



aproximadamente US\$ 16,7 millones. Los ministros de salud de la región ya han dado su aprobación a un programa de "gestión de la migración". La Comisión recomienda proseguir las investigaciones sobre los factores que inciden en el comercio de los servicios de enfermería y la continua migración del personal, así como prestar más atención a la ampliación de la formación y la autofinanciación de los trabajadores que decidan ejercer su profesión fuera del ámbito de la región.

- **Dar primacía a la población pobre y rural:** China ha dado muestra de su disposición a promover el fortalecimiento de la función del Gobierno en el sector sanitario con miras a aliviar las bolsas de pobreza. En 1998, el gasto en salud por habitante en las zonas urbanas era 3,29 veces mayor que en las zonas rurales, diferencia que en 2003 había pasado a ser 3,64 veces mayor. En la mayoría de las provincias occidentales, las tasas de mortalidad infantil son entre tres y cinco veces superiores a las de las zonas costeras desarrolladas.
- **Financiar la salud de los pobres:** La CNMS de México defiende un sistema de seguro universal de enfermedad como la opción más adecuada para garantizar la equidad y la eficiencia del sistema de salud. Más de la mitad de la población del país no tiene ningún tipo de seguro médico y los gastos directos representan más del 90% del gasto sanitario privado.
- **Trabajar con las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado:** En Camboya, la organización MEDiCAM, que aglutina las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en el ámbito del sector sanitario, ha realizado una investigación sobre la función de las OSC en los procesos de macroeconomía y salud. Las actividades desarrolladas en Camboya pusieron énfasis en la urgente necesidad de mejorar la coordinación entre los ministerios pertinentes y las OSC, sobre las cuales recae en gran medida la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud.

Aumentar la eficacia de la asistencia para el desarrollo destinada a la salud.

- **Aumentar la financiación para poder alcanzar las metas nacionales:** Ghana utilizará el informe de la Iniciativa sobre Macroeconomía y Salud en las reuniones de donantes para analizar las opciones de financiación de su plan de inversiones. Las conclusiones elaboradas por la Iniciativa están siendo utilizadas por el sistema de las Naciones Unidas en la evaluación del componente sanitario del Proyecto del Milenio en Ghana y se han tomado como referencia en la elaboración de la propuesta para la Cuenta del Reto del Milenio (Millennium Challenge Account) de los Estados Unidos.
- **Adaptar la asistencia para el desarrollo a los planes y los presupuestos nacionales:** El Gobierno del Yemen se sumó al proceso de evaluación de

las necesidades para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio en agosto de 2004, en el marco del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. Los planes de inversiones sectoriales elaborados se consolidaron luego en un plan nacional, bajo la guía del Ministerio de Planificación y Cooperación Internacional y con la asistencia técnica prestada en el país por el equipo de las Naciones Unidas y los representantes de los organismos especializados.

- **Armonizar los procedimientos de los donantes:** En Rwanda, las reuniones de los asociados en el desarrollo pusieron de relieve la necesidad de crear mecanismos de coordinación de las distintas intervenciones emprendidas por el Gobierno y sus asociados, con el fin de mejorar la eficacia, evitar la duplicación de esfuerzos y reforzar el enfoque intersectorial al desarrollo. Para satisfacer esta necesidad se han creado diversas entidades de coordinación que cuentan con la participación de representantes del Grupo Especial sobre Macroeconomía y Salud.

UN PROGRAMA DE POLÍTICAS

A la luz de las conclusiones elaboradas en estos países, el informe propone un programa de políticas en el cual se ponen de relieve aquellas esferas en las que es urgente redoblar los esfuerzos dirigidos a fortalecer la capacidad de los países y la coordinación de los donantes. Estas experiencias pasarán a integrarse en la labor de la OMS para ampliar el apoyo que presta a los países y contribuir a las conversaciones sobre la salud y el desarrollo en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud manifiesta su reconocimiento a la Fundación Bill y Melinda Gates, al Gobierno de Italia, al Gobierno de Noruega y al Gobierno de Suecia, por el respaldo económico recibido para las actividades de seguimiento de la CMS.

Para más información o para solicitar un ejemplar de Decisiones difíciles: Invertir en salud para el desarrollo, sírvase contactar con:

Valerie Crowell
Organización Mundial de la Salud
20, Avenue Appia, CH-1211 Ginebra 27, Suiza
www.who.int/macrohealth



DECISIONES DIFÍCILES: Invertir en salud para el desarrollo

Las experiencias de algunos países en el seguimiento de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud



**Organización
Mundial de la Salud**

Para acelerar los progresos de los países en desarrollo hacia el logro de las metas sanitarias es preciso cambiar la manera tradicional de hacer las cosas. A pesar de las modestas mejoras alcanzadas por algunos países, la cantidad de personas pobres que carecen de acceso a una atención de salud básica y de calidad continúa siendo inmensa. La reorientación de esta situación exige abordar los factores fundamentales que limitan la capacidad de los países y dan lugar a que los escasos recursos destinados a la salud no se asignen en base a criterios óptimos.

Decisiones difíciles: Invertir en salud para el desarrollo presenta las experiencias de algunos países en relación con el establecimiento de comisiones nacionales sobre macroeconomía y salud (CNMS), u otros órganos similares, para respaldar los esfuerzos encaminados a lograr las metas sanitarias. La función de la CNMS en el fortalecimiento de los procesos nacionales que intervienen en la toma de decisiones determinantes para los resultados sanitarios reviste un valor extraordinario y se materializa en la recopilación de pruebas documentales, el mejoramiento de los planes nacionales y el aumento del grado de sensibilización. El informe presenta un programa de políticas elaborado en base a las experiencias vividas por los países, en torno al cual debería girar toda la labor de análisis y planificación a nivel nacional.

ANTECEDENTES

El informe describe la labor desarrollada en unos 40 países a consecuencia de iniciativas y movimientos anteriores, y complementa otras acciones emprendidas en materia de salud y desarrollo. Esta labor impulsada por la Organización Mundial de la Salud fue concebida a partir de los conceptos enunciados por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS). La CMS fue creada por la OMS en el año 2000 con el mandato de estudiar los vínculos existentes entre salud y desarrollo.

Las actividades llevadas a cabo en los países sacan el máximo partido del ambiente actual favorable a las cuestiones relacionadas con la salud. En los últimos años en el ámbito mundial se han hecho muchas promesas de aumentar los recursos destinados a la salud, procedentes tanto de fuentes nacionales como externas; sin embargo, la salud continúa careciendo de financiación. Los fondos totales comprometidos en asistencia para el desarrollo destinada a la salud se elevaron de US\$ 7000 millones a US\$ 10 700 millones en el período 2000-2003. Por otra parte, los asociados en el desarrollo han aumentado las cantidades comprometidas con la intención de asegurar una ayuda más eficaz, aun cuando para los países ello continúa siendo motivo de honda preocupación. Esta concurrencia de factores hace que los países en desarrollo tengan la necesidad imperiosa de elegir estrategias efectivas para reasignar las inversiones en salud de los países en desarrollo a usos más eficaces.

El informe describe cómo los países, desde el año 2001, han configurado procesos multisectoriales orientados al desarrollo de una estrategia para ampliar las inversiones en salud, calcular el costo de dicha estrategia y utilizar sus resultados para influir en las instancias decisorias y en los líderes políticos de los ministerios de salud, finanzas y planificación, entre otros. Las 12 experiencias que se destacan en el informe corresponden a aquellos países que se encuentran en un punto más avanzado del proceso y proporcionan buenos ejemplos para ilustrar los asuntos principales de la labor en el ámbito de macroeconomía y salud: Camboya, la Comunidad del Caribe, China, Ghana, India, Indonesia, México, Nepal, Rwanda, Senegal, Sri Lanka y Yemen.

PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LA LABOR EN LOS PAÍSES

Implicación y especificidad de los países.

La asunción por parte de los países de la dirección y definición de los procesos de seguimiento incidió favorablemente en su repercusión. Las actividades hicieron hincapié en la facilitación de la capacidad nacional para concentrar la acción orientada a la salud y el desarrollo en los segmentos más pobres de la población y para establecer metas sanitarias acordes con las prioridades de cada país.

Coordinación de las iniciativas en materia de salud y desarrollo.

La innumerable cantidad de iniciativas en materia de salud y desarrollo que hay en marcha en algunos países de forma simultánea, a menudo origina la fragmentación del panorama nacional, la imposición de cargas administrativas y la distorsión de las prioridades del país. Un mecanismo de coordinación a nivel nacional, como la CNMS, complementa la capacidad de análisis y de planificación, y potencia la sinergia de los procesos de modo que consigan reflejar claramente los objetivos relacionados con la salud.

Planificación del mejor uso posible de los recursos.

Mejorar el apoyo político para lograr el aumento de las inversiones en salud y una mayor prominencia del papel de la salud en los procesos de desarrollo.

- **Presentar pruebas documentales a nivel de país de los vínculos existentes entre salud y desarrollo:** El informe de la Comisión del Caribe para la Salud y el Desarrollo presenta algunas conclusiones preliminares acerca de los resultados globales estimados que previsiblemente producirían las inversiones en salud en las esferas de inversión extranjera directa (IED), turismo y comercio. Por ejemplo, el informe de la Comisión demuestra que en Trinidad y Tabago un aumento del 1% en el gasto en salud produciría un aumento del 3% en la IED.

- **Fortalecer los procesos de desarrollo a través del diálogo:** La composición intersectorial de la Iniciativa de Macroeconomía y Salud de Ghana ha asegurado la coherencia entre todas las iniciativas de planificación que hay en curso. El informe de la Iniciativa está orientado a aportar información a la Estrategia de Lucha contra la Pobreza de Ghana y al programa de actividades del Ministerio de Salud para 2007-2011.

Crear estrategias y sistemas integrales para prestar una mejor atención de salud a los pobres.

- **Definir las prioridades para la asignación de los recursos:** La CNMS de la India identificó 17 clases principales de enfermedades que representaron más del 80% de la carga de morbilidad del país en 1998. Seguidamente elaboró criterios adicionales que permitieron confeccionar una lista de las intervenciones según la prioridad sanitaria asignada a cada una de ellas. En el análisis se tuvo en cuenta la carga de morbilidad de las enfermedades no transmisibles emergentes y el envejecimiento de la población.

- **Seleccionar las intervenciones y calcular su costo:** En el Yemen se formularon estrategias de salud basadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se hizo un exhaustivo cálculo de costos de las mismas, los resultados del cual se reflejarán en la política nacional a largo plazo (2006-2015) y en el plan para el sector sanitario a plazo medio (que formará parte del plan quinquenal de desarrollo). En el recuadro se presentan otros datos compilados a partir del cálculo de costos.

Estimación de los costos para lograr las metas sanitarias

- Iniciativa de Macroeconomía y Salud de Ghana: en el período 2002-2015 se necesitarían US\$ 5000 millones adicionales para alcanzar las metas de salud prioritarias del país, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Comisión Nacional sobre Macroeconomía y Salud de la India: el gasto público en salud en relación con el PIB actualmente es alrededor del 1,2% y debería pasar a ser del 3% para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas nacionales de salud.
- Grupo de trabajo sobre salud y población bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública y Población del Yemen: para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, entre 2006 y 2015 se requerirían alrededor de US\$ 14 000 millones, es decir, US\$ 53 por persona y año.

- **Asegurar niveles óptimos de cantidad y calidad del personal sanitario:** La Comisión del Caribe para la Salud y el Desarrollo señala que la tasa de vacantes de personal de enfermería alcanza el 35% y que la emigración de enfermeras y enfermeros, cuya formación básica es sufragada por el Estado, supone para los gobiernos una pérdida de ingresos de