

# INVERTIR EN SALUD



Resumen de las conclusiones de la  
Comisión sobre Macroeconomía y Salud



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Invertir en salud: resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud.

1.Financiamiento, Salud 2.Inversiones 3.Prioridades en la salud 4.Control de enfermedades transmisibles 5.Esperanza de vida 6.Desarrollo económico 7.Pobreza 8.Prestación de atención de salud 9.Países en desarrollo 10.Países desarrollados I. Comisión OMS sobre Macroeconomía y Salud.

ISBN 92 4 356241 2

(Clasificación NLM: WA 30)

© Organización Mundial de la Salud 2003

Reservados todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud se pueden solicitar 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](mailto:bookorders@who.int)). Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para su venta o su distribución no comercial - deben remitirse a Publicaciones, a la dirección anterior (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int).)

Las denominaciones empleadas en este informe y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría 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 de puntos en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas, sobre las que puede no existir un total 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 en las publicaciones de la OMS llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa ni correcta y no será tenida por responsable de los perjuicios ocasionados como resultado de su uso.

Impreso en Suiza.

# INVERTIR EN SALUD



Resumen de las conclusiones  
de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
UNIDAD DE APOYO A LA CMS



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

# INVERTIR EN SALUD

## Resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud

Índice	Página
Miembros de la Comisión .....	5
Prefacio .....	7
La Comisión sobre Macroeconomía y Salud .....	8
Los estrechos lazos entre la pobreza y la mala salud .....	10
Transformar la situación: prevenir ocho millones de defunciones anuales para el año 2010 .....	12
... y generar al menos US\$ 360 000 millones anuales para 2015-2020 .....	14
La necesaria financiación adicional no está al alcance de los países pobres .....	16
Se necesitan urgentemente mayores inversiones en salud .....	18
El suministro de bienes públicos mundiales en los países pobres.....	20
Acceso a los medicamentos esenciales .....	22
Nuevas formas de invertir en salud en pro del desarrollo .....	24
Inicio del trabajo sobre macroeconomía y salud en los países .....	26
Cómo están avanzando los países .....	28

Este folleto, *Invertir en salud: resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*, se ha elaborado con fondos de la Fundación Bill y Melinda Gates.



# Miembros de la Comisión

## **Jeffrey D. Sachs, Presidente**

Isher Judge Ahluwalia: Presidente del Grupo de Trabajo 4: La salud y la economía internacional

K.Y. Amoako: Miembro de la Comisión

Eduardo Aninat: Miembro de la Comisión

Daniel Cohen: Miembro de la Comisión, Copresidente del Grupo de Trabajo 1: Salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza

Zephirin Diabre: Miembro de la Comisión, Copresidente del Grupo de Trabajo 6: Asistencia internacional al desarrollo y salud

Eduardo Doryan: Miembro de la Comisión

Richard G.A. Feachem: Miembro de la Comisión, Copresidente del Grupo de Trabajo 2: Bienes públicos mundiales para la salud

Robert W. Fogel: Miembro de la Comisión

Dean Jamison: Miembro de la Comisión, Miembro del Grupo de Trabajo 3: Movilización de recursos nacionales para la salud

Takatoshi Kato: Miembro de la Comisión

Nora Lustig: Miembro de la Comisión, Miembro del Grupo de Trabajo 1: Salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza

Anne Mills: Miembro de la Comisión, Copresidente del Grupo de Trabajo 5: Mejora de los resultados de salud de los pobres

Thorvald Moe: Miembro de la Comisión

Manmohan Singh: Miembro de la Comisión

Supachai Panitchpakdi: Miembro de la Comisión, Miembro del Grupo de Trabajo 4: La salud y la economía internacional

Laura Tyson: Miembro de la Comisión

Harold Varmus: Miembro de la Comisión



# Prefacio

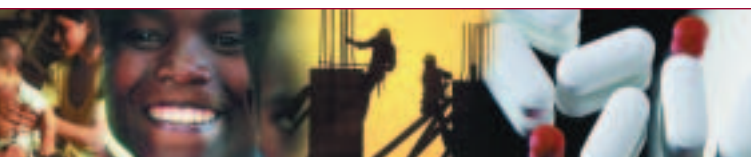
Hace un año y medio, el Profesor Jeffrey Sachs me presentó el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ese documento demuestra de manera bastante sencilla que la enfermedad es una sangría para las sociedades y las inversiones en salud pueden ser un aporte concreto al desarrollo económico. Va más allá al afirmar que mejorar la salud de las personas puede ser uno de los determinantes de mayor importancia para el desarrollo en los países de bajos ingresos.

El Informe de la Comisión defiende una estrategia mundial e integral en pro de la salud, con objetivos concretos y calendarios específicos. Desea que las fuerzas de la globalización se apliquen a reducir el sufrimiento y fomentar el bienestar. Es la primera contabilidad detallada de los recursos necesarios para alcanzar algunos de los objetivos clave acordados en la Declaración del Milenio: una inversión anual de US\$ 66 000 millones para el año 2007. Gran parte de ella procederá de los recursos de los propios países en desarrollo, pero aproximadamente la mitad deberán aportarla los países ricos, en forma de una asistencia al desarrollo eficaz, rápida y orientada a los resultados.

Las inversiones propuestas financian intervenciones de probada eficacia cuya repercusión puede calibrarse por el descenso de la carga de morbilidad y el mejor funcionamiento del sistema sanitario. En todo el Informe se insiste en los resultados y en invertir el dinero allí donde produzca cambios significativos. Tres enfermedades, el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, son de extraordinaria importancia. También los trastornos maternos e infantiles, la mala salud reproductiva y los efectos nocivos del tabaco son problemas de salud mundial prioritarios. Cualquier intento serio de estimular la economía mundial y el desarrollo social, y de promover así la seguridad humana, deberá hacer frente de manera eficaz a las cargas ocasionadas por este conjunto de enfermedades.

Desde la presentación del Informe, el trabajo de la CMS ha empezado a dar sus frutos. Los gobiernos han emprendido acciones, intentando movilizar fondos y crear mecanismos eficientes para trasladarlos rápidamente allí donde se necesiten. Están haciendo un uso creciente de procedimientos internacionales normalizados para notificar los resultados. Más de una docena de países han creado comisiones nacionales o han empezado a trabajar por otros medios para estudiar cómo integrar las actuales necesidades de salud en sus planes nacionales de desarrollo. Confiamos en que este resumen del Informe de la CMS estimule a los países a trabajar más en el estudio de sus conclusiones y de las implicaciones de éstas para los retos económicos y de salud que los aguardan.

Dra. Gro Harlem Brundtland,  
Directora General,  
Organización Mundial de la Salud



La Comisión sobre Macroeconomía y Salud fue creada en el año 2000 por la Directora General de la OMS, la Dra. Gro Harlem Brundtland, y presidida por el Profesor Jeffrey Sachs. Se le encomendó estudiar las relaciones entre la salud y la macroeconomía.

## La Comisión sobre Macroeconomía y Salud

Para elaborar sus conclusiones, la Comisión distribuyó las investigaciones y los análisis en seis grupos de trabajo que, a su vez, organizaron una red mundial de expertos en salud pública, economía y finanzas.

**Grupo de Trabajo 1: Salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza.** Evaluó la repercusión de las inversiones en salud sobre la reducción de la pobreza y el crecimiento económico. Copresidentes: Sir George Alleyne y Profesor Daniel Cohen.

**Grupo de Trabajo 2: Bienes públicos mundiales para la salud.** Analizó las políticas, los programas y las iniciativas multinacionales cuya repercusión favorable en la salud traspasa las fronteras de un país. Copresidentes: Profesores Richard Feachem y Jeffrey Sachs.

**Grupo de Trabajo 3: Movilización de recursos nacionales para la salud.** Evaluó las consecuencias económicas de estrategias alternativas para movilizar recursos nacionales destinados a los sistemas sanitarios y las intervenciones de salud. Copresidentes: Profesores Alain Tait y Kwesi Botchway.

**Grupo de Trabajo 4: La salud y la economía internacional.** Analizó el comercio de servicios, bienes y seguros en el ámbito de la salud; las patentes y los derechos de la propiedad intelectual relacionados con el comercio, los movimientos internacionales de los factores de riesgo, las migraciones internacionales del personal sanitario, las políticas de financiación de la salud, y otros cauces por los que el comercio puede repercutir en el sector sanitario. Presidente: Dr. Isher Judge Ahluwalia.

**Grupo de Trabajo 5: Mejora de los resultados de salud de los pobres.** Analizó las posibilidades técnicas, las limitaciones y los costos de poner en marcha una iniciativa mundial de gran escala para mejorar drásticamente la salud de los pobres para el año 2015. Copresidentes: Dr. Prahbat Jha y Profesora Anne Mills.

**Grupo de Trabajo 6: Asistencia internacional al desarrollo y salud.** Estudió las consecuencias para la salud de las políticas de asistencia al desarrollo. Copresidentes: Sr. Zephirin Diabre, Sr. Christopher Lovelace y Sra. Carin Norberg.

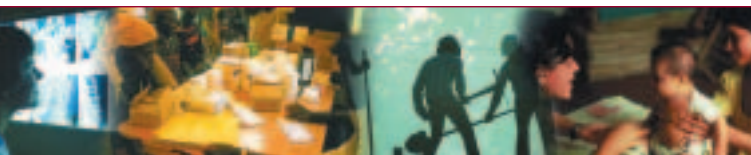
## Las diez recomendaciones

Las recomendaciones del Informe se resumen en un programa de acción que ofrece el marco conceptual para el estudio y el debate abierto. Se invita a los países a evaluarlas, analizarlas y adaptarlas a sus respectivas situaciones socioeconómicas.

Las principales recomendaciones del Informe de la CMS son las siguientes:

- 1. Los países en desarrollo** deberían empezar a planificar una vía para el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales, basada en los datos epidemiológicos y las prioridades de salud de los pobres. También deberían esforzarse por aumentar el gasto presupuestario en salud en un 1% del PNB para el año 2007, y en un 2% para 2015, así como en utilizar los recursos con más eficiencia.
- 2.** Los países en desarrollo podrían crear una **comisión nacional sobre macroeconomía y salud** o un mecanismo similar que ayudara a determinar las prioridades de salud y los mecanismos de financiación, coherentes con el marco macroeconómico nacional, para llegar a la población pobre con intervenciones de salud eficaces en relación con los costos.
- 3. Los países donantes** deberían empezar a movilizar compromisos financieros anuales que permitan alcanzar el nivel, recomendado internacionalmente, del 0,7% del PNB de los países de la OCDE, para contribuir a financiar la ampliación de las intervenciones esenciales y el aumento de las inversiones tanto en investigación y desarrollo como en otros «bienes públicos mundiales».
- 4.** La OMS y el Banco Mundial se encargarían de coordinar la ampliación masiva y plurianual de la asistencia a la salud procedente de los donantes, y de supervisar los compromisos y aportaciones económicas de éstos.
- 5.** Los gobiernos miembros de la OMC deberían garantizar salvaguardas suficientes para los países en desarrollo, en particular el derecho de los que no fabrican los productos farmacéuticos que necesitan a reclamar la concesión obligatoria de licencias de importación desde países terceros proveedores de genéricos.
- 6. La comunidad internacional** y los organismos como la OMS y el Banco Mundial deberían fortalecer sus operaciones. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) debería disponer de una financiación suficiente para apoyar el proceso de ampliación de las acciones frente al VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Se propone la creación de un Fondo Mundial de Investigaciones en Salud (GHRF).
- 7.** Debería fortalecerse el suministro de bienes públicos mundiales por medio de financiación adicional de organismos como la OMS y el Banco Mundial.
- 8.** Es indispensable refrendar los incentivos al sector privado para el desarrollo de medicamentos contra las enfermedades de los pobres. El FMSTM y otras entidades compradoras deberían establecer compromisos previos de adquisición de nuevos productos para objetivos concretos (por ejemplo, vacunas para el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis) como incentivos basados en el mercado.
- 9.** La industria farmacéutica internacional, en cooperación con la OMS y los países de bajos ingresos, debería garantizar el acceso de los habitantes de estos últimos a los medicamentos esenciales. Esto se lograría mediante compromisos para proporcionar los medicamentos esenciales al mínimo precio comercial viable en los países pobres y para concede la licencia de fabricación de dichos medicamentos a productores de genéricos.
- 10.** El FMI y el Banco Mundial deberían trabajar con los países receptores para integrar la ampliación de los servicios de salud y otros programas de reducción de la pobreza en un marco macroeconómico viable.

*Informe de la CMS, págs. 20-21 y 118-122*



## Los estrechos lazos entre la pobreza y la mala salud

La mala salud menoscaba el desarrollo económico y los esfuerzos por reducir la pobreza. Las inversiones en salud son esenciales para el crecimiento económico y deberían erigirse en componentes clave de las estrategias nacionales de desarrollo. Los mayores logros pueden alcanzarse centrándose en la salud de los pobres y en los países menos adelantados.

Hoy día se conocen bien los vínculos entre la mala salud y la pobreza. Las personas pobres y malnutridas tienen más probabilidades de enfermarse y corren mayor riesgo de morir de sus dolencias que las que disponen de más medios y mejor salud. La mala salud contribuye también a la pobreza. Las personas que enferman tienen más probabilidades de empobrecerse y permanecer en esa situación que las más sanas, porque las afecciones debilitantes impiden a los adultos ganarse la vida. Además, la enfermedad mantiene a los niños alejados de la escuela, lo que reduce sus oportunidades de tener una vida adulta productiva.

En la actualidad, las epidemias de VIH/SIDA, malaria y tuberculosis están empeorando, y en los países en desarrollo se está produciendo una rápida erosión de los progresos sociales y económicos de los últimos 20 años. Las enfermedades de la infancia, agravadas por la malnutrición, causan millones de defunciones prevenibles entre los niños y se ha avanzado poco en la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

En el año 2000, la Comisión Nacional sobre Macroeconomía y Salud se propuso analizar los vínculos entre la salud y la pobreza y demostrar que las inversiones en salud pueden acelerar el desarrollo económico. Centró su trabajo en las poblaciones más pobres de los países más desfavorecidos y demostró que soportan una carga desproporcionada de mortalidad y sufrimiento evitables, son más propensas a las enfermedades debido a la malnutrición, el saneamiento insuficiente y la insalubridad del agua, y es menos probable que tengan acceso a la atención médica, incluso cuando la necesitan con urgencia. Las enfermedades graves pueden empobrecer a las familias durante muchos años, porque éstas dejan de percibir ingresos y venden sus bienes para cubrir los costos del tratamiento y otras deudas. El Informe señaló también que intervenciones capaces de salvar vidas, como las medidas preventivas y el acceso a los medicamentos esenciales, no llegan a los pobres. La Comisión afirma que, a lo largo del próximo decenio, el mundo puede obtener logros apreciables en la lucha contra enfermedades que tienen una repercusión desproporcionada en la salud y el bienestar de los pobres si se incrementan las inversiones en servicios de salud esenciales y se fortalecen los sistemas sanitarios.

Hasta fechas recientes, se consideraba que el crecimiento económico era un requisito previo para lograr verdaderas mejoras en la salud. Pero la Comisión dio un vuelco a este concepto al aportar pruebas de que dichas mejoras son importantes para el crecimiento económico. Confirmó que en los países en los que la población tiene mala salud y el nivel educativo es bajo es más difícil lograr un crecimiento económico sostenible. La alta prevalencia de enfermedades como el VIH/SIDA y la malaria se asocia a descensos considerables y persistentes de las tasas de crecimiento económico. En algunas áreas, por ejemplo, la alta prevalencia de malaria está ligada a una disminución del crecimiento económico de al menos el 1% anual.

La salud es la piedra angular del crecimiento económico y el desarrollo social. La Comisión ha demostrado que el aumento de la esperanza de vida y la baja mortalidad infantil están relacionados con el crecimiento económico. Las personas sanas son más productivas, los bebés y niños sanos pueden desarrollarse mejor y convertirse en adultos productivos. Una población sana puede contribuir al crecimiento económico del país. La Comisión señala que el aumento de las inversiones en salud se traduciría en cientos de miles de millones de dólares anuales de ingresos suplementarios que podrían emplearse en mejorar las condiciones de vida y las infraestructuras sociales de los países más pobres.

Mejorar la salud y la esperanza de vida de las personas es un fin en sí mismo y uno de los objetivos fundamentales del crecimiento económico. También está directamente relacionado con el logro de los **OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)**, acordados por los líderes mundiales en el año 2000 para reducir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación de la mujer para el año 2015.

## Acciones de la CMS en los países

Durante el bienio 2001-2003 se presentó en muchos países el Informe de la CMS. El proceso propuesto por la Comisión y las iniciativas de seguimiento han brindado a los grupos nacionales (diversos ministerios, grupos universitarios, sociedad civil, ONG y sector privado) la oportunidad de debatir su concepción de la salud y los planes para incorporar la promoción de la mejora de ésta a las estrategias nacionales de desarrollo.

## Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud

En la Cumbre del Milenio, celebrada en septiembre de 2000, las Naciones Unidas reafirmaron su compromiso de trabajar en pro de un mundo en el que se conceda máxima prioridad al sostenimiento del desarrollo y a la eliminación de la pobreza.

**Primer objetivo: Erradicar la pobreza extrema y el hambre - Primera meta:** reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a US\$ 1 por día. **Segunda meta:** reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre.

**Segundo objetivo: Lograr la enseñanza primaria universal - Tercera meta:** velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

**Tercer objetivo: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer - Cuarta meta:** eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015.

**Cuarto objetivo: Reducir la mortalidad infantil - Quinta meta:** reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años.

**Quinto objetivo: Mejorar la salud materna - Sexta meta:** reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

**Sexto objetivo: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades - Séptima meta:** haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA. **Octava meta:** haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

**Séptimo objetivo: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente - Novena meta:** incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

**Octavo objetivo: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo:** ayudar a los países pobres a erradicar la pobreza, el hambre y la mortalidad prematura exigirá una nueva alianza mundial para el desarrollo, basada en políticas más sólidas y una buena gobernanza. **Decimoséptima meta:** en cooperación con la industria farmacéutica, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo.



## Transformar la situación: prevenir ocho millones de defunciones anuales para el año 2010...

Un pequeño número de enfermedades son responsables de la mayor parte de la mortalidad prevenible en los países de ingresos bajos y medianos. Los esfuerzos por ampliar el acceso a las actuales intervenciones de lucha contra las infecciones, abordar los problemas de salud infantil y reproductiva, y hacer frente a la malnutrición permitirán prevenir millones de defunciones en los países pobres y mejorar considerablemente la salud.

Apenas un puñado de enfermedades son responsables de la mayor parte de los problemas de salud en el mundo: VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, afecciones que se cobran la vida de madres e hijos, dolencias relacionadas con el tabaco y enfermedades de la infancia como neumonía, diarrea, sarampión y otras infecciones prevenibles mediante vacunación, todas ellas agravadas por la malnutrición. En conjunto causan unos 14 millones de defunciones anuales en la población de menos de 60 años y 16 millones en la población de todas las edades. La mayoría de estas defunciones se producen en los países en desarrollo, que son los que menos gastan en atención sanitaria y en donde los más afectados resultan ser los pobres.

*Informe de la CMS, págs. 114-115 e Informe del Grupo de Trabajo 5, págs. 161-170*

Sin embargo, el oneroso tributo de defunciones que se cobran las principales enfermedades (a menudo asociadas a la malnutrición) es sólo una parte del problema. La magnitud del padecimiento y el dolor individual causados por las enfermedades es enorme. En todo momento hay cientos de millones de personas enfermas, principalmente en los países en desarrollo. Los niños enfermos no van a la escuela y los adultos enfermos no pueden trabajar ni cuidar de sus hijos.

La mayoría de las defunciones y discapacidades pueden prevenirse. Existen ya intervenciones de salud eficaces para prevenir o curar las enfermedades que se cobran el mayor tributo en vidas humanas, pero no llegan a los miles de millones de pobres del mundo. La Comisión sostiene que, si se ampliaran las intervenciones esenciales y se generalizara su acceso en todo el mundo, podrían salvarse ocho millones de vidas anuales para el año 2010. Una respuesta ampliada aliviaría ingentes sufrimientos, reduciría drásticamente la morbilidad y la mortalidad y ofrecería un medio concreto y mensurable de reducir la pobreza y garantizar la seguridad y el crecimiento económico.

*Informe de la CMS, págs. 33-58, Informe del Grupo de Trabajo 5, págs. 20-54 y págs. 55-76*

Una respuesta ampliada exigirá no sólo un considerable incremento de la financiación destinada a la salud, sino también un sólido compromiso de los gobiernos de desempeñar actividades específicas para reducir las desigualdades y la falta de equidad en materia de salud, así como un amplio apoyo de la comunidad internacional y de asociados de todos los estratos sociales.

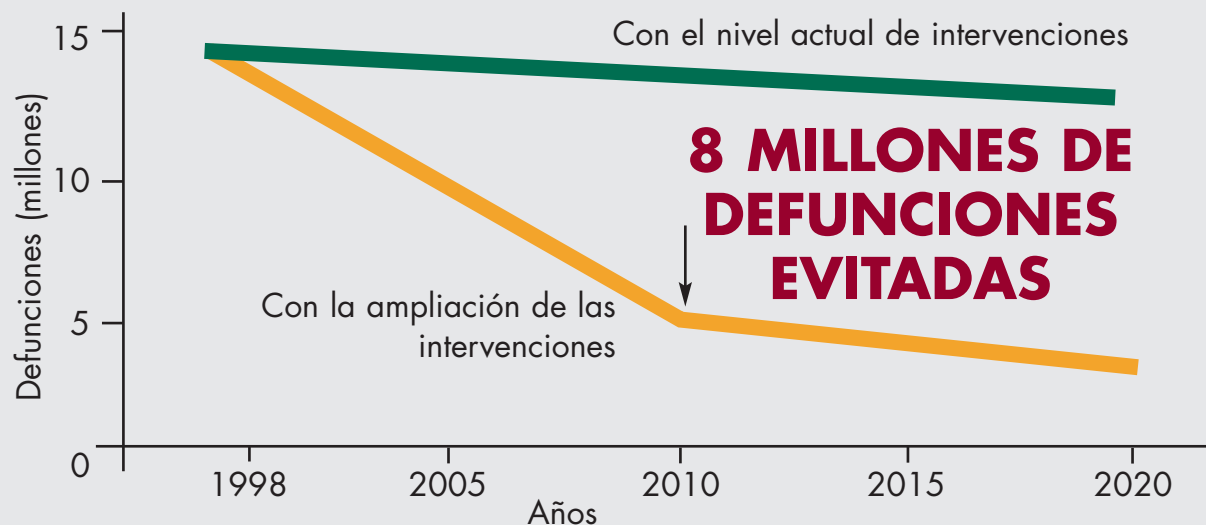
*Informe de la CMS, págs. 100-111, Informe del Grupo de Trabajo 3, págs. 57-100, Informe del Grupo de Trabajo 6, págs. 35-43*

**Defunciones (todas las edades) y padecimientos prevenibles causados por enfermedades infecciosas, trastornos maternos y perinatales, enfermedades de la infancia y carencias nutricionales.**

- En 1998 se produjeron:
  - 1,6 millones de defunciones por sarampión, tétanos y difteria, todas ellas enfermedades prevenibles mediante vacunación
  - 500 000 defunciones de mujeres durante el embarazo y el parto, la mayoría en países en desarrollo
  - Un millón de defunciones por malaria; 2400 millones de personas viven con el riesgo de contraer esta enfermedad
  - 1,5 millones de defunciones por tuberculosis y ocho millones de casos nuevos de esta enfermedad.
- En 1999, 5,3 millones de personas murieron por causa de infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores y enfermedades diarreicas, en países de ingresos bajos y medianos, en su mayoría niños menores de cinco años.
- En 2002, el VIH/SIDA y las enfermedades relacionadas se habían cobrado ya más de 40 millones de vidas, y 42 millones de personas vivían con el VIH/SIDA.
- Si las pautas de consumo de tabaco no se modifican, para los próximos 50 años se prevén unos 500 millones de defunciones por enfermedades relacionadas con el tabaco.

**La ampliación de las intervenciones permitirá prevenir ocho millones de defunciones anuales para 2010**

Defunciones de personas de menos de 60 años por enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales, infecciones respiratorias, y afecciones maternas y perinatales.



**Ejemplos de intervenciones esenciales para combatir las principales enfermedades y dolencias, y la malnutrición**

Tuberculosis	Malaria	VIH/SIDA	Enfermedades de la infancia	Maternas/Perinatales	Tabaquismo
<p>DOTS: tratamiento breve bajo observación directa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la malaria con y sin complicaciones</li> <li>Tratamiento intermitente de las embarazadas</li> <li>Pulverización de interiores con insecticidas residuales</li> <li>Planificación y respuesta a las epidemias</li> <li>Mercadotecnia social de los mosquiteros impregnados con insecticida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transfusiones de sangre segura para el VIH/SIDA</li> <li>Prevención y asistencia de las infecciones oportunistas</li> <li>Cuidados paliativos</li> <li>Antirretrovíricos y sustitutos de la leche materna para prevenir la transmisión de la madre al niño (TMN)</li> <li>TARGA: tratamiento antirretrovírico de gran actividad</li> <li>Educación inter pares de grupos vulnerables</li> <li>Programas de intercambio de jeringuillas para consumidores de drogas inyectables</li> <li>Mercadotecnia social de preservativos</li> <li>Programas escolares y juveniles para la prevención del VIH/SIDA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)</li> <li>Vacunación</li> <li>Campañas específicas de vacunación</li> <li>Tratamiento de la anemia grave</li> <li>AIEPI para la atención domiciliar de la fiebre</li> <li>Micronutrientes y tratamientos vermífugos</li> <li>Políticas para reducir la contaminación del aire de interiores</li> <li>Enriquecimiento de los alimentos con yodo, hierro, folatos, cinc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planificación familiar</li> <li>Atención obstétrica de urgencia</li> <li>Asistencia cualificada al parto</li> <li>Atención prenatal y posnatal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asesoramiento para el abandono del hábito</li> <li>Tratamientos farmacológicos del tabaquismo.</li> </ul>



## ...y generar al menos US\$ 360 000 millones anuales para 2015-2020

Por cada ocho millones de defunciones evitadas anualmente se ahorrarían 330 millones de AVAD\* que representan un valor de alrededor US\$ 180 000 millones en beneficios económicos directos, sin contar los US\$ 180 000 millones de los beneficios económicos indirectos derivados de la mayor inversión en salud.

\* La expresión «años de vida ajustados en función de la discapacidad» es una medida del número de años de vida sana perdidos por una muerte prematura y de años vividos con diversos grados de discapacidad. Un AVAD representa un año de vida sana perdido.

Los ocho millones de vidas que se salvarían cada año representan el ahorro de un número mucho mayor de años de vida acumulados (los denominados años de vida ajustados en función de la discapacidad o AVAD), así como una mejor calidad de vida para las personas afectadas. Un AVAD es, por tanto, una medida de las desigualdades en materia de salud, equivalente a un año de vida sana perdido. El Informe de la CMS sostiene que se ahorrarían 330 millones de AVAD por cada ocho millones de defunciones evitadas cada año, lo que aceleraría el crecimiento económico y rompería el círculo vicioso de la pobreza.

La Comisión estima que los 330 millones de AVAD supondrán un ahorro económico directo de US\$ 180 000 millones anuales aproximadamente para el año 2015; los más pobres del mundo tendrán vidas más largas y más sanas y, en consecuencia, podrán ganar más dinero. Pero la rentabilidad económica real podría ser mucho mayor aún si los beneficios de una mejor salud ayudaran a impulsar el crecimiento económico.

La mejora de la esperanza de vida y la disminución de la carga de morbilidad tenderían a estimular el crecimiento por diversos medios: descenso de las tasas de fecundidad y aumento de las inversiones en capital humano, del ahorro familiar, de las inversiones extranjeras y de la estabilidad social y macroeconómica. La correlación entre una mejor salud y un mayor crecimiento económico deriva de análisis macroeconómicos según los cuales los beneficios económicos indirectos generarían otros US\$ 180 000 millones anuales para el año 2020. Teniendo en cuenta la valoración de las vidas salvadas y el mayor crecimiento económico, la Comisión estima que los beneficios rondarían los US\$ 360 000 millones anuales durante el periodo 2015-2020, y posiblemente fueran muy superiores.

*Informe de la CMS, págs. 13-15, págs. 26-27 y págs. 113-119*

Para obtener estos enormes beneficios en salud y desarrollo económico, la Comisión reclama un aumento considerable de los recursos asignados al sector de la salud en los próximos años. Alrededor de la mitad del total procedería de la asistencia internacional al desarrollo, y la otra mitad la aportarían los países en desarrollo mediante la reestructuración de las prioridades presupuestarias. Unos pocos países de ingresos medianos necesitarán también ayuda para cubrir los altos costos de la lucha contra el VIH/SIDA.

La inversión total en salud debería centrarse en ampliar las intervenciones específicas necesarias para controlar las principales discapacidades y enfermedades potencialmente mortales y en fortalecer los sistemas sanitarios a fin de garantizar que lleguen a todas las personas, en particular a los pobres. Se ampliarían las intervenciones para hacer frente a enfermedades y

trastornos como los siguientes: VIH/SIDA; malaria; tuberculosis; sarampión, tétanos, disentería y otras enfermedades prevenibles mediante vacunación; infecciones respiratorias agudas; enfermedades diarreicas; trastornos maternos y perinatales; malnutrición y enfermedades relacionadas con el tabaco.

*Informe de la CMS, págs. 38-42, e Informe del Grupo de Trabajo 5, págs. 19-76*

Además, se necesitan inversiones en el ámbito de la salud reproductiva, como la planificación familiar y el acceso a los anticonceptivos, para complementar las inversiones en prevención y control de enfermedades. Es probable que la combinación de la lucha contra enfermedades y la salud reproductiva se traduzca en una menor fecundidad, mayores inversiones en la salud y la educación de cada hijo y un menor crecimiento demográfico.

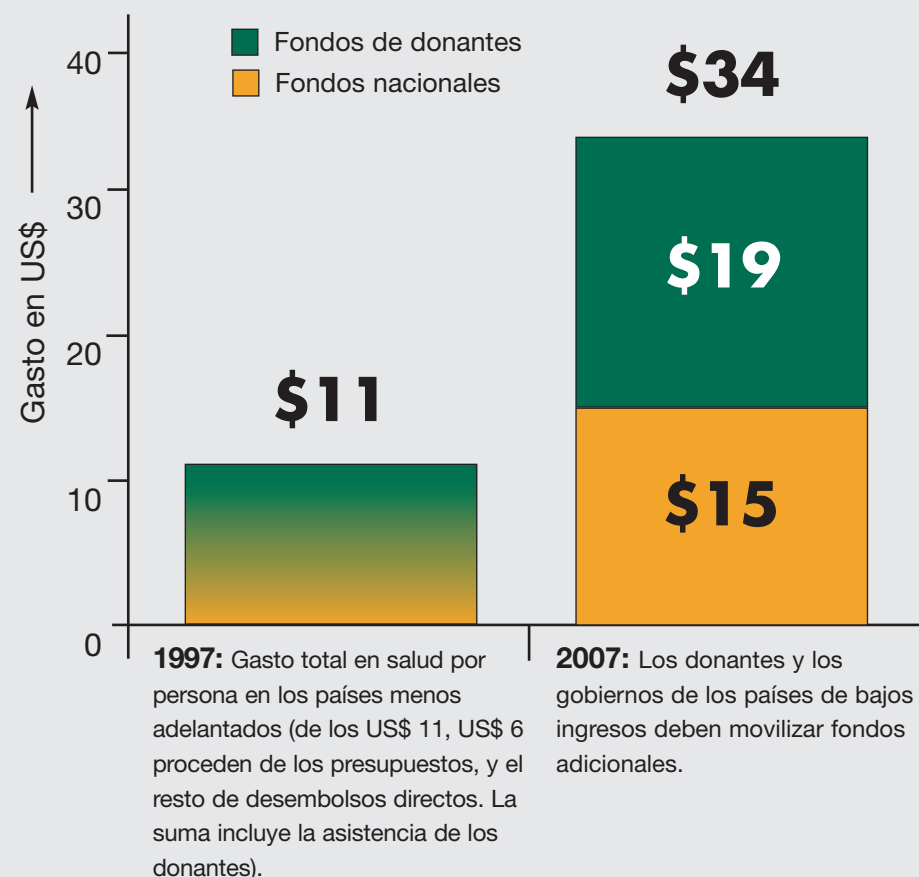
## Gasto nacional y ayuda de los donantes en salud (1997-1999)

	Gasto público en salud (por persona, 1997, US\$)	Gasto total en salud (por persona, 1997, US\$)	Ayuda de los donantes a la salud (por persona, promedio anual 1997-1999)	Promedio de ayuda anual de los donantes a la salud (US\$ millones 1997-1999)
Países menos adelantados	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>2,29</b>	<b>1473</b>
Otros países de bajos ingresos	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>0,94</b>	<b>1666</b>
Países en desarrollo de ingresos medianos-bajos	<b>51</b>	<b>93</b>	<b>0,61</b>	<b>1300</b>
Países en desarrollo de ingresos medianos-altos	<b>125</b>	<b>241</b>	<b>1,08</b>	<b>610</b>
Países de ingresos altos	<b>1356</b>	<b>1907</b>	<b>0,00</b>	<b>2</b>
Todos los países			<b>0,85</b>	<b>5052</b>

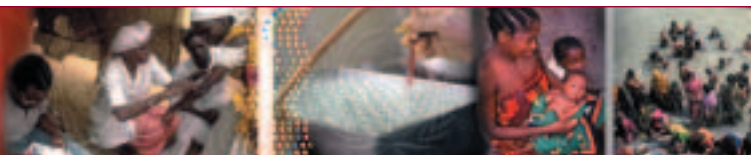
Informe de la CMS, págs. 62, e Informe del Grupo de Trabajo 6, págs. 9-23

## Costo de las intervenciones esenciales

El Informe de la CMS estima que el gasto mínimo para ampliar un conjunto de intervenciones esenciales es como promedio de **US\$ 34** (US\$ actuales) por persona/año, incluidos los fondos necesarios para combatir la pandemia de SIDA. Entre los 48 países menos adelantados, el gasto total medio en salud ronda los **US\$ 11** por persona/año, de los que US\$ 6 proceden de recursos presupuestarios (incluida la ayuda de donantes) y el resto, de gastos directos (1997). En la actualidad, el apoyo por parte de los donantes es muy escaso; se estimó en **US\$ 2,29** por persona en los países menos adelantados para el periodo 1997-1999.



Informe de la CMS, págs. 11-12, págs. 61-63, e Informe del Grupo de Trabajo 5, págs. 166-168



## La necesaria financiación adicional no está al alcance de los países pobres

Los actuales niveles de inversión de los países en desarrollo son muy inferiores a los necesarios para hacer frente a los problemas de salud que se les plantean y ampliar la cobertura de las intervenciones y los servicios esenciales en el ámbito sanitario. La Comisión considera que los países de bajos ingresos deberían proponerse hacer un uso más eficiente de sus recursos y aumentar su actual gasto presupuestario en salud en un 1% del PNB para el año 2007 y en un 2% para 2015. Reconoce, no obstante, que incluso estas medidas serán insuficientes para generar el nivel de financiación necesario en muchos países pobres, sobre todo en los afectados por la epidemia de VIH/SIDA.

Ampliar las intervenciones en el ámbito de la salud y fortalecer los sistemas sanitarios con objeto de garantizar, en particular a los pobres, el acceso a dichas intervenciones exige incrementar muy considerablemente los recursos económicos destinados a la salud. Sin embargo, el bajo nivel de gasto sanitario que se da en los países pobres, debido fundamentalmente a la falta de recursos y de compromiso político, es insuficiente para afrontar los problemas de salud que se les plantean. La Comisión sostiene que la mayoría de los países pueden movilizar recursos internos suplementarios para destinarlos a la salud y emplearlos de modo eficiente. Afirma que el gasto público debe destinarse a los pobres y utilizarse para apoyar sistemas de financiación comunitaria que protejan a las familias frente a los desembolsos catastróficos por motivos de salud; en este sentido destaca que, en algunas áreas, los gastos sanitarios pueden suponer hasta el 40% de los ingresos familiares.

La Comisión estimó los costos de ampliar la cobertura sanitaria en los países del África subsahariana y todos los países en desarrollo de bajos ingresos. El Informe indica que los gobiernos nacionales deberían ser agentes básicos de las iniciativas para aumentar el gasto presupuestario en salud hasta US\$ 35 000 millones anuales para 2007 (aumento del 1% del PNB en comparación con el gasto actual) y hasta US\$ 63 000 millones anuales para 2015 (el equivalente a un 2% del PNB), aunque en algunos países una cantidad inferior sería suficiente para ampliar la cobertura.

*Informe de la CMS, págs. 62-69 e Informe del Grupo de Trabajo 3, págs. 57-74*

Estos esfuerzos exigirán también acciones concertadas para suprimir las limitaciones estructurales y fortalecer la capacidad de los sistemas sanitarios nacionales para dispensar intervenciones esenciales, fijar prioridades en respuesta a las necesidades de salud, velar por la equidad y trabajar en colaboración con otros sectores. Es recomendación clave de la Comisión garantizar el compromiso de los gobiernos, la transparencia, una gobernanza eficaz, las alianzas de donantes y, sobre todo, una buena administración en el sector de la salud y otros. El fortalecimiento de los servicios esenciales exige un sistema de dispensación adecuadamente estructurado, que pueda llegar hasta los pobres. La Comisión afirma que la creación de un **sistema cercano al cliente (CAC)** en los centros y puestos de salud o en las instalaciones extrainstitucionales es una de las principales prioridades para ampliar la cobertura de las intervenciones esenciales. El sistema CAC operaría a nivel local, apoyado por programas de ámbito nacional para las principales enfermedades infecciosas, y podría estar integrado por una combinación de proveedores estatales y no estatales de servicios de salud, con financiación garantizada por el Estado.

*Informe de la CMS, págs. 70-80, e Informe del Grupo de Trabajo 5, págs. 50-54*

Se necesitarán también iniciativas encaminadas a aumentar la participación de la comunidad y el control de las personas sobre su propia salud; para ello habrá que velar por que la población conozca la existencia de intervenciones y

servicios de salud fácilmente accesibles y los solicite. Los donantes y los asociados externos deben trabajar en estrecha colaboración con los gobiernos para habilitar, apoyar y mejorar su capacidad de liderazgo en las prioridades macroeconómicas y de salud.

Para lograr estos objetivos, los países pobres deberán convencer a los donantes de su compromiso de afrontar el desafío incrementando los recursos nacionales asignados a la salud. Pero incluso movilizándolo más recursos y asignándolos de forma más eficiente, la financiación necesaria para costear los servicios esenciales es muy superior a los medios económicos de muchos países pobres, sobre todo para la lucha contra el VIH/SIDA.

*Informe de la CMS, págs. 62-100, e Informe del Grupo de Trabajo 3, págs. 75-100*

## Movilizar más recursos para la salud en los países de bajos ingresos

Como estrategia básica para la reforma en materia de financiación de la salud, la Comisión recomienda seis etapas:

1. Incrementar los ingresos tributarios generales destinados a la salud: en el 1% del PNB para 2007 y en el 2% del PNB para 2015.
2. Aumentar la ayuda de los donantes para financiar la provisión de bienes públicos y asegurar el acceso de los pobres a los servicios esenciales.
3. Convertir los desembolsos directos en sistemas de pago anticipado, incluidos los programas de financiación por la comunidad.
4. Ampliar la iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados, tanto en cuanto al número de países a su amparo como al grado de condonación de la deuda.
5. Corregir las ineficiencias en la asignación y el uso de los recursos estatales.
6. Reasignar los desembolsos públicos, retirándolos de partidas no productivas para destinarlos a programas del sector social centrados en los pobres.

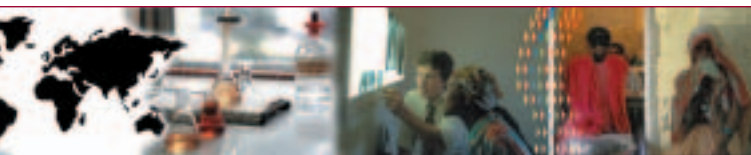
*Informe de la CMS pp. 66-68*

## Movilizar más recursos para la salud en los países de ingresos medianos

Como parte de una estrategia de desarrollo económico, la Comisión recomienda lo siguiente:

1. Garantizar el acceso de toda la población a las intervenciones esenciales mediante la financiación pública, con transferencias fiscales a las regiones más pobres.
2. Ofrecer incentivos a los trabajadores del sector no convencional para que participen en sistemas de seguros con mancomunación del riesgo.
3. Mejorar la equidad y la eficiencia con medidas en materia de planificación presupuestaria, pagos, contrataciones y contención de los costos (tomando como referencia la experiencia de los países de la OCDE).

*Informe de la CMS pp. 69*



## Se necesitan urgentemente mayores inversiones en salud

Se necesitará ayuda financiera de donantes para corregir el déficit de financiación. Los países desarrollados deberían elevar el monto de sus aportaciones de los **US\$ 6000 millones** anuales a **US\$ 27 000 millones** para 2007 y a **US\$ 38 000 millones** para 2015. Este aumento de la ayuda deberá sumarse a los flujos actuales.

Se necesitan urgentemente más **inversiones de los donantes** para corregir el déficit de financiación que sufren los países más pobres del mundo en materia de salud. Lo cierto es que, en conjunto, los presupuestos de ayuda han descendido en los últimos años y son muy inferiores incluso a las estimaciones prudentes de lo que se necesita en la actualidad para ampliar las acciones. En respuesta a ello, la comunidad de donantes debería no sólo invertir la tendencia a la disminución del conjunto de las ayudas al desarrollo, sino también incrementar éstas a partir de los niveles actuales para el sostenimiento de la cobertura ampliada de intervenciones y servicios esenciales en materia de salud. Debería, asimismo, apoyar la ampliación de las actividades de investigación y el desarrollo, y otras intervenciones beneficiosas para la salud pública mundial (los denominados «bienes públicos mundiales»). Aunque las necesidades de financiación por donantes son elevadas en términos absolutos (US\$ 27 000 millones anuales en 2007 y US\$ 38 000 millones anuales para 2015), la Comisión sostiene que es posible movilizar ayudas adicionales. Si todos los donantes elevaran su asistencia oficial para el desarrollo (AOD) hasta la recomendación internacional del 0,7% del PNB de los países de la OCDE, la AOD total del año 2007, estimada en US\$ 200 000 millones, bastaría para incluir las ayudas a la salud (US\$ 27 000 millones), así como otros incrementos significativos en áreas relacionadas con la reducción de la pobreza y el crecimiento.

La Comisión sostiene que unos pocos países de ingresos medianos precisarán también de subvenciones, sobre todo para cubrir los costos de la ampliación de la lucha contra el VIH/SIDA. Recomienda asimismo que el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo incrementen los préstamos (no concesionarios) a estos países para que mejoren sus sistemas sanitarios; debe sopesarse esta medida frente a las consecuencias macroeconómicas de un aumento de la deuda.

Pese al aparente déficit de recursos, la Comisión demostró razonadamente que la ampliación es factible. En los últimos años ha aumentado la ayuda de los donantes a la salud (aunque la AOD en su conjunto haya descendido), porque los gobiernos de estos países son cada vez más conscientes de la amenaza de las enfermedades infecciosas para la seguridad mundial y de la propagación de ellas y sus vectores por los viajes internacionales, el comercio y las migraciones. También es alentador que estén incorporándose al sector de la salud ideas innovadoras y recursos, de la mano de la filantropía privada y empresarial.

*Informe de la CMS, págs. 100-117, e Informe del Grupo de Trabajo 6, págs. 9-23*

La Comisión propone que la OMS y el Banco Mundial, respaldados por un grupo directivo de países donantes y receptores, se encarguen de coordinar el proceso masivo y plurianual de ampliación de las aportaciones de los donantes en materia de salud, y de supervisar sus compromisos y desembolsos. Materializar esta idea de un apoyo más amplio a la salud exige la ayuda de los donantes para fortalecer la capacidad de aplicación y corregir los problemas de gobernanza u otras limitaciones.

Los foros internacionales de mayor importancia (como las reuniones del FMI y el Banco Mundial, la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Financiación para el Desarrollo) deberían ofrecer tribunas para establecer compromisos específicos de ampliación de la ayuda aportada por los donantes en materia de salud.

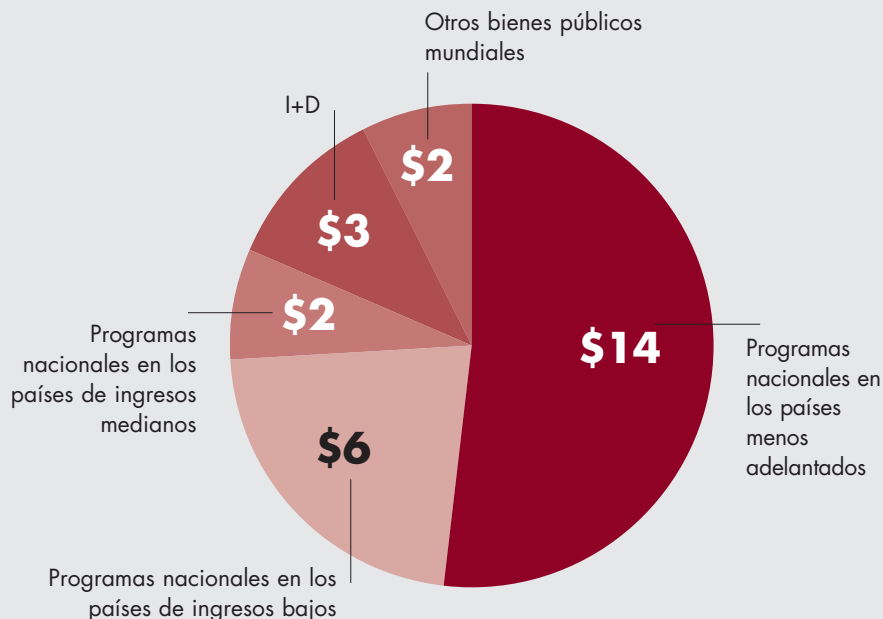
## Compromisos recomendados para los donantes

Debe impulsarse un incremento considerable de la asistencia oficial al desarrollo para la salud, que en la actualidad apenas ronda los US\$ 6000 millones. Los países donantes pueden ayudar aportando en torno al 0,1% de su PNB, es decir, un centavo por cada US\$ 10 de ingresos. La CMS sostiene que el monto total de las subvenciones de donantes necesarias para los programas nacionales será de **US\$ 22 000 millones** anuales en 2007 y de **US\$ 31 000 millones** en 2015 para los países menos adelantados y los de ingresos bajos y medianos. Será preciso intentar mejorar los compromisos administrativos de los donantes, y su aportación debería estar disponible rápidamente para ayudar a superar las limitaciones nacionales.

*Informe de la CMS, págs. 100-113, y Documento de Síntesis del Informe del Grupo de Trabajo 5*

## Desglose de los compromisos (incrementales) recomendados para los donantes, en US\$ miles de millones

### Países menos adelantados y de ingresos bajos y medianos



**US\$ en miles de millones (US\$ constantes de 2002)**

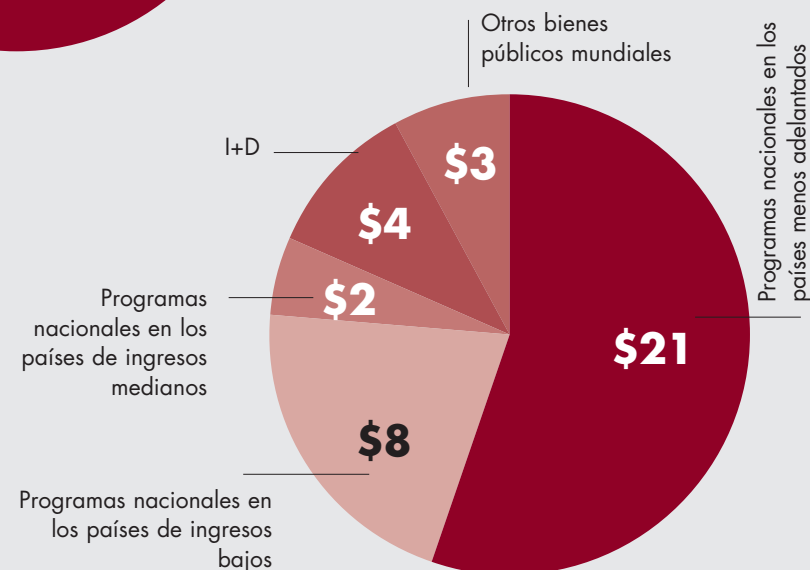
#### Estimaciones para 2007:

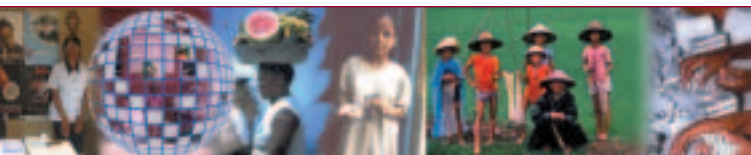
Programas nacionales:	US\$ 22
I+D:	US\$ 3
Otros bienes públicos mundiales:	US\$ 2
<b>Total:</b>	<b>US\$ 27</b>

**US\$ en miles de millones (US\$ constantes de 2002)**

#### Estimaciones para 2015:

Programas nacionales:	US\$ 31
I+D:	US\$ 4
Otros bienes públicos mundiales:	US\$ 3
<b>Total:</b>	<b>US\$ 38</b>





## El suministro de bienes públicos mundiales en los países pobres

En el ámbito de la salud, el impacto de algunas intervenciones y actividades, como la erradicación de una enfermedad o la I+D, traspasan las fronteras de los países para beneficiar a toda la humanidad. En general, estos denominados «bienes públicos mundiales» no reciben fondos suficientes de los gobiernos en los países en desarrollo y deben dispensarse y financiarse a nivel mundial. La Comisión sostiene que deberían asignarse un mínimo de US\$ 5000 millones anuales para 2007 y US\$ 7000 millones anuales para 2015 al desarrollo de bienes públicos mundiales orientados a cubrir las necesidades de los pobres en materia de salud.

En el ámbito de la salud, el impacto de algunas intervenciones y actividades, como la erradicación de una enfermedad o la I+D, traspasan las fronteras de los países para beneficiar a toda la humanidad. En general, estos denominados bienes públicos mundiales no reciben fondos suficientes de los Gobiernos en los países en desarrollo y deben dispensarse y financiarse a nivel mundial. La Comisión sostiene que deberían asignarse un mínimo de US\$ 5000 millones anuales para 2007 y US\$ 7000 millones anuales para 2015 al desarrollo de bienes públicos mundiales orientados a cubrir las necesidades de los pobres en materia de salud.

Combatir las enfermedades exige no sólo intervenciones eficaces en relación con el costo, sistemas sanitarios más sólidos, compromisos políticos y recursos, sino también grandes inversiones en bienes públicos mundiales. Uno de los más importantes es la I+D centrada en las necesidades de los pobres en materia de salud. La Comisión afirma que se necesitan nuevos medicamentos y vacunas asequibles y eficaces para el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria, las enfermedades de la infancia y la salud reproductiva. También se precisan microbicidas eficaces, nuevos plaguicidas para luchar contra las enfermedades transmitidas por vectores y nuevos fármacos para hacer frente a la creciente amenaza de las farmacorresistencias. Sin embargo, los mercados de los países ricos ofrecen pocos incentivos para la I+D de nuevos productos destinados a combatir enfermedades que se concentran en los países en desarrollo.

Además de la I+D orientada a enfermedades específicas, es preciso mejorar la recopilación y el análisis de los datos epidemiológicos y la vigilancia de las enfermedades infecciosas a nivel internacional. Se necesita más apoyo para la recogida de datos y el análisis de las tendencias mundiales en materia de salud, el análisis y la difusión de las buenas prácticas en la lucha contra enfermedades y la gestión de sistemas sanitarios, y para la ayuda técnica y la formación. Estos bienes públicos mundiales son motores decisivos del proceso de ampliación; su aplicación y difusión internacional es una responsabilidad primordial de la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y otras instituciones internacionales.

Para ayudar a encauzar el aumento de las inversiones en I+D, la Comisión propone crear un nuevo Fondo Mundial de Investigaciones en Salud (GHRF) además de los cauces importantes de I+D ya existentes (OMS, varias alianzas publicoprivadas para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, y el Global Forum for Health Research). Uno de los objetivos fundamentales del GHRF sería apoyar la investigación fundamental y aplicada en biomedicina y ciencias de la salud sobre los problemas que afectan a los pobres y sobre los sistemas sanitarios y las políticas necesarios para corregirlos. El GHRF fortalecería la capacidad investigadora a largo plazo en los propios países en desarrollo.

Por último, dado que el sector público no dispone de los medios para mejorar el suministro de algunos bienes públicos mundiales, la Comisión señala que se necesitan incentivos para animar a la industria farmacéutica del sector privado a desarrollar nuevos y mejores medicamentos, vacunas y otras intervenciones con destino a los países de bajos ingresos. Entre ellos se cuenta la ampliación de la legislación sobre «medicamentos huérfanos» (los que tratan enfermedades que afectan a un porcentaje muy reducido de la población) a enfermedades que se concentran en los países en desarrollo, así como compromisos previos para adquirir nuevos medicamentos y vacunas prioritarios.

*Informe de la CMS, págs. 8-10, págs. 83-95, e Informe del Grupo de Trabajo 2, págs. 26-45*

## La Comisión exhorta a un aumento de las actividades de I+D:

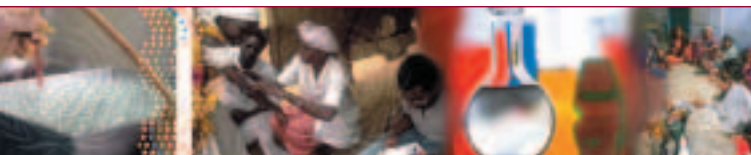
- **US\$ 1500 millones** anuales para las instituciones existentes intervinientes en la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos y vacunas. Comprenden el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR), la Iniciativa para la Investigación de Vacunas de la OMS (IVR), el Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP) y las alianzas publicoprivadas para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.
- **US\$ 1500 millones** anuales mediante el propuesto Fondo Mundial de Investigaciones en Salud (GFHR), que respaldaría la investigación fundamental sobre salud (incluidas la epidemiología, la economía de la salud, los sistemas sanitarios y las políticas sanitarias) y ayudaría a fortalecer la capacidad investigadora a largo plazo de los países en desarrollo.
- **Más desembolsos para investigación operacional** en los países, asociados a la ampliación de las intervenciones de salud y equivalentes al menos al 5% de la financiación de los programas nacionales.
- **Mayor disponibilidad de información científica en Internet**, con iniciativas para aumentar la conectividad de las universidades y los centros de investigación en los países pobres.
- **Modificación de la legislación sobre medicamentos huérfanos** en los países de altos ingresos para incluir las enfermedades de los pobres.
- **Compromisos previos** de adquirir tecnologías con objetivos concretos, por ejemplo, vacunas para el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, como incentivo basado en el mercado.

*Informe de la CMS, págs. 93-94, e Informe del Grupo de Trabajo 2, págs. 26-45*

## El desequilibrio 10/90

Muchas tecnologías nuevas, como la genómica y los avances en las técnicas de diagnóstico, han ido dirigidas a satisfacer las necesidades sanitarias de los países industrializados, no las de los países en desarrollo. Este desequilibrio entre ricos y pobres en la investigación sobre sus respectivos problemas de salud se conoce como el desequilibrio 10/90. Menos del 10% de la financiación mundial a la investigación en salud se dedica a los problemas de salud que más preocupan a las personas de los países en desarrollo y que son responsables del 90% de la carga mundial de morbilidad.

*Informe de la CMS, págs. 86-87, e Informe del Grupo de Trabajo 6, pág. 42*



# Acceso a los medicamentos esenciales

La industria farmacéutica internacional, junto con los países de bajos ingresos y la OMS, debería garantizar el acceso de los países pobres a los medicamentos esenciales por medio de compromisos para suministrarlos al mínimo precio comercial viable en las zonas de mayor pobreza.

En los países de bajos ingresos, son muchas las personas que no pueden acceder a los medicamentos esenciales, fundamentalmente porque ni los pobres ni sus gobiernos pueden permitirse adquirirlos. Entretanto, la falta de médicos y profesionales de la salud que seleccionen, prescriban y aconsejen sobre el uso adecuado de los medicamentos disponibles, situación agravada por la debilidad de los sistemas sanitarios y los deficientes servicios extrainstitucionales, ha impedido un funcionamiento gobernado por la demanda y ha desviado los beneficios de forma que no llegan a los pobres. En muchos países, el acceso a los medicamentos esenciales se ve obstaculizado por engorrosos sistemas de adquisición, procedimientos reglamentarios nacionales y fuertes gravámenes a la importación.

Al mismo tiempo, los fabricantes de productos farmacéuticos tienden a mantener altos márgenes de beneficios, especialmente en sus mercados de los países ricos, como un medio de recuperar sus costos de investigación y desarrollo. Sin embargo, el acceso a los medicamentos en los países pobres exige precios iguales o cercanos a los costos de producción, ya que los pobres no pueden permitirse precios amparados por patentes. Se prevé, además, que en un futuro próximo aumente el número de medicamentos esenciales patentados. La Comisión considera que la mejor solución a este problema de los países de bajos ingresos es la fijación diferencial de precios, en virtud de la cual los países ricos costearían la I+D pagando un precio relativamente mayor por los productos patentados, mientras que los países pobres pagarían precios cercanos a los costos de producción. También recomienda el Informe la cesión de la licencia de tecnologías farmacéuticas a productores de genéricos de alta calidad para su uso en los mercados de bajos ingresos, en los casos en los que la industria decida no proveer a dichos mercados o los productores de genéricos puedan demostrar su capacidad de fabricar fármacos de buena calidad, pero a un precio notablemente inferior.

La Comisión reclama un nuevo marco mundial para el acceso a medicamentos que salvan vidas, y que incluye sistemas de fijación diferencial de precios en los mercados más pobres como norma operacional, además de cesiones de licencias a productores de genéricos y acuerdos para la adquisición a granel. También recomienda que la OMS, los países de bajos ingresos y la industria farmacéutica aúnen fuerzas y acuerden directrices para fijar precios y ceder la licencia de uso de tecnologías clave en países en desarrollo, de forma que se garantice un suministro ininterrumpido de medicamentos esenciales. Las directrices incluirían una lista de medicamentos esenciales a precios muy reducidos para los países de bajos ingresos.

Estas iniciativas deben servir para que la industria farmacéutica siga siendo un colaborador clave y cumpla las normas del comercio internacional relativas al acceso a medicamentos esenciales. Por otra parte, proteger firmemente los derechos de propiedad intelectual con miras a preservar los incentivos de la industria para la I+D de nuevos medicamentos podría ser una solución factible y eficaz.

Por último, al sector empresarial que opera en los países en desarrollo también le corresponde desempeñar un papel decisivo al velar por que sus propios trabajadores tengan acceso a medicamentos y servicios esenciales. Por ejemplo, las compañías mineras del sur de África, que se hallan en el corazón de la epidemia de VIH/SIDA, tienen una especial responsabilidad para prevenir el contagio y garantizar que su mano de obra pueda acceder a la asistencia y los medicamentos esenciales.

*Informe de la CMS, págs. 94-100*

## Responsabilidades de los países de bajos ingresos

Los países de bajos ingresos deberían movilizarse para cumplir sus propias obligaciones, que comprenden lo siguiente:

- Impedir la reexportación de medicamentos de bajo precio a los países desarrollados, ya sea legalmente o por el mercado negro.
- Eliminar los obstáculos para acceder al mercado, como los aranceles y cuotas a la importación de medicamentos esenciales.
- Arbitrar normas y cooperar con la comunidad de donantes para garantizar un uso eficaz de los medicamentos, con miras a limitar la aparición de farmacoresistencias y otros efectos adversos que pueden derivarse de una administración deficiente.
- Garantizar la convocatoria de licitaciones competitivas, la adquisición a granel y la transparencia en la fijación de precios.

*Informe de la CMS, págs. 97-99, e Informe del Grupo de Trabajo 4, págs. 33-35*

## Responsabilidades de la comunidad internacional

- La comunidad de donantes garantizaría una financiación suficiente para la adquisición, la vigilancia y el uso seguro de los medicamentos.
- La OMS, la industria farmacéutica y los países de bajos ingresos acordarían conjuntamente directrices para la fijación de precios y la cesión de licencias de producción en los países de bajos ingresos. El proceso se vería respaldado por una firme protección de los derechos de propiedad intelectual en los países de mayores ingresos, destinada a ofrecer incentivos a la I+D de nuevos medicamentos.
- Los gobiernos miembros de la Organización Mundial del Comercio garantizarían las salvaguardas suficientes para los países en desarrollo y, en particular, el derecho de los países que no producen los medicamentos esenciales más importantes a reclamar la cesión obligatoria de licencias de importación desde países en desarrollo proveedores de genéricos.

*Informe de la CMS, págs. 96-100, e Informe del Grupo de Trabajo 2, págs. 25-45*

## Responsabilidades de la industria farmacéutica

- La industria farmacéutica cooperaría con la OMS y los países de bajos ingresos para acordar directrices. Éstas definirían un mecanismo transparente de fijación diferencial de precios destinado a los países pobres y establecerían una lista de medicamentos esenciales para el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas y las enfermedades prevenibles mediante vacunación, al mínimo precio comercial viable.
- La industria farmacéutica aceptaría ceder la licencia de sus tecnologías a productores de genéricos de alta calidad para el suministro a los países de bajos ingresos en los casos en los que:
  - decidiera no proveer ella misma a estos mercados;
  - los productores de genéricos pudieran demostrar que son capaces de fabricar medicamentos de buena calidad a precios notablemente inferiores.

*Informe de la CMS, págs. 97-98; Informe del Grupo de Trabajo 4, págs. 25-45; e Informe del Grupo de Trabajo 2, págs. 39-44*



# Nuevas formas de invertir en salud en pro del desarrollo

Mejorar la salud de los pobres exige establecer una colaboración mundial entre los países ricos y pobres para ampliar el acceso a los servicios de salud esenciales. Las iniciativas encaminadas a arbitrar mecanismos de financiación y marcos innovadores, y a forjar sólidas coaliciones intersectoriales en torno a objetivos comunes, mejorarían la salud en los países de bajos ingresos. La creación de un sistema cercano al cliente ayudaría a ampliar la cobertura y el acceso a los servicios esenciales.

Es fundamental hallar nuevas formas de obtener recursos adicionales para mejorar la salud, reducir la pobreza y lograr avances significativos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Dado que la ampliación exigirá un incremento considerable de la financiación internacional, es fundamental constituir una **alianza** eficaz de países donantes y receptores, basada en la confianza mutua y el cumplimiento. Esta alianza de países ricos y pobres ayudará a movilizar las inversiones en salud y a ampliar el acceso a los servicios esenciales centrándose en intervenciones específicas para luchar contra las principales enfermedades. En el marco de esta nueva alianza, la financiación de la salud evolucionaría paralelamente a las necesarias reformas nacionales y a una mejor movilización de ingresos tributarios destinados a la salud. Los mecanismos de la financiación por donantes evolucionarían para incluir una mayor condonación de la deuda.

Los esfuerzos por lograr mayores ayudas de los países donantes exigirán **mecanismos de financiación innovadores**, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) y la creación de un nuevo Fondo Mundial de Investigaciones en Salud (GHRF), que ayuden a encauzar los mayores gastos en I+D. En cuanto al apoyo a las iniciativas de reducción de la pobreza dirigidas por los países, una forma prometedora de arbitrar las relaciones entre los donantes y los receptores es la creación de **marcos eficaces**, como los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP). Además, nuevas modalidades de aportación de fondos adicionales y ampliación del sector sanitario, como los enfoques sectoriales (SWAp), pueden resultar útiles para los países donantes y receptores en su tarea de coordinar planes y acciones.

*Informe de la CMS, págs. 106-111*

Las pruebas presentadas por la Comisión indican asimismo que la reducción de la pobreza será más eficaz si también se invierte más en otros sectores. Las inversiones complementarias y las colaboraciones **intersectoriales** con los sectores de la educación, el abastecimiento de agua, el saneamiento, etc. repercutirán en la salud. Además, la participación y la cooperación del sector privado, y en particular de la industria farmacéutica, son clave para garantizar el acceso a los medicamentos que los países pobres necesitan con toda urgencia.

Una de las principales prioridades de la Comisión en las iniciativas de ampliación es el uso de un **sistema cercano al cliente (CAC)** innovador y bien estructurado, que ayude a ofrecer una mayor cobertura de los servicios de salud para los pobres. Sin embargo, la creación de dicho sistema no es tarea fácil, ya que exige un sólido liderazgo nacional, unido a la capacidad y la gestión responsable a nivel local. Para ello será preciso renovar los compromisos políticos, aumentar la capacidad organizativa, y mejorar la transparencia de los servicios públicos y la planificación presupuestaria, todo ello

respaldado por más fondos y una mayor claridad, con un proceso regular de supervisión y evaluación. Además, es vital que la comunidad participe de forma plena e igualitaria. Sin ello sería imposible ampliar la atención preventiva y el tratamiento de las principales enfermedades discapacitantes y potencialmente mortales.

*Informe de la CMS, págs. 106-111, e Informe del Grupo de Trabajo 5, págs. 50-54*

## Facilitar las inversiones en salud

- El marco de **documento de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP)** facilita los mecanismos de financiación por donantes y ofrece 1) una mayor condonación de la deuda, 2) el liderazgo de los Estados en la preparación de estrategias nacionales, 3) la incorporación de la sociedad civil a cada paso del proceso, 4) una estrategia integral para la reducción de la pobreza y 5) una mayor coordinación de los donantes en apoyo de los objetivos de los países.
- **Las comisiones nacionales de macroeconomía y salud (CNMS)** pueden dirigir la ampliación asumiendo las responsabilidades siguientes: 1) evaluación de las prioridades en materia de salud, 2) planificación de una estrategia para ampliar la cobertura, 3) colaboración con otros sectores relacionados con la salud, 4) garantía de un marco macroeconómico sólido, y 5) preparación, junto con la OMS y el Banco Mundial, de una referencia epidemiológica, objetivos operacionales y un plan de financiación.
- **Los enfoques sectoriales (SWAp)** pueden facilitar la ampliación de la cobertura al ofrecer a donantes y receptores un mecanismo innovador de coordinación que permite aportar fondos adicionales mediante 1) el trabajo conjunto de los países donantes y las autoridades nacionales en la planificación, 2) los acuerdos sobre estrategias de apoyo y 3) la mancomunación de la ayuda a estrategias concebidas y dirigidas por los países.
- **El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM)** puede apoyar el proceso de ampliación de la cobertura mediante la aportación de fondos a programas nacionales. La Comisión ha propuesto que, para 2007, lleguen al FMSTM **US\$ 8000 millones** anuales de los US\$ 22 000 millones propuestos como ayuda procedente de donantes. Las principales responsabilidades del FMSTM serían: 1) dirigir la ayuda económica a los países más pobres, 2) proporcionar fondos a los países con estrategias viables, 3) ofrecer subvenciones para la preparación de propuestas, 4) animar a que las propuestas reflejen un diálogo nacional sobre la salud y 5) apoyar las iniciativas fiscales demostradas.

*Informe de la CMS, págs. 86-89 e Informe del Grupo de Trabajo 6, págs. 36-43*

- Un posible **fondo mundial de investigaciones en salud**, propuesto por la Comisión, podría apoyar la investigación fundamental y aplicada en biomedicina y ciencias de la salud sobre los problemas de salud de los pobres y sobre las políticas y los sistemas sanitarios necesarios para corregirlos. La Comisión propone asignar **US\$ 1500 millones** al trabajo del Fondo como parte de los US\$ 3000 millones de los compromisos de los donantes para I+D.

*Informe de la CMS, págs. 87-95*



# Inicio del trabajo sobre macroeconomía y salud en los países

El Informe propone una forma de avanzar que, si se cumpliera enérgicamente a nivel nacional e internacional, tendría un impacto considerable en la salud y la riqueza de las naciones y sus habitantes.

Debido a la gran diversidad de infraestructuras y condiciones existentes en los distintos países, el Informe de la CMS no proporciona una guía para transformar sus recomendaciones en acciones a nivel nacional. Su propósito es invitar a cada país a analizar sus prioridades sanitarias y sus limitaciones presupuestarias e infraestructurales. Se anima a los países a evaluar la actual situación epidemiológica, el estado de salud y los determinantes de la pobreza, con el propósito de desarrollar una estrategia sólida de ampliación de las intervenciones sanitarias en el marco de un programa de macroeconomía y salud.

Muchos países han refrendado las conclusiones y recomendaciones del Informe de la CMS al revisarlas en relación con sus respectivas necesidades sanitarias y económicas. La finalidad del trabajo de seguimiento de la CMS es ayudar a los gobiernos a analizar las cuestiones relacionadas con la salud y la macroeconomía, y a crear oportunidades para ampliar las inversiones y las acciones, al tiempo que se acometen las reformas necesarias en pro de una salud mejor y más equitativa para todos. El proceso de seguimiento de la CMS en los países tiene como finalidad:

- Apoyar a los políticos, los ministros de salud y finanzas, los grupos universitarios, los altos cargos del sector privado, los donantes y los representantes de la sociedad civil en su estudio de las conclusiones del Informe y de sus implicaciones para los desafíos económicos y de salud que les aguardan.
- Respaldar la realización de análisis sólidos de macroeconomía y salud, concebidos para reevaluar las políticas de inversión en salud y fortalecer los planes nacionales para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Ayudar a la creación de cauces para la ayuda económica y técnica a los gobiernos y sus asociados, y sentar las bases para construir alianzas más fuertes en los países. Ello catalizará la capacidad gubernamental de planificar y aplicar las inversiones, para mejorar la salud de los pobres mucho más rápidamente y de forma sostenible.

Muchos países han manifestado su interés por vincular el trabajo sobre macroeconomía y salud a las estructuras, políticas y capacidades nacionales ya existentes. Este trabajo comienza con un proceso interactivo en el que pueden participar grupos de trabajo sobre salud del proceso DELP, comités directivos nacionales o el Consejo Nacional de Salud, según corresponda. Los países pueden también crear una Comisión Nacional sobre Macroeconomía y Salud (CNMS) o trabajar por medio de grupos subregionales como la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESPAP). La aplicación de un plan de acción para aumentar las inversiones en salud exige un liderazgo y un compromiso político sólidos al más alto nivel, coherencia con el marco macroeconómico general y poderosas alianzas intersectoriales.

Se prevé que un organismo nacional de macroeconomía y salud o su equivalente organice y lidere la tarea de ampliar las inversiones nacionales en salud. Esto incluye trabajar con la OMS, el Banco Mundial y otras partes interesadas para analizar la situación nacional en materia de salud y determinar las áreas prioritarias para las intervenciones, así como las estrategias de financiación necesarias para hacer frente a estas prioridades. Otras tareas son: definir un conjunto de intervenciones esenciales que se pondrán a disposición de toda la población mediante fondos públicos; iniciar un programa plurianual de fortalecimiento del sistema sanitario, centrado en la dispensación de servicios a nivel local; y fijar objetivos para reducir la carga de morbilidad. Los métodos de desarrollo integrado de las comunidades que están elaborando actualmente las oficinas regionales de la OMS y otras agencias pueden amplificar los esfuerzos por mejorar la salud y reducir la pobreza.

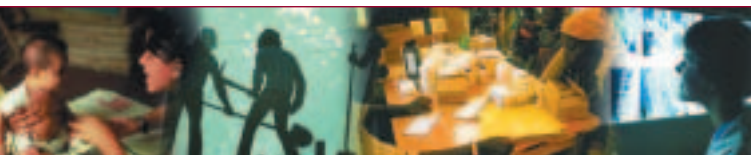
## Actividades importantes de Macroeconomía y Salud

Todos los países que respaldan el trabajo de Macroeconomía y Salud deberían trazar un plan de acción específico, adaptado a sus situaciones respectivas y sin perder de vista los parámetros generales expuestos en el Informe de la CMS.

La elaboración de un plan de acción exige cierto número de actividades clave:

1. Promover las conclusiones de la CMS y movilización de apoyo político adicional:
  - comunicar el concepto y los mensajes de la CMS y alentar los debates sobre las conclusiones del Informe
  - definir la respuesta adecuada a las recomendaciones de la CMS a nivel de los países.
2. Analizar los datos, elaborar estrategias y establecer un marco de acciones en el ámbito de la macroeconomía y la salud:
  - examinar la pertinencia de las conclusiones de la CMS en un contexto nacional
  - investigar las limitaciones del sistema para la ampliación
  - garantizar que se disponga de información sobre la cobertura, la equidad y la eficacia con relación al costo de los servicios prioritarios
  - trazar planes nacionales de inversión en salud para llegar eficazmente a las personas
  - estudiar estrategias para retener y formar a profesionales de la salud en todos los niveles del sistema sanitario
  - investigar cómo incorporar la salud al proceso DELP
  - incluir un mayor desembolso en salud en los marcos nacionales de gasto a plazo medio.
3. Hacer frente a la carga nacional del VIH/SIDA:
  - tomar medidas ante el impacto del VIH en la pobreza, el crecimiento económico y el estado de salud
  - dictar políticas y asignar recursos para ampliar el acceso a la prevención y la asistencia.
4. Estimar las necesidades de financiación y movilización de apoyo económico adicional de fuentes nacionales e internacionales:
  - mejorar la información sobre los costos de la inacción en materia de salud
  - garantizar las relaciones entre los ministerios pertinentes e incorporar la salud a la Iniciativa PPME
  - desarrollar vínculos eficaces con las iniciativas mundiales de financiación.
5. Gestionar la aplicación de planes y supervisar los logros:
  - fortalecer la capacidad de los países para la administración, las acciones intersectoriales y el seguimiento del desempeño
  - evaluar los resultados, relacionarlos con el gasto y rastrear los flujos financieros destinados a la salud.
6. Velar por una mejor coordinación y coherencia de las acciones:
  - documentar las experiencias de los países en la colaboración intersectorial
  - arbitrar mecanismos eficaces para la coordinación nacional y la coherencia de las acciones regionales y mundiales, y para garantizar que las iniciativas mundiales respondan a las necesidades de los países.

*Consulta sobre las respuestas nacionales al Informe de la CMS, OMS, junio de 2002*



## Cómo están avanzando los países

Desde el lanzamiento mundial del Informe de la CMS, la OMS y sus oficinas regionales y nacionales han colaborado estrechamente con los gobiernos para promover las conclusiones del Informe y respaldar los esfuerzos de los países por reducir el desequilibrio entre las políticas macroeconómicas y las sanitarias. El proceso de seguimiento de la CMS en los países ha proporcionado oportunidades a los grupos nacionales, desde diversos ministerios a grupos académicos, grupos civiles y el sector privado, para debatir su concepción de la salud y trazar estrategias encaminadas a incorporar la salud a los planes nacionales de desarrollo.

Muchos países han empezado ya a movilizar sus conocimientos, su experiencia y sus recursos para formular programas a largo plazo orientados a ampliar las intervenciones esenciales de salud, generalmente como parte de una estrategia nacional de reducción de la pobreza, y están manifestando interés por las conclusiones de la CMS. No todos planean crear una comisión nacional de macroeconomía y salud, pero casi la totalidad están situando el trabajo de seguimiento de la CMS en el contexto de sus programas nacionales de desarrollo. La comunidad internacional, incluida la OMS, no instará a los países a crear CNMS, pero apoyará los mecanismos macroeconómicos prometedores de ámbito nacional en su empeño de elaborar una estrategia de macroeconomía y salud. La propia estrategia de la OMS se refinará y adaptará a las diversas situaciones de los países mediante un proceso de consultas con éstos y con los organismos de desarrollo.

En 2002 y 2003, las oficinas regionales y nacionales de la OMS han concedido prioridad a la promoción y difusión de las conclusiones del Informe. Éste se ha traducido del inglés al árabe, al alemán, al chino, al español, al francés y al ruso y ha tenido gran difusión. En algunos países se han creado sitios web para publicitar los mensajes clave de la CMS y comunicar información local sobre macroeconomía y salud. Todas las oficinas regionales de la OMS han distribuido ampliamente el Informe y documentos relacionados para promover las conclusiones y sensibilizar a los principales responsables de la planificación de políticas respecto de la relación entre salud y crecimiento económico, al tiempo que orientan sobre cómo podrían llevarse adelante las recomendaciones de la CMS en los países.

Se han organizado varias reuniones y conferencias, desde talleres nacionales a eventos regionales de alto nivel, para presentar las principales conclusiones del Informe a grupos de políticos, representantes de la universidad e investigadores, y para debatir cómo podrían aplicarse sus recomendaciones a los países interesados en la estrategia de macroeconomía y salud. La mayoría de las oficinas regionales han creado también grupos de trabajo sobre macroeconomía y salud para evaluar la pertinencia de las conclusiones de la CMS, proponer intervenciones y métodos adaptados a la situación local, y coordinar y apoyar las acciones de seguimiento de la CMS en los países.

Durante el bienio, el firme empeño de las oficinas regionales de la OMS en difundir las conclusiones de la CMS condujo a celebrar varios eventos muy satisfactorios para publicitar y debatir el Informe. Consecuencia de ello ha sido la movilización del interés y el compromiso político a alto nivel en algunos países: República Federal Democrática de Etiopía, República de Ghana, República de Kenya, República de Mozambique y República Rwandesa, en África; Asociación de Estados del Caribe y Estados Unidos Mexicanos en las Américas; Reino Hachemita de Jordania y Sultanato de Omán en la Región del Mediterráneo Oriental; Reino de Nepal, Reino de Tailandia, República Popular de Bangladesh, República de la India,

República de Indonesia, República de Maldivas y Unión de Myanmar en Asia Sudoriental; Reino de Camboya y República Popular China en la Región del Pacífico Occidental.

Las misiones destinadas a los países comprometidos con el seguimiento de la CMS siguen adaptando de diversas maneras la ayuda en materia de macroeconomía y salud a nivel nacional. Por ejemplo, en los países sometidos a procesos de reforma, descentralización y reducción de la pobreza, el seguimiento de la CMS ayuda a los gobiernos y a la comunidad de donantes a acelerar las iniciativas ya existentes en el sector sanitario, aportando ayuda técnica y financiando el fortalecimiento de la capacidad. También se consideran de gran valor las conclusiones del Informe para el proceso de reforma sanitaria: ofrecen a los países y las regiones orientaciones sobre las prioridades en materia de financiación de la salud (incluidas las asociaciones publicoprivadas y el uso compartido de servicios), y la oportunidad de integrar el trabajo de diversos asociados. En otros países sometidos a reformas, la provisión de ayuda técnica y financiera para analizar las variables epidemiológicas, presupuestarias y macroeconómicas contribuye a definir mejores políticas públicas en pro de la salud.

Son cada vez más los países en los que se considera el trabajo sobre macroeconomía y salud un poderoso instrumento para mejorar la asistencia de los donantes a la salud, obtener más recursos internos y utilizar con mayor eficiencia los ya existentes. En otros países se están integrando en las acciones de seguimiento de la CMS riesgos también relacionados con la salud, como la desnutrición y la insalubridad del agua y el entorno.

Asimismo, en algunos de los países más populosos del mundo preparados para un mayor crecimiento económico, los gobiernos están interesados en cumplir y adaptar las recomendaciones de la CMS. Debido a sus dimensiones, a la alta carga de morbilidad y al gran potencial de mejora en materia de salud, en estos países es crucial apoyar las recomendaciones de la CMS como medio de lograr el desarrollo económico. Lo que ocurre en ellos es vital para el resto del mundo. No cabe concebir ningún progreso significativo hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio sin la participación de los países más poblados del mundo.

## Respuestas nacionales al Informe de la CMS

En junio de 2002 se celebró en la sede de la OMS una Consulta sobre las «Respuestas nacionales al Informe de la CMS» para determinar las orientaciones futuras. Ministros y altos cargos de los ministerios de salud, finanzas y planificación de 19 países se reunieron con representantes del Banco Mundial, 12 organismos bilaterales, la Fundación Bill y Melinda Gates y personal de la OMS para discutir cómo materializar las recomendaciones de la CMS en acciones nacionales. En la Consulta se estudió qué podría hacerse para aumentar espectacularmente las inversiones destinadas a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en materia de salud, así como las medidas que los países deben adoptar para acelerar las acciones nacionales.

En la Consulta participaron altos cargos de los siguientes países:

### Región de África

- Ghana
- Mozambique
- Senegal
- República Unida de Tanzania
- Uganda

### Región del Mediterráneo Oriental

- Jordania
- República Islámica del Irán
- Omán
- Pakistán

### Región de las Américas

- Estados del Caribe
- Guatemala
- Santa Lucía y países de la OECO

### Región de Asia Sudoriental

- Bangladesh
- India
- Indonesia
- Nepal
- Sri Lanka
- Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESPAP)

### Región de Europa

- Polonia



## **Folleto Invertir en salud**

Concepto y producción  
**Agnès Leotsakos**

Editora  
**Sheila Davey**

Colaboración editorial y técnica  
**Amin Kebe, B.S. Lamba, Maria Paalman, Mubashar Riaz Sheikh, Rubén M. Suárez-Berenguela, Dai Ellis, Silvia Ferazzi, Tom O'Connell, Ann Rosenberg, Josh Ruxin, Unidad de Apoyo a la CMS en la OMS y Departamento de Pruebas Científicas para las Políticas de Salud**

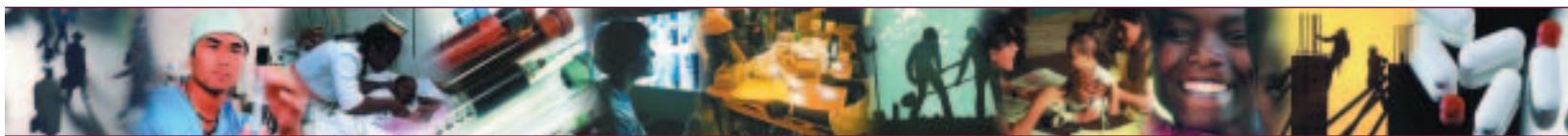
Secretario Ejecutivo, Unidad de Apoyo a la CMS  
**Sergio Spinaci**

Ayudantes de edición  
**Zarita Khamkhoeva, Tashina Krishniah**

Diseño  
**James Elrington**

Organización Mundial de la Salud,  
Unidad de Apoyo a la CMS,  
20 Avenue Appia,  
CH-1211 Ginebra 27, Suiza  
[www.who.int/macrohealth](http://www.who.int/macrohealth)

# INVERTIR EN SALUD



## Resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud

Por favor, inclúyanme en su lista de destinatarios.  
Desearía recibir las publicaciones de la Unidad de Apoyo  
a la CMS a medida que se editen.

Cuáles son sus principales áreas de interés en relación con la  
macroeconomía y la salud:

Desearía más ejemplares de este documento para  
distribuirlos.  
Ref: ISBN 92 4 356241 2

NOMBRE:

CARGO:

ORGANIZACIÓN:

CALLE:

SECTOR, CIUDAD:

PROVINCIA O ESTADO:

PAÍS:

CÓDIGO POSTAL:

TEL. (incluidos los códigos de país):

FAX (incluidos los códigos de país):

E-MAIL:

Opiniones y comentarios:



Franquear

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
UNIDAD DE APOYO A LA CMS  
20 AVENUE APPIA  
CH-1211 GINEBRA 27  
SUIZA







ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2003

20 Avenue Appia,  
1211 Ginebra 27,  
Suiza

ISBN 92 4 256241 2



9 789243 562414