on prioritizing interventions and improving efficiency.

Removing financial constraints will not be sufficient. Health systems have numerous obstacles to the scaling up of interventions. The so-called absorption capacity of the health sector is underlying the need of improve management of the health delivery system, especially deployment of human resources.

2. Mobilizing coordinated actions

Through the efforts of governments and health partners, there have been well-documented successes in categorical programs in certain parts of the world, such as polio eradication and TB control. In the last five years, important partnerships for disease specific programmes have formed, such as the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), Stop TB, Roll Back Malaria and the Global Fund for AIDS, TB and Malaria.

Control of other diseases, however, continues to be elusive even with increased political and financial commitment. Recently, the United Nations community acknowledged the failure of adequate global provision of anti-retroviral treatment of HIV/AIDS and called for more money and political will to ensure that 3 million HIV-positive people in the developing world have access to anti-retroviral medications by 2005. In other countries, non-communicable diseases have become the most important cause of preventable mortality.

3. The Macroeconomics and Health process

About 40 countries have begun the follow-up work to the CMH Report, guided by the overarching objectives of achieving better health for the poor, increasing investments in health overall, and progressively eliminating non-financial constraints. Countries are driving

the process. Recognising the diversity of health, economic, and social situations, placing health in macroeconomics context must accommodate the health priorities, opportunities and obstacles unique to each country. Specifically, governments must assess their health priorities and evaluate the cost of providing necessary interventions to the poor, in light of the financing mechanisms available internally and externally and the constraints experienced within the institutions.

The work demands a multisectoral approach. The implementation of any reform must take into account the cross-sectoral interaction of risk factors for disease. Without the complementary improvement of other sectors such as education, water and sanitation, and environment, countries will be unable to optimize investments in health or achieve national health objectives.

Political commitment to action

What is known is that political commitment must originate from the highest levels of government. At the national level, a health compact reflects the strong support of the ministries of finance and planning, along with the ministry of health, civil society, donors, development partners, private sector, NGOs and others for the insertion of health investments into the national macroeconomic agenda. The pact would put into motion the super-sectoral oversight of pro-poor policy reforms and allow input and discussion by all stakeholders. In some countries attending this consultation, a National Commission on Macroeconomics and Health has been created to exercise the political oversight of the process. In others, different mechanisms have been identified. Still other countries have expressed the willingness to start analytical studies to better understand the level of financial commitment and the type of reforms necessary for a successful process.

Countries need to take inventory of the ongoing mechanisms and funding initiatives to which investments in the health or health-related sectors can be linked. This includes functioning sectorwide processes such as multi-year national health plans that are periodically updated and budgeted and poverty reduction processes such as PRSPs and Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) initiatives, for insertion of increased and more efficient spending on essential health or health-related services.

To move forward countries in collaboration with global partners will have to:

- Analyse country health, social, and development situation, establish national goals based on this analysis and generate strategic options for the allocation of internal resources and increasing the effectiveness of health care delivery at the local level
- Develop a sequenced approach to identifying and addressing institutional and organizational obstacles to efficiently utilizing resources and to the widespread provision of essential health interventions to the poor.

- Ensure accountability and transparency by developing a mechanism of monitoring inputs and outcomes so that management decisions can be effectively made at the local and central levels.

4. The 2nd Consultation on Macroeconomics and Health

This Consultation will provide the unique forum joining together high-level health, finance, and planning decision-makers to work towards a health compact, setting in motion the strategic policy and technical actions that will be needed across sectors. This process will be supported and facilitated by WHO at the country and regional levels and will require broad coordination among development partners and all stakeholders that are committed to improving the lives of the poor.

During the Consultation, countries will continue and build upon the work that they had begun at the 1st Consultation on National Responses to the CMH report (June 2002) and at local and regional levels. This will be the first opportunity for ministers of health, finance, and planning to come together to discuss the issues and challenges with each other and with WHO, development partners, donors and others. What are the challenges that countries face in positioning health centrally in development strategies? What types of support will the countries need in developing and implementing a long-term health investment strategy? How can WHO best collaborate at the regional and country levels?

WHO resources at country, regional and headquarters levels can be used by the countries to link up with the technical expertise needed for carrying out situational assessments, to generate strategic options for improving the efficiency of health systems, and to identify new tools for health financing and costing of expanded services for the poor.

This is a forum in which countries can share their experiences in the Macroeconomics and Health process and the opportunities and challenges that they have faced in positioning health at the centre of development. Countries will define concrete mechanisms to set national health priorities and to specify the process towards developing a Health Investment Plan. This process will include the identification of coordinating mechanisms that can oversee progress on planning long-term investments, sequencing pro-poor health reforms and making the necessary analyses on strategic choices, financing options and human resources.

Countries will also be able to identify how WHO and other partners can coordinate their activities to support health investments in an effort to achieve MDGs.

The Consultation will commence with the assembly of three Working Groups which will participate in a structured discussion under three thematic foci: 1) How to Improve the Effectiveness of the Health Delivery Systems and Monitor Outcomes; 2) How to Make Health Central in the Country Macroeconomic Framework and Increase Allocation of Resources to Health; and 3) How to Increase Predictability of External Funding and Increase Coordination with Partners, which correspond to CMH Working Group reports 5, 3 and 6,

respectively. These three foci will be carried forward and will be the foundation for the subsequent days of the Consultation. The following pages provide a summary of the issues relevant to the three foci as well as potential questions to guide discussion.

5. Summary of Working Group Issues

Working Group I: How to Improve the Effectiveness of the Health Delivery Systems and Monitor Outcomes

Overview based on the work of CMH Working Group 5

- In a costing analysis done by WG5 for 83 countries with per capita GNP below \$1200, the spending required to ensure necessary strengthening at all levels of the health system would be 40-52 billion dollars annually by 2015.
- There are a limited number of diseases that account for most of the avoidable mortality among the poor in developing countries.
- Each country, based on their social and development situations, will have their own health priorities, which will change as countries develop economically.
- Interventions exist that are effective in treating and preventing the priority conditions but are not currently available or accessible to most of the poor. Based on health priorities, countries need to determine the range of interventions and the sequencing of expanded coverage and introduction of new interventions.
- Numerous institutional and organisational barriers exist at all levels to expanding health care access to the poor. These constraints have been placed in three broad categories including constraints on demand, constraints on delivery, and overall strategic constraints. Barriers are financial and non-financial in nature, but all prevent the efficient absorption and utilization of funds.
- Essential elements of systemic reform include a local health care delivery structure that is well-equipped and staffed with effective, motivated health workers, categorical programs to provide technical and financial resources, and effective management with a well integrated surveillance and monitoring system.
- Need development of mechanisms to monitor the effective use of resources at local and central levels.

Issues for deliberation

- What tools and resources are available for collecting epidemiological data and costing expansion of coverage of priority interventions? To what extent is data able to be disaggregated by income groups so that disease impact on the poor is better described?

- What are the realistic choices on allocation of funds for improving health if the increase in additional resource mobilization is not realized? What technical support can countries expect from WHO and other partners in doing this?
- What are the most important constraints in the health system (e.g., adequately trained staff, poor management, medication supply, access to facilities, political instability, corruption, poor governance)?
 - Which constraints are susceptible to short term financial solutions?
 - Which constraints will require more long-term strategies?
 - How will sequencing of reforms be determined?
- What are options for monitoring systems and what outcomes could be monitored? How will these outcomes translate into action by decision-makers at the local level?
- What resources and tools can WHO provide to assist countries in terms of surveillance, health information systems, costing tools, and in progressively implementing institutional reforms?

Working Group 2: How to Make Health Central in the Country Macroeconomic Framework and Increase Internal Allocation of Resources to Health

Overview based on the work of CMH Working Group 3

- The CMH suggested that most countries with low levels of public health spending could raise 1-2% of GDP more for health.
- Investments in health should be geared towards attainment of specific national and global health objectives, especially for the poor, and linked to ongoing poverty reduction initiatives
- Countries need to match methods of financing to its population groups, using general budgetary revenue to fill in gaps in providing public goods and essential health care and subsidize the poor.
- A coherent strategy to integrate health care for various population groups can increase spending on health, facilitate the pooling of risks, improve quality, and achieve gains in efficiency and quality – as well as provide the framework for discussion with civil society, the medical professions, NGOs and donors.
- Current social, political and fiscal policies contribute to the inefficiencies of health sector expenditures and reallocation of funds from “unproductive expenditures”, such as revenues lost through tax concessions and investment incentives, may provide additional resources for the health sector.
- Community financing schemes could improve coverage for excluded populations, ensure ownership of health care provision, and decentralize health care responsibilities. Such

schemes should be supported with training and management techniques by government, donors, and NGOs.

- Explore Public–Private partnerships as approaches to increasing access to health care. Currently, significant financing for health comes from out-of-pocket payment by poor families. Options for decreasing financial risk for the poor and increasing equity in access to health care must be explored.

Issues for deliberation

- What are the available health financing mechanisms in each country?
 - General and ear-marked taxes, Social insurance, Private insurance, Community financing, Users' fees, etc.
- How can the financing mechanisms be reconciled with national health goals, the country's capacity to raise additional funds, and the socioeconomic make-up of the population? How can economic policy be made more conducive to greater allocations to health?
- Acknowledging that mobilization of additional resources may be limited, what are the opportunities for achieving greater efficiency in the resources currently allocated to the health sector? What are the social, political, and economic constraints (policy and institutional) to efficient health investments? How can resources be reallocated from “unproductive expenditures” to health and health-related sectors?
- What are the options for institutional mechanisms to ensure a multi-sectoral approach to the production of health outcomes. How will this be linked to the work of development partners, private sector and NGOs? Who should be the principal advocates for health within the government and lead the development of the health investment plan?
- What are potential ongoing sectorwide initiatives that are available for insertion of increased and more efficient spending health, linked to achieving national goals and MDGs?
 - Sector Wide Approaches to Health Development (SWAPs), Periodic multi-year national health planning and budgeting, Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs), Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiatives, etc.
- What are the respective roles of public and private sector in financing and delivery of health care services? How can countries align the goals of the private sector to national and global health objectives?
- What are the alternate financing options for middle income countries, such as expansion health delivery outsourcing and encouraging competition by private providers?
- What role can National Health Accounts play in monitoring the health expenditures and their efficiency? How can this inform policy?

Working Group 3: How to Increase Predictability of External Funding and Coordination with Partners

Overview based on the work of CMH Working Group 6

- WG6 estimated that donor assistance should increase to \$27 billion annually by 2007 and \$38 billion annually by 2015.
- The trends in development assistance to countries and where these resources have been targeted within the health system needs to be assessed.
- Donors and countries should apply more comprehensive and results-oriented approaches to development assistance, with a sharper focus on poverty reduction.
- Disease-control programmes and global health initiatives should redirect emphasis from global or regional targets to allow more flexibility in priority-setting at the country level.
- The variety of financing mechanisms can bring about inefficient, unpredictable allocation of resources, leading to the reduction of the impact of external funding.
- Improved harmonization and convergence of initiatives will require partners to reform funding mechanisms and project objectives to be more responsive to local needs. Countries would benefit from the increased flexibility of targeting resources to diseases of the poor.
- Effectiveness of this assistance can be limited under stringent technical and reporting requirements and can put undue pressures on limited human resources and institutional capacity. Monitoring should be based on sectoral performance.

Issues for deliberation

- What trends in the flow of development assistance have we seen over the last few years?
- How can we harmonize external partner objectives with national health priorities?
- What is the best strategy to coordinate the activities and objectives of the numerous donors and development partners at all levels? How can developing countries be assured that external assistance will be available to support a viable investment plan comprised of needed systemic reforms and domestic mobilisation of resources?
- How can we limit donor conditionalities that put undue pressures on limited human resources and institutional capacity in countries?
- What proportion of development assistance should be used for global public goods, including technical and managerial knowledge goods?
- How can country level stakeholders maintain ownership over health initiatives while ensuring accountability to donors?
- What are options to address country-level constraints to the use of donor funds such as insufficient number of or inadequately trained professional staff and managers or weak or absent monitoring and reporting systems?
- Are there examples of effective donor coordination mechanisms in countries?

Mobilization of Domestic and Donor Resources for Health: A viewpoint

Jeffrey D. Sachs, Director of the Earth Institute, Columbia University

The state of health in the world's poorest countries is more than a human tragedy. It is an economic catastrophe. Millions of impoverished people die every year of conditions that can be readily prevented or treated with existing technologies. These tragic deaths-and the enormous economic and social costs associated with them-reflect the basic fact that essential life-saving health services are out of reach of hundreds of millions of the world's poor. Without extending these life-saving interventions, poverty is likely to be exacerbated and to be passed to the next generation, with enormous and pervasive economic costs.

In graduate school I was taught that poor people live "on the edge of survival." This is not exactly right. Poor people are not living on the edge of survival; they are falling right over the edge, and by the millions. We're living in a world where millions of people are dying every year because they are too poor to stay alive, in the midst of the greatest affluence and technological capacity in the history of the world. The premature mass deaths of the poorest of the poor are absolutely unnecessary, absolutely avoidable.

To address this global tragedy, the Commission of Macroeconomics and Health (CMH) was launched in 2000 by the World Health Organization to analyze the impact of health on development and to examine ways in which health-related investments could address the crisis of mass premature death and thereby spur economic development. The Commission focused its work on the world's poorest people, in the world's poorest countries, to develop specific recommendations that would save lives, reduce poverty, and spur economic growth through a scaling up of investments in the health sector of these countries.

The findings of the Commission are both stark and encouraging. First, it will take a lot of money and much more political and organizational effort than has been seen in the past generation to accomplish the tasks at hand. Second, the Commission called for greater policy efforts in the low-income countries, from which, with the needed political leadership, budgetary resources for public health might rise by perhaps 1% to 2% of GNP during the period to 2015. For a poor country at US\$ 300 per capita, that would US\$ 6 per person per year in health spending, important but far from enough to ensure widespread access to essential health services. This suggests that donor funding will indeed be needed to close the gap. The Commission found that donor support should rise from the current level of around \$3 billion per year for health in low-income countries to around \$27 billion by 2007.

This added donor funding needs to be put in perspective. \$27 billion amounts to around 0.1% of donor GNP-one penny for every \$10 of income. This modest sum, if matched by the

increase within the low-income countries themselves, we provide enough financing to avert around 8 million deaths per year by the end of this decade. The reduction in human suffering would be enormous. The economic gains would also be striking, around the order of US\$ 360 billion per year during the period 2015-2020, several times the costs of scaling up the health interventions themselves.

The message, in essence, is that today, for the first time in history, the world has the capacity to end the suffering and death of millions every year, suffering and death that are the consequence of absolute poverty. Ministries of health, international organizations, and leaders in the cause of global health will be in the front lines in overcoming these health crises, fighting a lack of attention and political will, and the lack of adequate financial commitment from the rich world. Many people think it naive to believe in the possibility of seriously addressing absolute poverty in our generation. But it can be done. The CMH put the price tag on what it would cost to meet these health challenges, and demonstrated rigorously and shockingly how little it would take to overcome the current crisis and despair.

The future depends wholly on our choices. Whether we are able to appreciate the extent of our wealth and its ability to solve problems, whether we are able to recognize our common stakes, whether we are able to bring to bear our vast scientific knowledge and whether, therefore, we are able to get the job done. This is a question of human choice, not simply a matter to forecast. We will need all hands to succeed.



Organización Mundial de la Salud
Ginebra

Grupo orgánico Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables

Aumento de las Inversiones en Resultados Sanitarios para los Pobres

Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud

28-30 de octubre de 2003 – Ginebra, Suiza

ANEXO 6: Comunicado de prensa

Comunicado de prensa OMS/82 • 29 de octubre de 2003

MINISTROS DE SALUD Y DE FINANZAS ABORDAN LA NECESIDAD DE AUMENTAR EN TODO EL MUNDO LAS INVERSIONES EN EL SECTOR DE LA SALUD

Ginebra - Los ministros de salud, finanzas y planificación de 40 países en desarrollo se reunirán con asociados para el desarrollo en la sede de la OMS los días 29 y 30 de octubre para examinar la necesidad de aumentar significativamente las inversiones en la salud. Es ésta la primera vez que la Organización Mundial de la Salud (OMS) acoge una reunión con tan amplia asistencia de funcionarios no pertenecientes al sector de la salud, lo que destaca la urgencia de la creación de capacidad nacional para absorber el incremento de la financiación sanitaria.

«Esta reunión significa un verdadero compromiso político de los más altos niveles de gobierno y los representantes de los donantes. Tenemos que aprovechar esta oportunidad sin par para reconocer que la inversión en la salud es de capital importancia y juntos llegar a un entendimiento común de cómo los países y sus asociados pueden transformar estos compromisos en acciones inmediatas. Debemos hacer que las inversiones equitativas y eficaces en la salud sean una realidad», señaló el Director General de la OMS, Dr. LEE Jong-wook.

Esta reunión tiene lugar casi dos años después de la publicación del informe de 2001 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, en que se recomienda que para el año 2007 los donantes aumenten la asistencia destinada a la salud a US\$ 27 000 millones. La Comisión también pide más recursos presupuestarios para la salud pública tanto de los países desarrollados como de los países en desarrollo, y un esfuerzo en materia de política y organización mayor que el realizado en los últimos decenios para conseguir mejoras reales en el sector de la salud.

Al cabo de dos años, el mundo no ha demostrado aún la determinación de aumentar las inversiones en la salud hasta los niveles necesarios para atajar de manera sensible las principales enfermedades que afectan a los pobres del mundo. Un reciente estudio* ha revelado que el total de la asistencia para el desarrollo asignada a la salud procedente de determinadas grandes fuentes aumentó en US\$ 1 600 millones, pasando de un promedio de US\$ 6 100 millones (1997-1999) a US\$ 7 700 millones (2001). La mayor parte del aumento de la financiación se destinó a la lucha contra el VIH/SIDA en el África subsahariana. Aunque estos recientes aumentos de la asistencia destinada a la salud son alentadores, están aún lejos de satisfacer las necesidades reales.

«Al asumir mis funciones, proclamé la meta de «tres millones para 2005», es decir proporcionar tratamiento antirretrovírico a tres millones de personas con SIDA en los países en desarrollo antes de que finalice el año 2005. Sólo 300 000 personas reciben tratamiento en este momento. Para cumplir esa meta y otras prioridades en materia de salud necesitamos muchos más fondos de los que se dispone actualmente. Si no aumentamos los recursos para la salud y los destinamos a actividades que tengan las mayores repercusiones posibles, es probable que millones de hombres, mujeres y niños mueran a causa de las enfermedades. Esto significa también encerrar a individuos y familias en la pobreza y la desilusión», dijo el Dr. Lee.

Durante la reunión, el trabajo conjunto de los países, la OMS y los asociados consistirá en elaborar planes concretos para aumentar las inversiones en salud en los países. Se necesita un liderazgo y un seguimiento continuos de alcance mundial por parte de la comunidad de desarrollo, junto con la colaboración interministerial para: primero, aumentar los recursos para la salud procedentes de los recursos nacionales, el alivio de la deuda y la asistencia para desarrollo destinada a la salud, y segundo, eliminar las limitaciones institucionales y del sistema sanitario para permitir así una mayor absorción de los crecidos recursos. Esto será decisivo para emprender una acción nacional encaminada al cumplimiento de la meta de «tres millones para 2005» y otras metas en materia de salud.

«Necesitamos planes propios de cada país para hacer realidad los aumentos de las inversiones en salud. Los países en desarrollo y sus asociados tienen que hacer mucho más, colectivamente y con celeridad, por la salud y la estabilidad mundial. Esta reunión permitirá determinar medios de conseguirlo», añadió el Dr. Lee.

Hay en curso actividades nacionales en materia de macroeconomía y salud en los países participantes en la consulta, a saber, de África: Angola, Botswana, Congo, Etiopía, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigeria, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Sudáfrica y Uganda; de las Américas: Argentina, Brasil, México, Nicaragua, Perú y la Comunidad del Caribe incluido Haití; del Mediterráneo Oriental: Djibouti, Irán (República Islámica del), Jordania, Pakistán, Sudán y Yemen; de Europa: Azerbaiyán y Estonia; del Asia Sudoriental: Bangladesh, Bhután, India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Sri Lanka y Tailandia; del Pacífico Occidental: Camboya, China, Filipinas y Viet Nam.

* Development Assistance for Health (DAH): Recent Trends and Resource Allocation

Dr. Catherine Michaud, Senior Research Associate, Harvard Center for Population and Development Studies

Para más información, pueden dirigirse a: Agnès Leotsakos, Asesora de Comunicación, Macroeconomía y Salud, tel.: +41 22 791 25 67, móvil: +41 79 500 6504, e-mail: leotsakosa@who.int, o a Gregory Hartl, Asesor de Comunicación, Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables, OMS, tel.: +41 22 791 44 58, móvil: +41 79 203 6715, e-mail: hartlg@who.int.

Todos los comunicados de prensa, notas informativas y artículos de la OMS, así como otras informaciones sobre este tema, pueden encontrarse en Internet en la página de acceso de la OMS: <http://www.who.int/>.



Organización Mundial de la Salud
Ginebra

Grupo orgánico Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables

Aumento de las Inversiones en Resultados Sanitarios para los Pobres

Segunda Reunión Consultiva sobre Macroeconomía y Salud

28-30 de octubre de 2003 – Ginebra, Suiza

ANEXO 7: Cobertura informativa por la prensa internacional

Lista de artículos:

- **Voice of America News:** Developing Countries Discuss Urgent Health Issues at WHO Meeting, 30 October 2003
- **The Financial Times :** Ghana and the Commission on Macroeconomics and Health: The economic paradox of Ghana's poverty, 10 November 2003
- **The Scotsman :** WHO: Health and Finance Ministers to Address Need for Worldwide Increase in Health Investment, 29 October 2003
- **Bua News (Pretoria):** Health Ministers Get Together in Geneva, 29 October 2003
- **Tribune de Genève :** OMS Réunion sur les politiques de la santé, 29 octobre 2003
- **Le Vif – L'Express:** Il faut 27 milliards de dollars pour les pays pauvres (OMS), 29 octobre 2003
- **Télévision Suisse Romande (TSR) :** Investissements dans la santé: les pays pauvres ont besoin de plus, 29 octobre 2003
- **Xinhua General News Service:** Ministers to meet in Geneva to increase health investment, 29 October 2003
- **Jeune Afrique - L'Intelligent:** Ingérence économique, 31 octobre 2003
- **Angola Press Agency:** Country Attends WHO Meeting, 31 October 2003
- **Pharma Marketletter:** WHO-hosted LDC investment meeting to urge more for HIV/AIDS drug treatment, 29 October 2003
- **Express Healthcare Management:** Need for world wide increase in health investment to be addressed, 30 October 2003
- **The Press Trust of India,** 29 October 2003

Lista de artículos:**Voice of America News:****Developing Countries Discuss Urgent Health Issues at WHO Meeting
30 October 2003****Byline: Lisa Schlein, Geneva**

USA: The article quotes that "Ministers of Health, Finance and Planning from 40 developing countries are meeting at the World Health Organization to explore ways of increasing investments in the health sector.... A report commissioned by the World Health Organization two years ago, finds disease, and in particular HIV-AIDS, is crippling economic development in Africa and other high-risk countries. "

The article continues by quoting the Minister of Finance and Development Planning of Botswana, Baledzi Gaolathe, who stresses that "the situation of disease and poverty will get worse if nothing is done. "We are here because there is an outcry that the health situation in Africa leaves much to be desired," he said. "And, the concern is that perhaps we are not investing enough. So, we are here to actually determine whether, in the case of Botswana, are we investing enough or not and to learn from other experiences." "One of the most important areas of prevention (for HIV/AIDS), which I should mention, is the one of preventing a mother to child transmission" says Baledzi Gaolathe. In addition, the Botswana Finance Minister says his government is providing free anti-retroviral treatment to all people infected with HIV-AIDS.

The Voice of America News reports that..... "At this meeting, the World Health Organization is negotiating an agreement with 20 member states to come up with a plan to increase investments in the health sector by the end of 2004. WHO says more work will be done in trying to raise interest in the private sector to become involved in this critical public health issue."

The Financial Times : Ghana and the Commission on Macroeconomics and Health**Headline: The economic paradox of Ghana's poverty****10 November 2003****Byline: Michael Weinstein**

The writer of the article is director of programs at the Robin Hood Foundation and senior fellow at the Council on Foreign Relations and presents two propositions for the economic paradox of Ghana's poverty : ... "Proposition one: Ghana represents sub-Saharan Africa's best chance to grow out of poverty. Proposition two: Ghana cannot grow out of poverty - at least not on its own. Behind those two propositions lies an ugly reality. Western leaders like to preach that if poor countries move decisively to competitive markets, they can lift their citizens out of poverty. Not so. Countries in sub-Saharan Africa that make every smart

economic move will almost certainly remain crushingly poor unless there is much more help from the rest of the world," the article quotes.

The writer then continues to document his propositions by emphasising that "Ghana is largely free of the civil strife that plagues many of its neighbours. It is also a fully fledged, multi-party democracy, where power peacefully shifted a couple of years ago by secret ballot from an autocrat to the opposition party. President John Agyekum Kufor oversees a relatively corruption-free, hard-working administration..... "Also, Ghana enjoys the benefits of a relatively good education system, sources of foreign exchange earnings - primarily from gold and cocoa - and a majestic beachfront that cries out for tourist development. "Civil peace, democracy, waterfront, exports: these are tickets for economic success. But in Ghana, these tickets go unpunched. Living standards are only marginally higher than they were decades ago. So what is the problem? Professor Sachs provides a compelling explanation: in sub-Saharan Africa, poverty breeds poverty. That may sound obvious, even circular. In fact, it is nearly profound."

Michael Weinstein continues his article by explaining this apparent paradox..... "To see why this basic idea is often ignored, take out your old economics textbook. You will find that it assumes that investments in poor countries produce more profit per dollar invested than do investments in rich countries..... Textbook models also often assume that people living in poor countries save more of every dollar they earn than do people living in rich countries. The combination of high savings rates, high rates of return on investment and large potential inflows of foreign capital can ignite a self-reinforcing cycle of investment, growth, more investment and more growth, " the writer adds.

".....But, Prof Sachs points out, countries can be too poor and too disadvantaged to grow, no matter how enlightened their policies. Without a healthy population, developed harbours, roads and other infrastructure, foreign investors will stay away. And the poor people themselves can be too poor to save a dime, if all income gets spent on life's necessities. In sub-Saharan Africa, the cycle of disease, low domestic savings, poor infrastructure and no foreign investment produces self-reinforcing poverty, not growth."

The article presents data from WHO's 2001 Report of the Commission on Macroeconomics and Health that states that Ghana and other countries in the malarial zone needed to spend about \$35 or \$40 per person a year just to meet the essential health need of their population. It quotes that Ghana can afford only about \$10 and that the country needs an extra \$30 per person for 20m people, just to keep Ghanaians fit to work. "But that's a half-billion dollars that Ghana does not have to spend on health care or other basic needs. Its people are living on less than a dollar a day. They cannot, willy-nilly, hand over about a month's earnings for health or anything else." Michael Weinstein reports.

This article concludes that....." Ghana and other poor sub-Saharan countries do not, and cannot, make it on their own. They need financial infusions from the west for health care and other basic investments that would set the stage for growth. Given an initial boost, Ghana's

pro-growth attributes could take over. But Ghana needs that boost. If the west, smugly clinging to nostrums of boot-strap capitalism, sits back and watches Ghana fail, its neighbours will fail as well. Ghana is one of sub-Saharan Africa's best shots at success. Ghana's shot at success will remain remote until rich countries come to its rescue ".

The Scotsman:

WHO: Health and Finance Ministers to Address Need for Worldwide Increase in Health Investment

29 October 2003

Wiesbaden, Germany: This article reports about WHO's Consultation on Macroeconomics and Health and that this is the first time that the World Health Organization (WHO) has hosted a meeting so widely attended by non-health officials, underlining the urgency of building national capacity to absorb increased health funding.

"This meeting signifies real political commitment from the highest levels of government and donor representatives. Let us capitalize on this unique opportunity to recognize health as a critical investment and together develop a common understanding of how countries and their partners can transform these commitments into immediate actions. We must choose to make equitable and efficient health investments a reality," said WHO Director-General Dr LEE Jong-wook.

The article specifies that during the meeting, the combined work of countries, WHO and partners will be to develop concrete plans for increased health investment in countries."Continued global leadership and follow-up from the development community, combined with inter-ministerial collaboration is needed: first, to increase resources for health from domestic resources, debt relief and development assistance for health, and second to eliminate health system and institutional constraints, enabling greater absorption of increased resources. This will be critical for pursuing country action to reach the "3 by 5" and other health targets."

"We need country-specific blueprints for making real increases in health investment. Developing countries and their partners need to collectively and quickly do much more, for health and global stability. This meeting can identify ways to make this happen," added Dr Lee.

Bua News (Pretoria):**Health Ministers Get Together in Geneva****29 October 2003****Byline: Candace Freeman**

Pretoria, South Africa: The article states that Ministers of Health, Finance and Planning from around the world came together with development partners at the World Health Organization (WHO) headquarters in Geneva to address the need to significantly increase investments in health.

It reports that WHO Director-General Lee Jong-wook said in a statement that the meeting signified real political commitment from the highest levels of government and donor representatives. Delegates at the meeting aimed to develop concrete plans for increased health investment in countries.

Tribune de Genève:**OMS Réunion sur les politiques de la santé****29 October 2003**

Geneva, Switzerland: The Tribune de Genève reports: "Le directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a ouvert aujourd'hui à Genève trois jours de travaux avec 40 ministres de la santé et des finances des PVD (dont treize pays africains) ainsi que des représentants des pays donateurs. Ces consultations ont pour but de développer les infrastructures de santé dans les pays pauvres."

Le Vif – L'Express:**Il faut 27 milliards de dollars pour les pays pauvres (OMS)****29 octobre 2003**

Geneva, Switzerland: Le Vif-L'Express reports: "Il faut 27 milliards de dollars par an d'ici 2007 pour éviter huit millions de morts dans les pays en développement (PVD). Actuellement, les pays donateurs consacrent 7,7 milliards par an à la santé des pays pauvres, une somme insuffisante, a indiqué mercredi l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le directeur général de l'OMS, le Dr Lee Jong-wook, a ouvert mercredi à Genève trois jours de travaux avec 40 ministres de la Santé et des Finances des PVD (dont treize pays africains) ainsi que des représentants des pays donateurs."

Télévision Suisse Romande (TSR):**Investissements dans la santé: les pays pauvres ont besoin de plus****29 octobre 2003**

Geneva, Switzerland: TSR reports: "Il faudra 36 milliards de francs par an d'ici 2007 pour éviter huit millions de morts dans les pays en développement (PVD). C'est sur ce constat que s'est ouverte à Genève une réunion sur les investissements dans la santé. "

Xinhua General News Service:**Ministers to meet in Geneva to increase health investment****29 October 2003**

Geneva, Switzerland: This article announced the Consultation, reporting: "Ministers of health, finance and planning from 40 developing countries are meeting at the World Health Organization (WHO) headquarters here Wednesday to address the need to significantly increase investments in health." It quoted Dr LEE Jong-wook, WHO Director-General: "We need country-specific blueprints to realize real increase in health investment. Developing countries and their partners need to collectively and quickly do much more," and "this meeting can identify ways to make this happen."

Jeune Afrique - L'Intelligent:**Ingérence économique****31 octobre 2003****Byline: Juliette Bastin**

Reporting on the Consultation, Bastin writes: "Pour tenter d'atteindre l'objectif fixé par la commission, il convient donc d'établir " des schémas nationaux spécifiques ". Objectif, pour les pays en développement (PED) : s'appuyer sur leurs ressources et sur l'aide internationale pour renforcer les moyens consacrés à la santé. Mais aussi affecter une partie de l'allègement de la dette aux systèmes sanitaires. Cette ambition nécessite une étroite collaboration entre les ministères des Finances et de la Santé. Cette incursion de l'agence onusienne dans le budget des États est une petite révolution. Qui fait définitivement de la santé la condition sine qua non du développement. "

Angola Press Agency :
Country Attends WHO Meeting
31 October 2003

Luanda, Angola :The article reports that "an Angolan delegation has participated, for three days, in Geneva, Switzerland, in a meeting of the World Health Organization (WHO) intended to discuss issues related to the investments in the health sector in undeveloped countries.

The Angolan delegation, headed by the Vice-Minister of Planning, Mr Eduardo Severim de Morais, was integrated by the Vice-Minister of Finance, Mr Arlindo Sicato, and top officials of both Ministries.

The article goes on to state: "Two years have gone, the WHO complains that the donors have not given proof of their determination in developing the investments in the health sector and to lead them to levels that have a true impact on big diseases which affect the poor people. According to a recent study, the total aid from the donors for the development of the health sector in developing countries increased only for the fight against AIDS in the Sub-Saharan Africa, still not covering the real needs of the developing countries."

Pharma Marketletter:WHO-hosted LDC investment meeting to urge more for HIV/AIDS drug treatment
29 October 2003

Pharma Marketletter reports: "Ministers of health, finance and planning from 40 developing countries are meeting with development partners at the World Health Organization headquarters in Geneva, Switzerland, October 29-30, to address the need to significantly increase investments in health.

This is the first time that the WHO has hosted a meeting so widely attended by non-health officials, underlining the urgency of building national capacity to absorb increased health funding, says the Organization."

The article goes on to quote Dr LEE Jong-wook, the WHO Director-General: "The meeting 'signifies real political commitment from the highest levels of government and donor representatives,' said WHO Director General Lee Jong-wook.

"On taking office, I declared the target of 'three by five' to have 3 million people with AIDS in developing countries on treatment with antiretrovirals by the end of 2005. Only 300,000 are on treatment at the moment," said Dr Lee. "To achieve 'three by five' and other health priorities we need considerably more funds than those currently available. If we don't increase resources for health and target these resources to activities that will have the greatest impact, we stand to lose millions of men, women and children to disease," he added.

"We need country-specific blueprints for making real increases in health investment. Developing countries and their partners need to collectively and quickly do much more, for health and global stability. This meeting can identify ways to make this happen," said Dr Lee.

Express Healthcare Management :

Need for world wide increase in health investment to be addressed

30 October 2003

Express Healthcare Management reports: "Ministers of Health, Finance and Planning from 40 developing countries will come together with development partners at WHO headquarters from 29 to 30 October to address the need to significantly increase investments in health. This is the first time that the World Health Organisation (WHO) has hosted a meeting so widely attended by non-health officials, underlining the urgency of building national capacity to absorb increased health funding.

"This meeting signifies real political commitment from the highest levels of government and donor representatives. Let us capitalise on this unique opportunity to recognise health as a critical investment and together develop a common understanding of how countries and their partners can transform these commitments into immediate actions. We must choose to make equitable and efficient health investments a reality," said WHO Director-General Dr LEE Jong-wook.

The article explains that this meeting comes nearly two years after the launch of the 2001 Report of the Commission on Macroeconomics and Health (CMH), which recommends that by 2007, donors should increase assistance for health to US\$ 27 billion. The Commission also calls for more budgetary resources for public health from both developed and developing countries, and more political and organisational effort than has been seen in the past decades to achieve real improvements in health.

The article quotes Dr Lee Jong-Wook: "We need country-specific blueprints for making real increases in health investment. Developing countries and their partners need to collectively and quickly do much more, for health and global stability. This meeting can identify ways to make this happen," added Dr Lee.

The Press Trust of India :
Macroeconomics and Health Meeting

29 October 2003

New Delhi : India and other developing countries on Wednesday came together at a meeting hosted by the World Health Organisation to address the crucial issue of enhancing investments in the health sector.

The two-day meeting, that began on Wednesday at Geneva, is being attended by Ministers of Health, Finance and Planning from 40 developing countries along with development partners.

India is represented by Health Minister Sushma Swaraj along with officials.

The meeting is focussing on developing concrete plans for increased health investment, a World Health Organisation release said.

"This meeting signifies real political commitment from the highest level of government and donor representatives... we must choose to make equitable and efficient health investments a reality," WHO Director General Dr Jee Jong-wook said.

"We need country-specific blueprints for making real increase in health investment. Developing countries and their partners need to collectively and quickly do much more for health and global stability. This meeting can identify ways to make this happen," Lee said.

He said currently only 300,000 people with AIDS are on treatment with anti-retrovirals due to dearth of funds.