



## Consejo Económico y Social

Distr. general  
1° de junio de 2009  
Español  
Original: inglés

---

### Período de sesiones sustantivo de 2009

Ginebra, 6 a 31 de julio de 2009

Tema 2 b) del programa provisional

**Serie de sesiones de alto nivel: examen ministerial anual**

### **Nota verbal de 28 de mayo de 2009 dirigida al Presidente del Consejo Económico y Social por la Misión Permanente de Sri Lanka ante las Naciones Unidas**

La Misión Permanente de la República Socialista Democrática de Sri Lanka ante las Naciones Unidas saluda atentamente al Presidente del Consejo Económico y Social y tiene el honor de solicitar que el informe de la reunión preparatoria regional del Asia meridional para el examen ministerial anual del Consejo Económico y Social sobre “Estrategias para la financiación de la atención de la salud”, celebrada en Colombo del 16 al 18 de marzo de 2009 (véase anexo), sea distribuido como documento del Consejo para su examen en el período de sesiones sustantivo de 2009 en relación con el tema 2 (b) del programa provisional.

En la reunión preparatoria regional se estudiaron los principales problemas a que se enfrentan los países —especialmente los países de bajos ingresos— a la hora de financiar sus sistemas de salud para alcanzar los objetivos acordados internacionalmente en materia de salud pública mundial. Los participantes intercambiaron puntos de vista sobre la manera en que la comunidad internacional podía ayudar a los países a avanzar hacia la cobertura universal (a) aumentando la financiación de la salud, (b) haciéndola más previsible y (c) canalizando los fondos a los países beneficiarios de forma que se refuercen los planes nacionales de financiación y las capacidades locales, y gestionando mejor la financiación de la salud en situaciones de crisis. La reunión ofreció también una oportunidad para intercambiar ejemplos de prácticas idóneas y nuevas iniciativas en materia de financiación de la atención de la salud. El Gobierno de Sri Lanka considera que el informe constituirá una contribución valiosa a las deliberaciones relativas al tema del examen ministerial anual de 2009.



**Anexo a la nota verbal de 28 de mayo de 2009 dirigida al  
Presidente del Consejo Económico y Social por la Misión  
Permanente de Sri Lanka ante las Naciones Unidas**

**Informe de la reunión preparatoria regional del Asia meridional  
sobre estrategias para la financiación de la atención de la salud  
para el examen ministerial anual por parte del Consejo Económico  
y Social**

*Resumen*

En el marco del proceso del examen ministerial anual del Consejo Económico y Social, del 16 al 18 de marzo de 2009 se celebró en Colombo la reunión preparatoria regional del Asia meridional sobre el tema “Estrategias para la financiación de la atención de la salud”. La reunión tuvo como anfitrión al Gobierno de la República Socialista Democrática de Sri Lanka, en colaboración con el Departamento de las Naciones Unidas para Asuntos Económicos y Sociales y la Organización Mundial de la Salud. Las consultas, organizadas como un encuentro entre múltiples interesados, con la participación de representantes de alto nivel, consistieron en sesiones plenarias y mesas redondas a las que asistieron 121 delegados.

Los participantes, entre los que se encontraban varios ministros, estudiaron los principales problemas a que se enfrentan los países —especialmente los países de bajos ingresos— a la hora de financiar sus sistemas de salud para alcanzar los objetivos acordados internacionalmente en materia de salud pública mundial. También intercambiaron puntos de vista sobre la manera en que la comunidad internacional podía ayudar a los países a avanzar hacia la cobertura universal a) aumentando la financiación de la salud, b) haciéndola más previsible y c) canalizando los fondos a los países beneficiarios de forma que se refuercen los planes nacionales de financiación y gestionando mejor la financiación de la salud en situaciones de crisis. La reunión ofreció también una oportunidad para intercambiar ejemplos de prácticas idóneas y nuevas iniciativas. El debate tuvo lugar con el telón de fondo de una crisis internacional, económica y financiera cada vez más preocupante.

**Principales mensajes sobre políticas**

De las deliberaciones surgieron los siguientes mensajes principales:

**Recursos nacionales para la financiación de la atención de la salud**

- Para conseguir una cobertura universal, hay que encontrar formas de incrementar la financiación nacional y optimizar la utilización de los recursos;
- Para garantizar un acceso justo a la atención de la salud, es necesario abandonar el sistema de pago directo en favor de un sistema de prepagos y centralización de fondos;
- El porcentaje del gasto público total asignado a la salud sigue siendo bajo en muchos países asiáticos pero, con unos ingresos crecientes, tienen la oportunidad de ampliar la financiación nacional de la atención de la salud, aunque vean reducido su ritmo de crecimiento.

**Recursos externos para la financiación de la atención de la salud**

- La financiación externa debe aumentar, ser más previsible y estar más en línea con las prioridades nacionales de los países, así como ser canalizada a los países beneficiarios de forma que se refuercen los planes nacionales de financiación;
- Las fuentes de financiación innovadoras deben acogerse favorablemente, pero siempre con carácter adicional;
- Hay que abordar el problema que supone la tendencia de los donantes a centrarse en países concretos, al tiempo que desatienden a otros.

**Atención de la salud en situaciones de conflicto**

- La mejora en la atención de la salud es posible incluso cuando los países se enfrentan a situaciones de crisis;
- Mantener una buena financiación de los sistemas de salud —y especialmente de la atención primaria de la salud— permite a los países evitar desastres secundarios como epidemias y brotes en situaciones de crisis;
- En comparación con otras esferas, la financiación de la salud sigue siendo insuficiente durante las fases de recuperación y rehabilitación.

## I. Introducción

En la Cumbre Mundial 2005, los Jefes de Estado y de Gobierno dispusieron que el Consejo Económico y Social realizara exámenes sustantivos anuales a nivel ministerial en el marco de su serie de sesiones de alto nivel, a fin de pasar revista a los progresos realizados en la aplicación de las decisiones de las conferencias y cumbres de las Naciones Unidas y evaluar sus efectos en el logro de las metas y objetivos de dichas conferencias y cumbres. En 2009, el tercer examen ministerial anual se ocupa del tema “Aplicación de los objetivos y compromisos acordados internacionalmente en materia de salud pública mundial”.

Entre el 16 y el 18 de marzo, se celebró una reunión preparatoria regional del Asia meridional sobre el tema “Estrategias para la financiación de la atención de la salud”, que tuvo como anfitrión al Gobierno de la República Socialista Democrática de Sri Lanka, en colaboración con el Departamento de las Naciones Unidas para Asuntos Económicos y Sociales y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como aporte al examen de 2009<sup>1</sup>.

La reunión ofreció a los países asiáticos una oportunidad de contribuir al examen, compartiendo prácticas idóneas y experiencias adquiridas en materia de financiación de la atención de la salud que pudieran servir para promover y ampliar las actividades encaminadas a lograr los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente (véase anexo).

La reunión contó con la presencia de 121 delegados, incluidos varios Ministros, otros representantes de alto nivel de gobiernos de Asia y otras regiones, y expertos del sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales (ONG), instituciones académicas y el sector privado. Los delegados examinaron las nuevas tendencias, los problemas y las posibles soluciones en los ámbitos de la financiación nacional y externa de la atención de la salud, los retos a los que se enfrentan los sistemas de salud en los países en conflicto o tras una situación de crisis, las prácticas idóneas y las nuevas iniciativas para financiar la atención de la salud, así como los avances y los retos de la región con respecto a la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio.

## II. Deliberaciones de la reunión preparatoria regional

### A. Sesión inaugural y discurso de apertura

La reunión fue inaugurada por el Excmo. Sr. Rohitha Bogollagama, Ministro de Relaciones Exteriores de la República Socialista Democrática de Sri Lanka. En sus observaciones iniciales, el Ministro dijo que, en un momento de crisis mundial financiera, económica, alimentaria, energética y medioambiental, la financiación de la atención de la salud y la cuestión más general de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio, son desafíos aún mayores. También destacó la importancia de la cooperación mundial para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio, incluso en países como Sri Lanka, que están en camino de cumplir dichos objetivos.

---

<sup>1</sup> Véase la nota de antecedentes, el programa, las declaraciones, las presentaciones y la lista de participantes.

Manifestó su confianza en que la reunión permitiera a los diversos participantes, todos ellos expertos en su materia, entablar un valioso intercambio de experiencias.

En su discurso de apertura, el Excmo. Sr. Nimal Siripala de Silva, Ministro de Atención Sanitaria y Nutrición de Sri Lanka, señaló las diferentes formas en que la crisis económica y financiera podría afectar negativamente al sector de la salud. Después, determinó las medidas que podrían ayudar a impedir o a mitigar dichos efectos negativos. Hizo un llamamiento a favor de la máxima protección posible del sector social. Indicó que Sri Lanka presta los servicios de salud sin cobrar tarifa alguna a los usuarios y cuenta con un presupuesto exclusivo para la defensa y la educación. Aunque Sri Lanka se ha visto muy afectada por la crisis, no ha comprometido su gasto público en salud, que considera una inversión para el futuro del país. A fin de reducir los gastos sanitarios, el Gobierno está apoyando la prevención de enfermedades y el fomento de la salud. Aunque en Sri Lanka una gran parte del gasto público en salud se cubre con recursos nacionales, el Ministro destacó que las principales instituciones financieras mundiales, como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Asiático de Desarrollo, tienen la responsabilidad compartida de suplir la falta de fondos causada por la crisis financiera y económica mundial.

El Excmo. Sr. Ratnasiri Wickremanayake, Primer Ministro de la República Socialista Democrática de Sri Lanka, recordó en su discurso de apertura que en Sri Lanka la financiación pública de la salud comenzó hace más de dos mil años, cuando los reyes budistas fundaron hospitales públicos y los mantuvieron con fondos reales. Aunque Sri Lanka no es ni mucho menos un país rico, su sistema de salud ha sido considerado por los observadores internacionales como uno de los mejores. Y ello a pesar de las consecuencias negativas del terrorismo y de un desastre natural: el tsunami de 2004.

El Primer Ministro señaló que los sucesivos gobiernos de Sri Lanka siempre han estado comprometidos con un sistema de salud para todos. Aunque su tasa media de crecimiento ha sido moderada, Sri Lanka ha asignado sistemáticamente una parte considerable de sus ingresos nacionales a programas de bienestar social destinados a reducir la pobreza y la morbilidad. El Primer Ministro observó también que, aunque la gratuidad de la atención de la salud y la educación para todos siempre ha sido una política de Estado, el Presidente Mahinda Rajapaksa ha colocado el desarrollo, incluida la reducción de la pobreza, en el centro de su programa político, conocido como “Mahinda Chintana”. La idea del Gobierno es establecer como objetivo una tasa de crecimiento anual de entre el 7 y el 8% a mediano plazo, mediante la adopción de estrategias en favor de los pobres y del desarrollo.

El Primer Ministro dijo que Sri Lanka está orgulloso de sus logros en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio. Dijo también que Sri Lanka agradece la ayuda brindada por los organismos donantes, incluido el sistema de las Naciones Unidas, para poder alcanzar sus objetivos de desarrollo.

El Excmo. Sr. Embajador Hamidon Ali, Vicepresidente del Consejo Económico y Social, describió el mandato y el propósito del examen ministerial anual. Destacó la conexión existente entre el tema del examen ministerial anual de 2009, relativo a la salud pública mundial, y el tema de la reunión regional, y declaró que dicha reunión ayudaría a poner de relieve los desafíos a los que se enfrenta la

región de Asia en cuanto a la financiación de la atención de la salud, especialmente en estos momentos de turbulencia económica mundial.

El Embajador Hamidon recordó que, aunque Sri Lanka ha logrado progresos considerables en materia de salud, muchos países no están en el camino de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio en cuanto a salud se refiere, y están luchando por salir adelante con los recursos disponibles en un momento de reducción de los presupuestos de salud. Advirtió de que la crisis financiera amenaza con invertir los recientes logros e incluso podría poner en peligro el desarrollo, aunque al mismo tiempo manifestó que la crisis económica también ofrece una oportunidad para reconsiderar la orientación y la naturaleza de la financiación de la atención de la salud. El simple recorte de los presupuestos para sanidad podría no ser la solución, como ya se ha demostrado en el pasado. Mantener las redes básicas de protección social es esencial para obtener avances en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio, especialmente en tiempos de crisis económica.

En su declaración, el Sr. Thomas Stelzer, Subsecretario General de Coordinación de Políticas y de Asuntos Interinstitucionales del Departamento para Asuntos Económicos y Sociales, dijo que la reunión se celebraba en un momento en que el mundo estaba inmerso en la crisis financiera y el declive económico más graves desde la Gran Depresión de 1929. Al mismo tiempo, la comunidad internacional se había embarcado en la histórica misión de reducir la pobreza a la mitad, combatir las enfermedades y mejorar el bienestar de millones de personas. Dadas las circunstancias, todo el mundo tenía que aprender a hacer más con menos.

Llamó la atención sobre los progresos en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud, obtenidos gracias a un crecimiento económico sostenido, al hecho de que la asistencia sanitaria se haya prácticamente duplicado con recursos públicos y privados entre los años 2000 y 2006, y a un fuerte compromiso personal de líderes mundiales y filántropos. Sin embargo, un fuerte compromiso y una mayor financiación no eran suficientes. Destacó cinco grandes lecciones que la comunidad internacional había aprendido: la necesidad de mejorar los sistemas de atención de la salud; de aumentar la eficacia de las ayudas aplicando los principios de coordinación entre donantes y previsibilidad de las ayudas; de prestar más atención a los países en crisis, dado que 22 de los países más alejados de lograr los objetivos están en pleno conflicto o saliendo de una situación de conflicto; de prestar más atención a los nuevos problemas emergentes, como la crisis mundial de los trabajadores del sector sanitario y el rápido crecimiento de las enfermedades no transmisibles. Destacó, por último, la importancia de los determinantes sociales de la salud para alcanzar los objetivos en materia de salud y desarrollo. Recordó que el Consejo Económico y Social tenía ya una larga tradición en reunir en torno a la misma mesa a diferentes sectores y grupos de interés. Y éste será también el rasgo distintivo del examen ministerial anual de 2009 sobre salud.

El Dr. Anarfi Asamoah-Baah, Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), destacó cinco temas en la prestación de la atención de la salud. En primer lugar, la prevención de las enfermedades supone una gran inversión a largo plazo, y el envejecimiento de la población no hace sino incrementar sus costos. En segundo lugar, es imposible confiar la atención de la salud a la financiación externa, y se deben encontrar las soluciones en la financiación nacional. En tercer lugar, en la financiación de la atención de la salud no existe un modelo de política único, pero la experiencia adquirida nos dice que es

importante evitar errores como la excesiva dependencia del gasto directo. En cuarto lugar, la financiación de la atención de la salud tiene dos objetivos: un aumento de los fondos y una mayor eficiencia mediante reformas del sector sanitario. Por tanto, el programa de financiación de la atención de la salud no supone sólo más dinero para salud, sino también más salud para el dinero. Debe corregirse la falta de eficiencia del sector sanitario y, en el diálogo sobre políticas, deben intervenir muchos más agentes interesados. Por último, la crisis financiera amenaza con menoscabar los avances logrados en los últimos años, pero también es una oportunidad para reformar los sistemas de salud y hacerlos más sólidos.

## **B. Sesión 1: Estrategias para la financiación de la atención de la salud**

### **Grupo 1: Financiación nacional de la atención de la salud**

El Profesor Weligamage D. Lakshman, Profesor de Economía de la Universidad de Colombo (Sri Lanka), que moderaba el grupo, destacó en sus observaciones preliminares el caso especial de Sri Lanka. Afirmó que Sri Lanka es un caso atípico dentro de las estadísticas por los grandes logros que ha conseguido en sanidad y otros sectores sociales, a pesar de su relativamente bajo nivel de ingresos desde finales de los años setenta. Estos logros se atribuyen en especial a la intervención del Estado y al gasto público dentro de un marco socialdemócrata. Señaló que la financiación de la sanidad en Sri Lanka, como en cualquier otro lugar del mundo, proviene de tres sectores: el sector público, el sector privado y el gasto directo. Aunque el gasto público en atención de la salud ha aumentado de forma espectacular desde 2004, dijo que hay zonas dentro de Sri Lanka que necesitan todavía más inversión, como por ejemplo las regiones oriental y septentrional, que acaban de salir de un conflicto armado. Además de incrementar los recursos del sector sanitario con fondos del Gobierno, el sector privado, y posiblemente de los organismos y países donantes para garantizar la imparcialidad y la equidad, también es necesario mejorar la eficacia de los recursos disponibles.

La Excm. Sra. Tsolman Jadamba, Viceministra de Sanidad de Mongolia, describió los problemas a los que se está enfrentando Mongolia para encontrar un modelo de financiación apropiado para su sistema de salud. Explicó que, hasta 1990, los servicios de salud se financiaban con los presupuestos y, posteriormente, a través del sistema social de salud. Actualmente, la atención de la salud se financia mediante un seguro de enfermedad y el gasto directo. Se está produciendo una mayor implicación del sector privado. Mongolia necesitaba un sistema de financiación de la sanidad con los incentivos apropiados para garantizar la calidad, la equidad y la transparencia de la atención de la salud.

Basándose en la experiencia de la crisis financiera asiática de 1997, dijo que existe una gran preocupación porque el sistema de salud pueda verse afectado por la actual crisis financiera. En su momento no se hicieron estudios para valorar el impacto de la crisis financiera en el estado de salud de los niños pero, diez años más tarde, los reconocimientos médicos realizados a los jóvenes que se incorporaban al servicio militar demostraron que el 29% de ellos habían sufrido retrasos de crecimiento. Para impedir que la actual crisis produzca efectos similares, Mongolia ha adoptado medidas para combatir la crisis financiera, movilizando los recursos nacionales y externos de la financiación de la salud.

El Dr. Rashid Jooma, Director General del Ministerio de Sanidad del Pakistán, informó sobre las tendencias en la financiación de la atención de la salud en el Pakistán. El Dr. Jooma señaló que el gasto actual en atención de la salud es de aproximadamente 17 dólares de los Estados Unidos per capita, lo que supone sólo un incremento de aproximadamente el 15% en los últimos 15 años, tras realizar los oportunos ajustes por inflación y crecimiento de la población. Los principales obstáculos del Pakistán en cuanto a la financiación con fondos nacionales son la limitada recaudación de ingresos por parte de los gobiernos provinciales o de distrito y la infrautilización de los fondos asignados.

El Dr. Jooma llamó la atención sobre el hecho de que los resultados sanitarios no siempre se corresponden con el gasto en salud. Es importante establecer prioridades en la financiación, idear respuestas técnicamente racionales y realizar un seguimiento de los resultados para que todas las unidades (clínicas, distritos, etc.) sean responsables de sus propios presupuestos. Insistió en que la financiación debería estar unida a los resultados, y que deberían explorarse otras fuentes de financiación como la recaudación de impuestos, el cobro de tarifas a los usuarios, la asignación de fondos y la asistencia externa.

En lo que respecta a la protección social, señaló que en el Pakistán actualmente se ofrece un seguro médico para catástrofes a través de las Redes de Apoyo Rural. El Gobierno está también ampliando la cobertura y el gasto en servicios de salud especialmente gravosos, como la hospitalización, en función de los ingresos de las familias, y ofrece transferencias condicionales de efectivo para atraer clientes a los servicios de prevención.

El Dr. David B. Evans, Director del Departamento de Financiación de los Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud, recordó que las tres funciones centrales de la financiación son la recaudación de ingresos, la centralización de los mismos y la adquisición de bienes y servicios. Destacó que hay otros muchos elementos constitutivos de los sistemas de salud, como la prestación de servicios, el personal sanitario, los productos médicos, las vacunas y la tecnología, todos ellos necesarios para ofrecer a la población una cobertura eficiente, equitativa y de calidad.

Señaló que existe preocupación por el hecho de que los gobiernos reciban presiones para recortar su gasto en sanidad, especialmente en los países asiáticos. Oponerse a ello es legítimo, especialmente cuando el mundo ha podido aprender de crisis pasadas que el gasto en salud es imperativo en una situación de declive económico, a fin de proteger a los pobres y a los grupos más vulnerables.

Para reducir la dependencia del gasto directo, es importante implementar el sistema de prepagos y la centralización de fondos como pasos hacia la consecución de la cobertura universal. Ahora que los países se ven obligados a hacer más con menos, la crisis ofrece una oportunidad para mejorar la eficiencia de la prestación de los servicios de salud, priorizando una financiación basada en resultados. El Dr. Evans dijo que las recesiones y las crisis abren el camino a las ideas innovadoras y que, en ese sentido, conviene aprovecharlas. Ampliar la protección social garantizando a los pobres y los grupos más vulnerables el acceso a los servicios de salud necesarios es especialmente imperativo durante una crisis financiera y económica. El gasto en sanidad puede ser un componente esencial dentro de un paquete de estímulos para países en recesión.

Para concluir, el Profesor Weligamage D. Lakshman señaló que los recursos disponibles para sanidad en muchos países son extremadamente limitados. Además, los recursos nacionales pueden no ser los adecuados para satisfacer las necesidades de las poblaciones que viven en muchos de los países más pobres del mundo. En esta época de incertidumbre económica, es fundamental valorar los problemas a los que se enfrentan los sistemas de financiación nacional con el fin de mejorar la atención primaria de la salud para todos. Más allá de incrementar el volumen de los fondos nacionales, se observó que también había que centrarse en hacer más eficiente el gasto nacional en materia de salud. Se sugirió también dar mayor prioridad a la cualificación personal, al fomento de la capacitación técnica, a la capacitación y a la gestión. Además, el sector público podría aprender del sector privado en cuanto a la capacidad de generar beneficios y a la gestión de los recursos. Entre las enseñanzas específicas que podrían extraerse del sector privado, están la mejora de la prestación de los servicios mediante cadenas de suministro eficaces, sistemas de distribución y control de calidad, y la plasmación de las ideas en la práctica de forma eficaz y rápida.

## **Grupo 2: Financiación externa de la atención de la salud**

Se abordaron las tendencias en el Asia meridional con respecto a las fuentes, la cantidad y la calidad de la asistencia externa para sanidad, así como los medios de que disponen los gobiernos para garantizar que la asistencia externa se destina al desarrollo de los sistemas y las instituciones nacionales de financiación. Además, se analizaron los efectos de la actual crisis financiera en la financiación mundial de la atención de la salud, y las formas de afrontar dicha crisis.

El moderador, el Dr. David B. Evans, Director del Departamento de Financiación de los Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud, explicó que la tendencia de crecimiento en la asistencia externa ha aumentado espectacularmente desde el año 2000, especialmente para la sanidad. Aunque por lo general los países del Asia meridional no dependen demasiado de la asistencia externa para la financiación de la atención de la salud, en algunos países los recursos externos financian más del 30% del gasto público en salud.

El Sr. Shinichi Asazuma, Coordinador Superior de la División de Cooperación en Cuestiones Mundiales del Ministerio de Relaciones Exteriores del Japón, subrayó que un enfoque global de la salud mundial debería ser participativo e integrador. En plena crisis financiera, los países tienen que mantener sus compromisos para con el sector sanitario, seguir estudiando nuevos mecanismos de financiación y trabajar por una mejor asignación y uso de los recursos en los países en desarrollo. Informó a los participantes de que en la Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo en África se aprobó el “Plan de Acción de Yokohama” y se contrajeron compromisos en favor del apoyo a la salud mundial.

En la cumbre del Grupo de los Ocho celebrada en 2008 en Hokkaido Toyako (Japón) se refrendó el “Marco de Acción de Toyako sobre Salud Mundial” y se acordó establecer un mecanismo de seguimiento y control de los progresos conseguidos. El marco de acción prevé la adopción de medidas en materia de fortalecimiento de los sistemas de salud; salud materna, neonatal e infantil; enfermedades infecciosas; adopción de un enfoque multisectorial; e incremento de los recursos. Se prestó especial atención al fortalecimiento de los sistemas de salud mediante el fortalecimiento del personal sanitario, a la financiación de la salud y a

la información sanitaria, a través de la consecución de un equilibrio entre las intervenciones verticales orientadas hacia las enfermedades y las respuestas horizontales del sistema de salud, así como mediante el fomento de un enfoque participativo. Como continuación de la cumbre del Grupo de los Ocho, el Japón aportó una resolución de la Organización Mundial de la Salud sobre Atención Primaria de la Salud, que se presentará ante Asamblea Mundial de la Salud y con la que se espera que las medidas políticas para reforzar los sistemas de salud se trasladen a acciones concretas en la cumbre del Grupo de los Ocho en La Maddalena (Italia) y cumbres posteriores.

El Dr. Ravindra P. Rannan-Eliya, Director y miembro del Instituto de Política Sanitaria de Colombo, se centró en las recomendaciones del Grupo de Trabajo Takemi al Grupo de los Ocho. La salud mundial es motivo de gran preocupación para el Grupo de los Ocho, en vista de los débiles avances obtenidos en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio en materia de salud y de las implicaciones para la pobreza y las amenazas transnacionales, como la gripe aviar. El incremento del gasto en salud mundial no se ha traducido en progresos reales dentro de los objetivos de desarrollo del Milenio en materia de salud. La alta dependencia del sistema de gasto directo continúa empujando cada año a más de 100 millones de personas a la pobreza. Si bien no es probable que se consiga el objetivo mundial de que el gasto en atención de la salud llegue a 30 dólares per capita, el Dr. Rannan-Eliya destacó que, aun cuando la asistencia no esté a la altura de los actuales compromisos, los objetivos de desarrollo del Milenio y la cobertura universal pueden ser una realidad si se mejora la eficiencia de la atención de la salud. Señaló igualmente que algunos de los países más pobres del Asia meridional han logrado alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio en materia de salud con menos de 10 dólares de gasto público per capita.

El Dr. Ranna-Eliya insistió en que, para mejorar los resultados sanitarios, los países deben garantizar la protección contra los riesgos, el acceso de los pobres a los servicios de salud y la eficacia de los servicios. Según una encuesta realizada a nivel mundial, sólo la financiación pública —ya se trate de financiación tributaria o de sistemas de seguro social de enfermedad con financiación tributaria— ha demostrado su eficacia como medio principal de financiación de la atención de la salud. En los países pobres, sólo la financiación tributaria junto con una prestación pública de los servicios ha terminado resultando eficaz, mientras que, en los países de ingresos medianos y altos, el sistema de seguro social de enfermedad puede ser una buena solución. Instó a los países del Grupo de los Ocho a que aumentaran su asistencia a países con sistemas de salud pública que pretendan específicamente suprimir las tarifas a los usuarios. Además, les pidió que apoyaran la elaboración de políticas y el fomento de la capacidad técnica de los países en desarrollo. Por último, comentó que la crisis financiera es una oportunidad para mejorar la protección social y cambiar la estructura del sistema público de salud.

La Sra. Ursula Schäfer-Preuss, Vicepresidenta del Banco Asiático de Desarrollo, manifestó que el Asia meridional ha logrado unos resultados sanitarios extraordinarios. Sin embargo, incluso con el reciente crecimiento económico sostenido y un espacio fiscal cada vez mayor, el gasto total en salud es el más bajo del mundo, el gasto público es ínfimo y hay una gran dependencia del gasto directo. Debido a estos factores, los resultados sanitarios dejan mucho que desear en lo referente a los pobres, y la financiación pública de la salud no es lo suficientemente eficaz, eficiente ni equitativa. El futuro de la financiación de la salud se enfrenta a

unos retos aún mayores, con el aumento y el envejecimiento de la población, y con una limitación de los presupuestos ocasionada por la crisis mundial financiera y económica. En situaciones de declive económico es todavía más importante establecer como prioridad urgente el gasto en salud y buscar grandes victorias estratégicas.

La Sra. Schäfer-Preuss recomendó cuatro políticas públicas de sanidad, especialmente para la región del Asia meridional. La primera es el gasto en asistencia sanitaria básica para proteger a los pobres e impulsar la productividad nacional, la integración y la estabilidad social. La segunda es la inversión en medidas efectivas de medición, control y evaluación del gasto en salud y los resultados sanitarios. La tercera es la inversión en nutrición, ya que el 45% de los niños de menos de cinco años en el Asia meridional siguen estando por debajo o muy por debajo del peso normal, aun existiendo respuestas asequibles y eficaces. Además, en el marco del Consenso de Copenhague, los expertos han recomendado para los niños los suplementos de micronutrientes como la intervención más rentable para ayudar a los pobres. La cuarta, establecer impuestos al consumo de tabaco y utilizar lo recaudado para añadirlo —y no para sustituir— al gasto público existente en salud. Asimismo, afirmó que, invirtiendo en estas cuatro políticas, los países podrían mejorar la eficacia de sus sistemas de salud sin tener que aumentar drásticamente los gastos.

El Sr. Pablo Gottret, Economista Principal de la Dirección Sectorial de Desarrollo Humano para la región del Asia meridional del Banco Mundial, observaba que, aunque la proporción de financiación por donaciones dentro del gasto total en sanidad está aumentando en el Asia meridional y este tipo de financiación es importante en algunos programas gubernamentales, la financiación por donaciones no constituye una parte significativa del gasto público en salud en la región. También señaló que una gran parte de la asistencia bilateral para salud está siendo destinada al África subsahariana y a programas verticales, principalmente de lucha contra el VIH/SIDA. Afirmó además que los países del Asia meridional tienden a tener un bajo nivel de gasto público en salud, y muchos dependen todavía en gran medida del gasto directo. Las limitaciones del espacio fiscal sugieren que los recursos adicionales provienen de los ingresos nacionales y de la eficiencia en el gasto.

Según el Sr. Gottret, la financiación por donaciones se enfrenta a problemas en la región, especialmente en medio de la actual crisis financiera y económica. Entre dichos problemas están la insuficiencia de recursos, la volatilidad de la financiación, que hace difícil financiar los gastos periódicos, y el carácter fungible de la asistencia. Siguen preocupando las distorsiones generadas por la financiación por donaciones y la sostenibilidad de los programas, en ausencia de suficiente movilización de los recursos nacionales. La actual crisis financiera y económica afectará negativamente a la capacidad de los gobiernos para aumentar y mantener los actuales niveles de gasto nacional en salud en un momento en que las remesas de ayuda están también reduciéndose. La devaluación de la moneda puede también encarecer las medicinas importadas. En esta situación, las familias incrementarán su demanda de servicios sanitarios financiados públicamente. Los gobernantes deben centrarse en garantizar el acceso a los servicios básicos, especialmente para los grupos más pobres, cuyo estado de salud y nutrición tiende a verse más beneficiado a través de programas bien enfocados. Proteger el gasto público en salud no debería

ser un objetivo en sí mismo; lo realmente importante es garantizar el acceso a los servicios básicos.

El Sr. Simon Wright, Director de Proyectos de Action for Global Health (Action for Global Health es una red europea de ONG e instituciones benéficas que insta a Europa a actuar y ayudar a los países en desarrollo a alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio en materia de salud en 2015), describió los compromisos que Europa ha contraído con el programa mundial de salud. Con la cada vez más preocupante crisis mundial financiera y económica como telón de fondo, instó a los países desarrollados a actuar de forma urgente y a cumplir los compromisos de asistencia oficial para el desarrollo en materia de salud, a mejorar la calidad de dicha asistencia, y a invertir en nuevos mecanismos de financiación de la salud. También exhortó a dichos países a considerar el incremento del apoyo presupuestario sectorial y la utilización de la Alianza Internacional en pro de la Salud e iniciativas relacionadas como vehículo para aumentar la financiación de la salud mediante donaciones. Los países en desarrollo deben implicar a sus ciudadanos con el fin de dar prioridad a la salud, reducir las desigualdades y garantizar el acceso universal a la atención de la salud.

El Dr. Jorge Bermudez, Secretario Ejecutivo de UNITAID (UNITAID es un innovador mecanismo que pretende ampliar el acceso a las medicinas y a los diagnósticos del VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), dijo que UNITAID quiere cambiar la situación mediante la recaudación de un impuesto solidario sobre los billetes de avión adquiridos en los países contribuyentes para financiar las medicinas y los diagnósticos en los países beneficiarios. También tiene como objetivo crear sólidas asociaciones con organizaciones de ejecución como la Organización Mundial de la Salud y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Desde 2006, el número de miembros de UNITAID ha aumentado de los cinco países fundadores —Brasil, Chile, Francia, Noruega y el Reino Unido— a 29, y la iniciativa ha financiado proyectos en 90 países. De este modo, UNITAID aporta un valor añadido utilizando sus fondos para reducir los precios de mercado; mejorar la calidad; emplear medicinas adaptadas a las necesidades de los pacientes; y responder a la necesidad urgente de entrega de medicinas.

La siguiente sesión de debate abordó las cuestiones de la prestación de asistencia sanitaria a través de la administración pública o de las ONG, así como el tema de la financiación horizontal o vertical. Los representantes gubernamentales señalaron que la financiación externa debe destinarse a reforzar los programas horizontales y la asignación de los fondos debe correr a cargo del Ministerio de Sanidad. Se dijo que la prestación de los servicios de salud por múltiples agentes y el hecho de que los programas verticales se centren en enfermedades específicas en vez de reforzar los sistemas de salud, distorsiona los resultados sanitarios globales. También se cuestionó, a la luz de la actual crisis financiera, la sostenibilidad de los programas verticales financiados mediante donaciones. Los representantes de las ONG destacaron especialmente que algunas administraciones públicas son menos eficaces que otras y que, en algunos países, las ONG pueden prestar los servicios de salud de forma más eficiente. Las ONG pueden también ser más flexibles e innovadoras que los institutos nacionales, pero deben trabajar en asociación con los gobiernos nacionales y dentro de los planes nacionales. Se sugirió también que los gobiernos podrían desempeñar una función de seguimiento y control para garantizar que las organizaciones que prestan los servicios canalicen y utilicen adecuadamente

sus fondos. Así pues, la cuestión de la canalización de fondos a través de los gobiernos o de las ONG se presentaba como una cuestión a analizar caso por caso.

Uno de los participantes derivó la atención hacia el problema de la diversidad de sistemas de salud en el mundo. Si se quiere canalizar el dinero de forma eficaz, se necesitan modelos específicos para cada país. Para conseguirlo, el primer paso debería ser desarrollar una guía normativa sobre los aspectos que la financiación pública debería considerar; los criterios que deberían marcar la distribución de los ingresos; las oportunidades de recaudación tributaria; y las normas de centralización relativas a los seguros sociales de enfermedad. El segundo paso sería desarrollar la capacidad de cada país para analizar los medios que son más apropiados en cada caso. El tercer paso sería apoyar activamente a los países para mejorar y ampliar las oportunidades existentes.

El Dr. Evans resumió el debate comentando que la crisis financiera mundial no puede sino agravar la crisis actual causada por la falta de acceso a la atención de la salud y la catástrofe económica originada por el sistema de gasto directo. La comunidad mundial debe asegurarse de que no se reduce la financiación externa de la salud. También señaló que, aunque el hecho de que el Grupo de los Ocho mantenga sus compromisos es positivo, conviene recordar que la asistencia oficial para el desarrollo podría verse reducida, puesto que dichos compromisos están vinculados a unos PIB decrecientes. También destacó que el debate llevaba a la conclusión de que los países en desarrollo, con el apoyo de la comunidad internacional, deberían llevar las riendas de las negociaciones sobre la asistencia, cuestionar algunas de las condiciones impuestas a la misma y garantizar, mediante la obligación de rendir cuentas, que la asistencia llegaba efectivamente a las personas. El principal objetivo debería ser proteger a las personas, no mantener la cantidad de la asistencia oficial para el desarrollo.

## **C. Sesión 2: Sistemas de salud en situaciones de crisis**

### **Grupo 3: Retos para los sistemas de salud en los países en crisis o tras una crisis**

El Dr. Poonam Singh, Director Regional Adjunto de la Oficina Regional de la OMS para el Asia Sudoriental, moderó el tercer grupo de debate comenzando por reconocer que a quien más afectarán la crisis actual y los efectos del cambio climático será a los grupos de población más pobres y vulnerables. Ambas situaciones de crisis suponen un efecto negativo añadido para la asequibilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud. El Dr. Singh señaló que, según el Informe mundial sobre desastres, durante el período 1996-2005, la región de Asia y el Pacífico, que alberga al 25% de la población mundial, sufrió el 44% de los desastres ocurridos en el mundo y el 58% ciento de la mortalidad relacionada con dichos desastres.

Se abordaron los diferentes componentes de un sistema de salud que pueden verse afectados durante una crisis y las medidas de preparación, respuesta y recuperación que los gobiernos deben adoptar. Además, se debatió sobre la eficacia de la asistencia de emergencia en cuanto a la cobertura de las necesidades de salud y el apoyo a los sistemas de salud, así como las mejoras que pueden realizarse en plena crisis financiera.

Centrándose en la financiación de la sanidad en el Afganistán, el Dr. Ahmad Jan Naeem, Director General en Funciones de Política y Planificación del Ministerio de Sanidad del Afganistán, comentó algunas conclusiones clave de un estudio de investigación de 2008. Dicho estudio identificaba los problemas existentes para calcular el gasto total en salud, dado que la principal fuente de financiación en el Afganistán es el gasto directo.

Aunque la financiación pública total del sector sanitario en el Afganistán ha aumentado en un 54% desde 2003, el gasto público en salud sigue siendo bajo en comparación con otros países de bajos ingresos en la región. Se calcula que la financiación externa total sigue estando por encima del 90%. Una gran parte de esta asistencia externa se destina a la atención primaria de la salud y a las enfermedades transmisibles, en línea con el peso de las enfermedades en el Afganistán. Sin embargo, la asignación presupuestaria para medicamentos y suministros médicos es en gran medida insuficiente, lo cual acarrea un considerable gasto directo por parte de las familias y supone una importante barrera económica para los pobres. Aunque la prioridad dada a la atención primaria de la salud se considera favorable para los pobres, el nivel de equidad en la financiación de la salud es bajo. Otro de los principales obstáculos es la distancia con respecto a los centros de salud.

El Dr. Ahmad Jan Naeem recalcó la necesidad de más información para poder tomar decisiones informadas que mejoren la eficacia de la prestación de los servicios de salud, aumenten la salud de la población, y permitan alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio. Para afrontar este reto, el Ministerio está desarrollando una estrategia de financiación de la atención de la salud que consta de cuatro elementos principales. El primero es la creación de un departamento de economía de la salud y capacidad de financiación dentro del Ministerio de Sanidad que se encargue de realizar estudios de rentabilidad, estimar los costos de cada centro de salud privado o público, coordinar la asistencia y establecer las Cuentas Nacionales de Sanidad del Afganistán. El segundo elemento es reforzar los métodos de gestión asociados a la financiación de la salud, como los presupuestos para los programas, los planes y presupuestos a nivel provincial y la gestión de los contratos de prestación de servicios de salud por las ONG. En tercer lugar, la estrategia pretende reforzar la financiación y la gestión de recursos de los centros de salud, consiguiendo un uso eficiente de dichos centros, apoyando la autonomía de los sectores público y privado, y tomando decisiones de orden económico. El último elemento de la estrategia es la investigación y la creación de una serie de herramientas válidas para la financiación de la sanidad, con el fin de gestionar y centralizar los riesgos entre la población y proporcionar al Afganistán una financiación de la salud más equitativa y sostenible.

El Sr. Nicholas Rosellini, Director Regional Adjunto del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Bangkok (Tailandia) intervino para señalar que la región de Asia y el Pacífico tenía que afrontar tres tipos de problemas, a saber, los grandes y frecuentes desastres naturales; los conflictos antiguos y recientes, siendo dieciséis los países que sufren conflictos internos y externos; y las crisis mundiales financiera, alimentaria y del petróleo, a las que había que sumar el hecho de haber sido el epicentro de la gripe aviar.

El Sr. Rosellini subrayó que estas crisis múltiples afectan directa e indirectamente a la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio. Por ejemplo, la erradicación de la pobreza y el hambre extremos resulta difícil cuando

los daños ocasionados a las viviendas, la infraestructura de servicios y los bienes de producción, así como las pérdidas humanas, reducen la sostenibilidad de los medios de subsistencia. La venta obligada de los bienes de producción por parte de las familias vulnerables en los momentos inmediatamente posteriores a una crisis puede empujar a largo plazo a muchas de ellas a la pobreza y generar una mayor desigualdad. Igualmente, el importante objetivo de combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades es difícil de alcanzar cuando las enfermedades y la desnutrición que siguen a cualquier desastre debilitan las defensas inmunitarias. El Sr. Rosellini manifestó que dos tercios de la carga mundial de infección por el VIH se produjeron en una situación compleja de crisis, por lo que esta cuestión debe abordarse durante la fase de respuesta humanitaria. Además, considera que es esencial incluir una respuesta contra el VIH en los planes de gestión de las crisis, a fin de poder establecer métodos de recuperación para la fase de recuperación posterior a la crisis.

El Sr. Rosellini dijo que, en contextos posteriores a desastres y conflictos, para implantar los planes y programas de primeras actividades de recuperación es necesaria una aportación de fondos rápida, flexible y predecible. Además, para construir un camino real hacia la paz es fundamental un rápido apoyo a la estabilización y el acceso para todos a los servicios. Sin embargo, un análisis de la financiación de las primeras actividades de recuperación demostró que la recuperación económica y el sector de las infraestructuras reciben la mayoría de la asistencia financiera, un 30% del total, mientras que la salud solamente recibe el 2% y el agua y el saneamiento un 4%. Los déficits de financiación hacen que sea imposible hablar de recuperación sostenible según el Director Regional Adjunto del PNUD.

El Sr. Chinnaswamy Kumar, Coordinador de Apoyo Técnico y Microseguros de CARE (India), se centró en la respuesta sanitaria para las víctimas del tsunami en la India. CARE, uno de los organismos que intervino en la primera respuesta al tsunami, diseñó el Programa de Respuesta ante Tsunamis para identificar los vacíos existentes a la hora de hacer frente a una situación de crisis y poder abordarla. El Sr. Kumar explicó que, con este proyecto, CARE pretende vincular los programas de socorro, recuperación y rehabilitación a las medidas de preparación para casos de desastre y de reducción de riesgos.

El orador se centró particularmente en un programa de microseguros introducido por CARE en la fase inmediatamente posterior al tsunami como mecanismo para hacer frente a los riesgos, con iniciativas de rehabilitación de los medios de subsistencia destinadas a la protección contra desastres repetidos y de magnitud variable. Este novedoso programa de microseguros de enfermedad, que fue puesto a prueba en un distrito bajo la forma de mutualista comunitaria, con una compañía aseguradora privada como coaseguradora, está siendo ahora ampliado a otros distritos.

Para garantizar una respuesta sanitaria efectiva ante una crisis, la intervención debe identificar las necesidades y prioridades de la comunidad; ser complementaria a otras iniciativas; establecer normas y principios programáticos que deben respetarse en todo momento; e, incluso en una situación de desastre, es importante institucionalizar los sistemas y los procesos y fomentar las capacidades locales para la sostenibilidad, la gestión y la gobernanza. El principal mensaje es que los desastres pueden convertirse en oportunidades para las comunidades.

El Dr. Roderico Ofrin, Asesor Regional de Acción Sanitaria de Emergencia de la Oficina Regional de la OMS en Delhi, dijo que la pobreza y las enfermedades van de la mano, pero que el vínculo entre los desastres y la pobreza es aún más fuerte. Los desastres destruyen los centros de salud y las infraestructuras asociadas, haciendo difícil continuar los programas rutinarios como el tratamiento y la vacunación contra la tuberculosis, lo que puede provocar brotes de enfermedades.

Para reducir el riesgo de los desastres se necesitan programas multisectoriales integrados. Dichas estrategias ayudan a garantizar que los centros de salud son apropiados, tanto desde el punto de vista estructural como no estructural, para los riesgos persistentes y pueden seguir prestando los servicios básicos de salud. Algunas de ellas incluyen medidas concretas para construir centros de salud a prueba de desastres, garantizar que dichos centros sepan cómo cooperar entre sí en caso de desastre, y determinar la manera de proteger los datos.

En el debate que se celebró a continuación, se declaró que el objetivo de la reforma humanitaria de 2005 era abordar algunas de las cuestiones planteadas por los participantes, como la falta de rendición de cuentas y de coordinación, así como de fondos específicos. En el contexto de esta reforma, los coordinadores de asuntos humanitarios eran los encargados de garantizar un liderazgo eficaz, el Fondo central para la acción en casos de emergencia se había creado para mejorar la financiación de las emergencias humanitarias, y el enfoque basado en bloques tenía por objetivo mejorar la coordinación entre los diferentes agentes. Cuando fue puesta a prueba en Myanmar, la nueva estructura demostró ser muy útil para asegurar una respuesta humanitaria eficaz.

Las medidas adoptadas ayudaron a aumentar la aportación de fondos para desastres humanitarios, pero no tuvieron éxito a la hora de solucionar la falta de financiación de los trabajos de preparación para casos de desastre. La urgencia de adoptar medidas de preparación para casos de desastre es evidente, ya que actualmente existen 10 millones de migrantes por desastres debidos al cambio climático, y es probable que este número vaya en aumento.

Se subrayó la necesidad de apoyar las estrategias de base comunitaria, perseguir enfoques participativos y centrarse en los grupos más vulnerables. El trabajo comunitario debería basarse en las estructuras tradicionales de salud y los sistemas locales, así como respetar los valores tradicionales. Los participantes pusieron de relieve que la protección civil es fundamental para garantizar una adecuada respuesta ante los desastres.

El moderador, el Dr. Poonam Singh, añadió que la mayoría de los países de la región consideran que la protección civil es principalmente responsabilidad de los gobiernos. Han tomado la crisis del tsunami como una oportunidad para desarrollar iniciativas y asociaciones con otros países. Dado que la mayoría de las víctimas se producen durante las primeras horas de un desastre, cuando otros están todavía preparándose para ayudar, es esencial fortalecer la capacidad de la comunidad para responder ante la situación.

## **D. Sesión 3: Progresos y retos en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio**

El grupo de expertos en progresos y retos en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio quiso hacer especial hincapié en las medidas que los gobiernos habían adoptado para promover los objetivos; los avances que habían logrado; y los impedimentos y los problemas que debían afrontar para conseguir dichos objetivos. El grupo reconoció que, aunque la región del Asia meridional había hecho progresos en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio en materia de salud, era preciso adoptar nuevas medidas para alcanzar los objetivos en 2015, en especial en materia de salud materna y malnutrición infantil.

El moderador, el Dr. Aminath Jameel, Ministro de Sanidad y Familia de Maldivas, animó a los participantes a que reflexionaran sobre los progresos realizados y sobre los retos que quedan por afrontar, teniendo en cuenta que quedan sólo seis años para lograr los objetivos.

El primer ponente, el Excmo. Sr. Gunasekera, Director de Planificación Nacional del Ministerio de Finanzas y Planificación, informó sobre los progresos que Sri Lanka había realizado en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio. Sri Lanka ha conseguido grandes mejoras a lo largo de los años y está en camino de alcanzar, o ha alcanzado ya, los objetivos en cuanto a pobreza y hambre; educación universal; salud infantil; salud materna; y erradicación del VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis. El país también está consiguiendo avances en el cumplimiento de los indicadores de igualdad de género, pero es preciso adoptar nuevas medidas en cuanto a la participación política de la mujer.

Con respecto a otros objetivos de desarrollo del Milenio, Sri Lanka avanza a un ritmo constante. En cuanto a la sostenibilidad medioambiental, la superficie de tierra cubierta por bosques se ha visto reducida desde que comenzó el Milenio, aunque el país sigue realizando progresos en otros indicadores medioambientales. Para lograr el objetivo de desarrollo del Milenio 7, el parlamento tiene previsto proteger los recursos forestales limitando la tala de bosques. También comentó que Sri Lanka trabaja estrechamente con países donantes y otros países para lograr el objetivo de desarrollo del Milenio 8, y ha implantado con éxito tecnologías de la información y la comunicación. El Sr. Gunasekera apuntó a la existencia de diferencias interregionales como el principal obstáculo para poder alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio. Sri Lanka abordó esta cuestión en su Plan de Desarrollo para 2008-2015, y el ponente cree que el país será capaz de conseguir todos los objetivos de desarrollo del Milenio antes del año 2015.

El Excmo. Sr. Abdalmahmood Abdalhaleem Mohamad, Representante Permanente del Sudán ante las Naciones Unidas y Presidente del Grupo de los 77 y China, manifestó que los progresos en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio han sido desiguales. Es preciso adoptar nuevas medidas para conseguir el objetivo de la enseñanza primaria universal, especialmente para las niñas, y reducir a la mitad el número de personas que siguen sin tener acceso a agua potable y a un servicio de saneamiento adecuado. También subrayó que, para poder conseguir los objetivos de sostenibilidad medioambiental, será fundamental afrontar el cambio climático, teniendo en cuenta las diferentes responsabilidades de los países desarrollados y en desarrollo. En cuanto a los objetivos de desarrollo del Milenio en materia de salud, los progresos para reducir y erradicar enfermedades

como el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis siguen siendo lentos, especialmente en los países menos desarrollados. Insistió en que es preciso disponer de más recursos financieros para instaurar sistemas de salud más fuertes, con una adecuada capacidad básica científica y de investigación.

El Embajador Mohamad señaló que la crisis financiera mundial puede retrasar en varios años la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio. Advirtió de que las grandes pérdidas de riqueza tendrán un enorme impacto en el gasto nacional, especialmente en el sector social, y que muchos de los países menos desarrollados dependerán cada vez más de la asistencia para el desarrollo. Ya se observa un aumento de la extrema pobreza, especialmente entre los grupos más pobres y desfavorecidos de los países menos desarrollados y en el África subsahariana.

El Embajador Mohamad manifestó que esta grave situación exige una vigilancia efectiva de la puesta en práctica de una alianza mundial para el desarrollo. Pidió ayuda a las Naciones Unidas en la elaboración de una matriz completa de los compromisos relativos al objetivo de desarrollo del Milenio 8 y en la especificación de las metas y los parámetros de dicho objetivo. Ello permitiría la creación de un entorno internacional de apoyo, necesario para facilitar la puesta en práctica del resto de objetivos de desarrollo acordados internacionalmente.

El Sr. Bernard Savage, Jefe de Delegación de la Comisión Europea ante Sri Lanka y Maldivas, apuntó que el crecimiento económico por sí solo no guarda correlación con la reducción de la pobreza ni con los avances en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio. Respecto a la atención de la salud, el Embajador Savage subrayó la existencia de una fuerte correlación entre los niveles de financiación pública de la salud y de acceso a los servicios básicos de salud y el progreso sostenido en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio 4, 5, y 6. En el marco del Compromiso de Abuja, los países miembros de la Unión Africana se comprometieron a aumentar su gasto en sanidad al 15% de su presupuesto nacional, lo que podría hacer que los países con crecimiento económico estuvieran más cerca del umbral mínimo de gasto en salud de 50 dólares per capita establecido por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. La comunidad de donantes podría ayudar con las deficiencias subsistentes aumentando y armonizando la financiación de la salud pública.

El Embajador Savage manifestó que un mayor volumen, una mayor previsión y una mejor adaptación de la asistencia de la Unión Europea podrían fomentar la implantación de sólidas políticas y de una financiación adecuada, garantizando así el acceso igualitario a servicios básicos como el de la salud. Recomendó un apoyo presupuestario directo que permitiera la financiación de los principales elementos del sector sanitario y que vinculara la asistencia para el desarrollo a los resultados sanitarios. En vez de concentrar la atención en enfermedades específicas, deberían tenerse más en cuenta los recursos sanitarios, el acceso a las medicinas, la financiación de la salud y una gestión participativa descentralizada. Señaló que, en línea con estos objetivos, la Comunidad Europea se ha comprometido, dentro del plan de acción UE-UA para África, a apoyar la eliminación del gasto directo en los servicios básicos de salud. La CE apoya también la Alianza Mundial en pro de la Salud y anima a todos los asociados para el desarrollo a unirse a este proceso.

La Sra. Purnima Mane, Directora Ejecutiva Adjunta del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), subrayó que donde menores progresos se han logrado ha sido en el objetivo de desarrollo del Milenio 5, esto es, en la mejora de la

salud materna. Según las actuales tendencias, dos de las metas del objetivo de desarrollo del Milenio 5 —reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes y lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015— no se conseguirán. Asimismo, la tasa de mortalidad materna puede ser un indicador clave del funcionamiento de un sistema de salud y de su capacidad para responder en situaciones de emergencia.

Según la Sra. Mane, un buen parto depende de muchos factores de desarrollo y de una serie de intervenciones cuidadosamente planificadas. En la actualidad, el 99% de la mortalidad materna tiene lugar en los países en desarrollo, siendo las regiones más afectadas el África subsahariana y el Asia meridional. Para mejorar la salud reproductiva, debe darse prioridad a tres intervenciones principales: acceso a la planificación familiar, una atención obstétrica de emergencia y una asistencia profesional en el momento del parto. Por ejemplo, gracias a la inversión en comadronas, Sri Lanka ha conseguido reducir su tasa de mortalidad materna de 1.500 casos por cada 100.000 partos, a aproximadamente 30. Para acelerar este avance, los gobiernos y los asociados para el desarrollo deben centrarse en reforzar los sistemas de salud a fin de disponer de cadenas de suministro sólidas, instalaciones bien equipadas y suficiente personal sanitario debidamente cualificado. Así, se calcula que una aportación adicional de asistencia de solamente 6.000 millones de dólares salvaría a medio millón de mujeres y a 8 millones de recién nacidos al año.

#### **E. Sesión 4: Prácticas idóneas y nuevas iniciativas en la financiación de la atención de la salud**

La sesión incluyó ocho presentaciones y estuvo presidida por el Dr. Anarfi Asamoah-Baah, Director General Adjunto de la OMS, y moderada por el Dr. David Evans, Director del Departamento de Financiación de los Sistemas de la Salud de la OMS. En ella se destacaron iniciativas innovadoras de financiación de la salud como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; el Mecanismo de Medicinas Asequibles para la Malaria; y el proyecto piloto de Equidad en la Financiación de la Salud de Heartfile en el Pakistán. Se ofrecieron, como ejemplos de prácticas idóneas de los países, las experiencias de Sri Lanka y el Japón. Indonesia compartió las experiencias adquiridas sobre la importancia de gestionar el contexto político de la reforma de la atención de la salud. La Asociación de Mujeres Trabajadoras por Cuenta Propia habló desde la perspectiva de la sociedad civil sobre su trabajo con las mujeres y su papel en la atención de la salud. Pfizer presentó ejemplos concretos de asociaciones entre el sector público y el privado que habían logrado mejoras muy importantes en la atención de la salud. En el anexo a este resumen se incluyen reseñas sobre las presentaciones individuales.

### **III. Conclusiones y recomendaciones**

En su declaración de clausura, el Excmo. Sr. Rohitha Bogollagama, Ministro de Relaciones Exteriores de la República Socialista Democrática de Sri Lanka, dio las gracias a la familia de las Naciones Unidas, especialmente al Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, así como a la OMS y a la CESPAP, por unirse en el esfuerzo de apoyar a su país.

Afirmó que la reunión había demostrado que las actuales crisis, incluida la crisis financiera, tendrán un efecto negativo en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio. También destacó que, por la gran diversidad de la región, no existe una única política universal para todos los países. Aunque es el sector público el que debe liderar el proceso, la sociedad civil y el sector privado tienen un importante papel que desempeñar a través, entre otras cosas, de las asociaciones entre lo público y lo privado.

Indicó los cuatro mensajes clave que podían extraerse de la reunión. En primer lugar, para conseguir los objetivos en materia de salud deben aplicarse enfoques multisectoriales integrados. En segundo lugar, la base de las políticas sanitarias seguirá siendo la necesidad de que se asignen suficientes recursos desde los fondos nacionales. Es preciso adoptar medidas para hacer un uso más eficiente de los fondos. En tercer lugar, para los países más pobres es fundamental que la asistencia sea suficiente y previsible. Deben explorarse nuevas formas de generar más financiación. Por último, se debe prestar especial asistencia a los países que acaban de pasar por una crisis y éstos deben aprender de sus experiencias respectivas.

El Sr. Thomas Stelzer, Subsecretario General de Coordinación de Políticas y Asuntos Interinstitucionales del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, dio las gracias a Sri Lanka su amable hospitalidad y a los Gobiernos de Italia y el Japón por su generosa ayuda en la organización de la reunión. Dijo que el hecho de haber debatido sobre la financiación de la salud desde diferentes ángulos y de forma franca y natural, proporciona una gran riqueza de información que servirá como excelente base de debate en la sesión anual del Consejo en julio.

Dijo también que el mensaje clave de la reunión era que la actual crisis origina problemas, pero también oportunidades: los gobiernos tienen la oportunidad de revisar sus sistemas de salud a la luz del nuevo contexto en que deben operar. Ello exige un enfoque multisectorial y el compromiso de los múltiples interesados, y es necesario encontrar soluciones a los retos en materia de salud específicas para cada contexto, especialmente en situaciones posteriores a una crisis. También subrayó que, tras haber llegado a un acuerdo sobre la definición de las esferas prioritarias, la situación mejorará solamente si se pasa a la acción. Por ello, animó a los participantes a pensar cómo pueden utilizar las nuevas ideas y soluciones prácticas aportadas al debate para afrontar sus propios retos nacionales en materia de salud. Además, destacó la importancia de mantener los compromisos entre países y con el Consejo, mediante más reuniones regionales o realizando presentaciones nacionales voluntarias.

## **Conclusiones**

Antes de que comenzara la actual crisis financiera muchos países ya sufrían una crisis en materia de salud. Se calcula que la alta dependencia del sistema de gasto directo ha empujado cada año a más de 100 millones de personas a la pobreza, incluso antes de que comenzara la actual crisis. Los grupos vulnerables de los países de ingresos bajos y medianos, así como los de los países en conflicto o que acaban de sufrir un conflicto, están entre los más afectados. Hoy en día, los países de ingresos bajos y medianos representan el 84% de la población mundial, con más del 93% de la carga de las enfermedades, y sin embargo, representan menos del 11% del gasto mundial en salud. Además, los 22 países que más lejos están de alcanzar los

objetivos de desarrollo del Milenio son países en conflicto o que acaban de sufrir un conflicto.

La crisis financiera hace todavía más difícil afrontar esta crisis preexistente. La actual crisis amenaza con invertir los recientes logros e incluso podría poner en peligro los progresos logrados con mucho esfuerzo en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio. Tenemos que aprovechar la experiencia adquirida de crisis pasadas y tener claro que es imperativo, en una situación de declive económico, mantener la financiación nacional del sector sanitario para garantizar la asequibilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud a los pobres y a los grupos más vulnerables. En un momento en que los países en desarrollo dependerán cada vez más de la asistencia para el desarrollo, los países donantes tienen que mantener sus compromisos para con el sector sanitario. Aunque la crisis plantea muchos problemas, también es una oportunidad para reformar los sistemas de salud y para reconsiderar la orientación y la naturaleza de la financiación de la atención de la salud.

La financiación nacional seguirá siendo la base de las políticas sanitarias. La fuerte correlación entre los niveles de financiación pública de la salud y de acceso a los servicios básicos de salud y el progreso sostenido en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio 4, 5 y 6 lleva a pensar que los gobiernos tendrán que seguir llevando las riendas de la financiación de la atención de la salud —ya sea mediante financiación tributaria o mediante sistemas de seguro social de enfermedad con financiación tributaria. En los países pobres, sólo la financiación tributaria junto con una prestación pública de los servicios ha terminado resultando eficaz, mientras que, en los países de ingresos medianos y altos, el sistema de seguro social de enfermedad puede ser una buena solución. Aunque las diferentes experiencias presentadas en la reunión demuestran que no existe una única política universal para la financiación de la atención de la salud, una enseñanza general es la importancia de reducir la dependencia del sistema de gasto directo y de implementar el sistema de prepago y de centralización de fondos, a fin de evitar un gasto catastrófico en salud y avanzar hacia la consecución de la cobertura universal.

El total de la asistencia oficial para el desarrollo se ha duplicado con creces desde que se firmó la Declaración del Milenio. También ha aumentado la asistencia oficial para el desarrollo en materia de salud, no sólo en cuanto a su valor en dólares, sino también a su proporción con respecto al total de la asistencia. Aunque la financiación externa no representa una parte importante del total del gasto en salud en la región de Asia considerada en su conjunto, cinco países reciben más del 30% de todo el gasto en salud de fuentes externas, y otros ocho países reciben más del 10%. Es especialmente urgente para estos países que se mantengan los niveles de asistencia, ya que aún tienen que aumentar su capacidad para recaudar ingresos a nivel nacional —esto es, ampliar su base imponible. Se apuntó que cumplir los compromisos adquiridos en el pasado podría no ser suficiente; la asistencia oficial para el desarrollo corre el riesgo de reducirse al estar dichos compromisos vinculados a unos PIB decrecientes. La buena noticia es que, en anteriores crisis financieras mundiales, la asistencia oficial para el desarrollo en materia de salud no se redujo necesariamente. Es importante animar a los donantes para asegurarnos de que esta vez tampoco ocurre. A este respecto, el hecho de que el Grupo de los Ocho haya incluido en su programa la salud mundial —Alemania, el Japón, y ahora Italia, han manifestado en Toyako su compromiso de fortalecer el sistema de salud— es un signo esperanzador.

En sintonía con lo acordado en el Marco de Acción de Toyako sobre Salud Mundial, los participantes destacaron la importancia de conseguir un equilibrio entre las intervenciones verticales orientadas hacia las enfermedades y las respuestas horizontales del sistema de salud. Se expresó preocupación por el hecho de que los programas verticales, centrados en enfermedades específicas en vez de reforzar los sistemas de salud, distorsionen los resultados sanitarios globales y puedan no ser sostenibles dada la actual crisis financiera. Se citaron, como principales obstáculos la falta de previsibilidad y la volatilidad de la asistencia, las condiciones impuestas, un enfoque centrado excesivamente en ciertas enfermedades y, en ocasiones, los propios gobiernos de turno. Se llegó a la conclusión de que son los países beneficiarios quienes deben liderar el proceso y ser más firmes en la negociación de las modalidades de asistencia, rechazando algunas de las condiciones impuestas.

Como medios eficaces para aumentar la financiación de la salud mediante donaciones, se citaron los actuales mecanismos innovadores de financiación de la salud como UNITAID, las nuevas fuentes de financiación que podrían surgir del trabajo del Equipo especial de Alto Nivel sobre Planes de Financiación Innovadores, un mayor apoyo presupuestario a nivel sectorial, y la utilización de la Alianza Internacional en pro de la Salud e iniciativas relacionadas. De forma general, se observó que el principal objetivo debería ser proteger a las personas, no mantener la cantidad de la asistencia oficial para el desarrollo.

Se puso de relieve que mejorar la asignación y el uso de los fondos es tan importante como aumentar su volumen, dado que los resultados sanitarios no se corresponden adecuadamente con el gasto en salud. Por tanto, el programa de financiación de la atención sanitaria no sólo implica más dinero para salud, sino también más salud para el dinero. Con este doble programa de aumento de fondos y mejora de la eficiencia, se sugirió que, aunque la asistencia no esté a la altura de los compromisos actuales y no se consiga el objetivo mundial de que el gasto en atención de la salud llegue a los 30 dólares per capita, todavía pueden alcanzarse los objetivos de desarrollo del Milenio y la cobertura universal mejorando la eficacia de la atención de la salud. Hacer un mayor uso de una financiación basada en resultados y centrar más la atención en los servicios de prevención y los conocimientos sobre la salud, son algunas de las medidas citadas que podrían ayudar a ahorrar costos a largo plazo, con una población que envejece rápidamente y un giro de la carga de enfermedades epidemiológicas hacia enfermedades no transmisibles.

Se señaló que las crisis tienen efectos, directos e indirectos, en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio. Por ejemplo, la erradicación de la pobreza y el hambre extremos resulta difícil cuando los daños ocasionados a las viviendas, la infraestructura de servicios y los bienes de producción, así como las pérdidas humanas, reducen la sostenibilidad de los medios de subsistencia. Un sistema de asistencia básica sólido, especialmente en lo referente a la atención primaria de la salud, puede ayudar a impedir desastres secundarios como epidemias y brotes. Ampliar la atención primaria de la salud es una medida eficaz tanto para mejorar la accesibilidad, la asequibilidad y la calidad de los servicios, como para mejorar la capacidad de respuesta en situaciones de crisis y acelerar los procesos de recuperación y rehabilitación.

Con respecto a la financiación de la salud en los momentos posteriores a un desastre o un conflicto, se puso de relieve que es necesaria una aportación de fondos rápida, flexible y previsible para implantar los planes y programas de las primeras actividades de recuperación. Sin embargo, un análisis de la financiación de las primeras actividades de recuperación demostró que la recuperación económica y el sector de las infraestructuras reciben la mayoría de la ayuda financiera, un 30% del total, mientras que la salud solamente recibe el 2% y el agua y el saneamiento un 4%.

Se hizo hincapié en que ciertos mecanismos para afrontar riesgos, como la introducción de sistemas de microseguros comunitarios basados en las iniciativas de rehabilitación de los medios de subsistencia, pueden ayudar a protegerse contra desastres repetidos y de magnitud variable. Las respuestas deben identificar las necesidades y las prioridades de la comunidad y ser complementarias con otras iniciativas. Dado que la mayoría de las víctimas se producen durante las primeras horas de un desastre, es fundamental fomentar la capacidad de la comunidad para responder ante una situación crítica.

Durante todo el debate se destacó la importancia de implicar a una más amplia comunidad de agentes. Además, una de las experiencias adquiridas que se compartió en el debate fue la importancia de garantizar un suficiente apoyo político a la reforma de la atención de la salud.

### **Recomendaciones**

El Consejo Económico y Social y varios agentes de la región ofrecieron para su consideración una serie de recomendaciones:

- Volver a comprometerse con el principio del acceso universal a la atención de la salud y con la revitalización de la atención primaria de la salud, así como reiterar la importancia de la salud para todos;
- Insistir en que los gobiernos donantes tienen que actuar mucho más rápido para cumplir los compromisos adquiridos en cuanto al aumento de la cantidad y la calidad de la asistencia oficial para el desarrollo, así como en que la actual crisis económica, en la que las personas tienden a depender en mayor medida del sector público, no es momento para reducir la cantidad de la financiación externa confiando en una mayor eficiencia en el uso de los recursos;
- Ampliar la prestación de servicios públicos en el sector social en general y en la atención de la salud en particular;
- Insistir en la necesidad de conseguir mejores y más equitativos resultados sanitarios mediante la promoción de planes de seguro que centralicen riesgos y beneficien a los más pobres.
- Garantizar la financiación externa a aquellas partes de Asia que durante un tiempo seguirán necesitando de forma previsible asistencia en materia de salud, aun reconociendo que las donaciones externas nunca pueden ser la solución a largo plazo y que la asistencia debe utilizarse para fomentar la capacidad de los gobiernos, tanto para generar ingresos nacionales como para hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles;
- Mantener los actuales esfuerzos por integrar mejor los fondos externos para salud dentro de los sistemas nacionales, de forma que los gobiernos puedan

implantar sistemas de salud, reducir los efectos de duplicación y potenciar las sinergias.

- Reconocer que, aunque no existe una única política universal, la comunidad internacional debe orientar a los países receptores para que puedan desarrollar sus propios sistemas de financiación, y apoyar el desarrollo de su capacidad para negociar en pie de igualdad con los países donantes.
- Acoger favorablemente los esfuerzos por promover el desarrollo de métodos innovadores de financiación de los sistemas de salud, aun recalcando que estas nuevas fuentes de financiación sanitaria deben ser complementarias con respecto a los compromisos de la asistencia oficial para el desarrollo y a los recursos locales.
- El control nacional exige la participación absoluta de los ciudadanos a la hora de establecer políticas, aplicarlas y controlar su desarrollo; es especialmente importante incluir en dichos procesos a las mujeres y a los grupos marginados.
- Las ONG y las organizaciones de la sociedad civil pueden desempeñar un importante papel de promoción, de influencia en las políticas y de prestación de los servicios experimentales y abandonados, que deberían recibir apoyo financiero;
- Incrementar la aportación de fondos para medidas preventivas y para la reducción del riesgo de desastres. Dar prioridad a la inversión en atención primaria de la salud como medida eficaz tanto para mejorar la accesibilidad, la asequibilidad y la calidad de los servicios, como para mejorar la capacidad de respuesta en situaciones de crisis y acelerar los procesos de recuperación y rehabilitación;
- Abordar la relativa insuficiencia de fondos del sector sanitario en situaciones de emergencia proporcionando asistencia más rápida, flexible y previsible, a fin de implantar los planes y programas de las primeras actividades de recuperación.
- Acoger favorablemente el enfoque basado en bloques como plataforma útil para promover la colaboración intersectorial, la coordinación efectiva entre las distintas organizaciones de desarrollo y los diferentes tipos de agentes, en apoyo a las prioridades del gobierno;
- Reforzar la capacidad de recuperación de las comunidades ante situaciones de emergencia y desastre como principal estrategia para una reducción sostenible del riesgo de desastres y para las medidas de preparación para casos de desastre.

## Apéndice 1

### **Presentaciones de prácticas idóneas y nuevas iniciativas de financiación de la atención de la salud**

1. El Sr. Robert Filipp, Director de Planes Innovadores de Financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, describió la exitosa historia del fondo. Desde su creación en 2002, el Fondo Mundial se ha convertido en una gran institución que se ha comprometido ya al pago de 20.000 millones de dólares, financia un tercio de toda la aportación multilateral de ayuda contra el VIH/SIDA, y contribuye con dos tercios del total de fondos para la lucha contra la malaria y la tuberculosis. Además, el Fondo trabaja activamente en la prevención de estas enfermedades y está llevando a cabo una serie de iniciativas adicionales para la recaudación de fondos, como los productos (RED). El orador explicó que el Fondo Mundial actúa sólo como agente de financiación, respondiendo a las demandas del país, mientras que son los países los que aplican los programas. En opinión del Sr. Filipp, los programas se emprenden a iniciativa de los países, son transparentes, integradores, y se fundamentan en un modelo basado en resultados y efectos. El orador destacó que el fondo también financia programas para reforzar los sistemas nacionales de salud y las estrategias nacionales de salud. La financiación del Fondo Global sigue siendo importante, a pesar de la crisis financiera mundial, pero el reto estriba en mantener la salud pública mundial a la cabeza de los programas internacionales.

2. La Dra. Sania Nishtar, Presidenta y Directora Ejecutiva de Heartfile, describió el proyecto piloto de Equidad en la Financiación de la Salud de Heartfile en el Pakistán. El costo de la salud es el elemento que más contribuye a la pobreza después del analfabetismo y el desempleo. Esto es especialmente cierto en los países de Asia y el Pacífico en los que el gasto directo constituye el principal medio para financiar la atención de la salud. La oradora explicó que el proyecto piloto de Equidad en la Financiación de la Salud de Heartfile en el Pakistán tiene como objetivo implantar un modelo de salud sostenible y susceptible de ser reproducido, a fin de proteger a los pobres frente a un gasto catastrófico y ofrecer mayor transparencia a los donantes para garantizar su sostenibilidad. En este nuevo modelo, se paga al prestador de servicios de salud a través de un fondo, con el fin de mejorar el acceso de los grupos más pobres a la atención de la salud.

3. El Dr. Thomas Teuscher presentó la iniciativa del Mecanismo de Medicinas Asequibles para la Malaria, que se lanzará en mayo de 2009. El orador subrayó que el control de la malaria contribuye a conseguir todos los objetivos de desarrollo del Milenio y por tanto, es la tercera intervención sanitaria más rentable. Este nuevo mecanismo supondrá un mayor acceso a los tratamientos básicos a través de la reducción del precio de las medicinas. La iniciativa del Mecanismo de Medicinas Asequibles para la Malaria utilizará los fondos comunes mundiales de UNITAID para garantizar el acceso universal al tratamiento en el sector público y privado a precios asequibles. Además, dicha iniciativa pretende hacer accesible la terapia combinada de forma gratuita o a muy bajo costo para el usuario final, negociando los términos de las medicinas contra la malaria a bajo costo y fijando los precios y los términos y condiciones de la distribución internacional. Como este sistema utilizará recursos internacionales enfocados a determinadas enfermedades, no distorsionará el sistema del país y reducirá el gasto directo.

4. El Dr. Ravindra P. Rannan-Eliya, Director y miembro del Instituto de Política Sanitaria, ofreció una perspectiva general de la atención de la salud en Sri Lanka y presentó al país como un tercer modelo de asistencia sanitaria. Los países en vías de desarrollo, que asignan solamente entre el 2 y el 3% de su PIB a la atención de la salud, no pueden permitirse sistemas nacionales de salud, sino que tienen que conseguir combinar con éxito la financiación pública y la privada. En el caso de Sri Lanka, la financiación pública de la salud representa sólo el 48% del gasto total en salud, pero este presupuesto limitado se utiliza de forma eficaz. Sri Lanka destina la financiación pública especialmente a financiación de los hospitales y a la hospitalización de pacientes, y garantiza el acceso de los pobres a los servicios públicos de salud. Se asegura de que las políticas estén dirigidas a los pobres y de que se mejore constantemente la eficacia del sistema sanitario.

5. El Profesor Hasbullah Thabrany, Director del Instituto de Seguridad Social de la Universidad de Indonesia, se centró en la política y en las experiencias adquiridas en el desarrollo del nuevo seguro nacional de enfermedad en Indonesia. La fuerza motora de la reforma de la atención de la salud fue la ley nacional de la seguridad social, promulgada en 2004. El nuevo modelo de atención sanitaria se concibió para mejorar los resultados sanitarios y sustituir el fragmentado sistema de salud. La financiación estaba diseñada para poder movilizarse a través de un modelo nacional de seguridad social, en que el gobierno subvenciona el acceso de los pobres. El modelo se enfrentó a presiones de los gobiernos locales, de políticos y de donantes externos, y fue criticado porque el sistema y la gestión de los fondos están obligatoriamente controlados por el Gobierno central. Dijo igualmente que una importante enseñanza que se debe extraer del caso de Indonesia es que, cuando se vaya a cambiar el modelo de financiación de la atención de la salud, deben considerarse también los aspectos políticos.

6. El Dr. Kiyotaka Segami, Director Ejecutivo del Organismo de Servicios Médicos y Bienestar, describió la política nacional del Japón sobre prevención del síndrome metabólico. Este síndrome, que fundamentalmente reduce la esperanza de vida de los pacientes, es una enfermedad relacionada con el estilo de vida y caracterizada por una serie de factores de riesgo del metabolismo como la obesidad abdominal, la hipertensión y la resistencia a la insulina. El Japón ha puesto en práctica una serie de estrategias y ha implicado a todos los agentes interesados en el control de los gastos médicos debido al aumento del síndrome metabólico entre su población. El tratamiento se centra en un enfoque holístico, cuyas medidas básicas son la prevención y el control de los factores de riesgo a través de la promoción y el apoyo del cambio del estilo de vida, siendo el tratamiento médico el último recurso. El éxito de este enfoque radica en la aplicación de un plan a largo plazo en coordinación con los distintos agentes sociales y responsables de la elaboración de políticas.

7. El Sr. Kewal Handa, Director Gerente de Pfizer India, habló sobre el potencial de las asociaciones mundiales entre los sectores público y privado. Ejemplos como la Operación Sanjeevini, que ofrece un innovador servicio de rescate en accidentes de carretera, el Programa de Micro Seguros de Salud Arogya Raksha Yojana, un seguro médico para pacientes urbanos y rurales económicamente débiles, la red de hospitales Narayana Hrudayalaya fundada por el Dr. Devi Shetty, que realiza las más novedosas operaciones de corazón de forma gratuita y subvencionada, la Asociación de atención integrada de la lepra creada por Novartis, que ofrece a los pacientes acceso a tratamiento y gestión de la discapacidad, demuestran que las

asociaciones entre el sector público y el sector privado pueden contribuir enormemente a una prestación eficaz de la atención de la salud. El propio trabajo de Pfizer en asociación con el sector público, como el programa Movilización contra la Malaria, el programa de la Asociación Diflucan, el Programa de Colaboradores para la Salud Mundial, la Asociación Pfizer-Grameen, y la iniciativa Pfizer India Healthcare está inspirado en los principios de tratar (medicamentos y servicios), enseñar (educación y servicios sociales), construir (infraestructuras), y servir (promoción social).

8. La Sra. Rehana Riyauala, Coordinadora de la Asociación de Mujeres Trabajadoras por Cuenta Propia, informó de que la asociación fue fundada en la India en 1972, y hoy tiene más de un millón de miembros. Es una organización de mujeres pobres que trabajan en la economía no estructurada de la India y que comprende tres movimientos: los sindicatos, el trabajo y el movimiento en pro de la mujer. Para conseguir alcanzar el doble objetivo del pleno empleo y la autosuficiencia de la mujer, la Asociación de Mujeres Trabajadoras por Cuenta Propia se rige por un enfoque integrado de fomento de la capacidad, seguridad social y formación de capital. Explicó igualmente que la Asociación de Mujeres Trabajadoras por Cuenta Propia ofrece a sus miembros servicios preventivos y curativos de atención de la salud, además de educación sanitaria y programas de formación. La Asociación de Mujeres Trabajadoras por Cuenta Propia ha puesto en marcha igualmente una serie de iniciativas, como la atención sanitaria para los pobres, especialmente en zonas rurales, y el fortalecimiento de la salud y la seguridad ocupacional. Dijo que todos estos elementos considerados en conjunto han demostrado ser eficaces a la hora de proporcionar sostenibilidad a la vida de la mujer en la India.