



**Organización
Mundial de la Salud**

**NOTA DE INFORMACIÓN/2009/1
21 de enero de 2009**

La crisis financiera y la salud mundial

**Informe de la Reunión Consultiva de Alto Nivel
Organización Mundial de la Salud, Ginebra
19 de enero de 2009**

INTRODUCCIÓN

1. En respuesta a las preocupaciones expresadas por los Estados Miembros, la Directora General convocó una reunión consultiva de alto nivel antes de la apertura de la 124ª reunión del Consejo Ejecutivo acerca del impacto de la crisis financiera y económica en la salud mundial. Los objetivos de dicha reunión eran los siguientes:

- a) fomentar la toma de conciencia sobre los mecanismos por los que el empeoramiento de la economía puede incidir en el gasto sanitario, los servicios de salud, los comportamientos de búsqueda de atención y los resultados sanitarios;
- b) defender la necesidad de mantener las inversiones en salud; y
- c) determinar las medidas - incluida la vigilancia de los primeros signos de alarma - que pueden ayudar a mitigar el impacto negativo del empeoramiento de la situación económica.

2. En el anexo 1 figura un documento de antecedentes preparado para la reunión; el anexo 2 contiene el programa y la lista de oradores. En la presente nota se resumen los puntos fundamentales de las deliberaciones y las conclusiones de la reunión.

Todos los países se verán afectados, aunque no por igual

3. A consecuencia de la crisis financiera en los países de la OCDE, el mundo está expuesto a la más **grave recesión económica** desde los años treinta. Se calcula que el impacto de los aumentos que tuvieron lugar en el costo de los alimentos y los combustibles han vuelto a sumir en la pobreza a más de 100 millones de personas. El reto a que se enfrenta hoy el mundo es el de prevenir que la crisis económica se convierta en una crisis social y sanitaria.

4. Las crisis de los decenios de 1980 y 1990 se iniciaron en países en desarrollo. En el caso actual, la crisis comenzó en el mundo industrializado; por tanto, es posible que aún no se hayan manifestado plenamente los efectos en los países en desarrollo. Al mismo tiempo, para los muchos países de ingresos bajos que han venido padeciendo problemas financieros crónicos, las dificultades no son nuevas. **Ya se está produciendo una grave crisis humana.** El problema es que su situación puede hacerse aún peor cuando se vean afectados por la recesión, y por causas de las que no son responsables.

5. **Algunos países están particularmente expuestos.** Entre ellos figuran los países desarrollados que han necesitado ayuda de emergencia del Fondo Monetario Internacional, en los que tal vez se impongan restricciones al gasto durante el reembolso de los préstamos. Muchos países en desarrollo se encuentran en una situación fiscal mucho mejor que la que tenían en crisis anteriores, y la mayoría seguirán por el camino del crecimiento económico, aunque a un ritmo más lento. En cambio, los que dependen en gran medida de la financiación de donantes en materia de salud corren el riesgo de enfrentarse a una disminución de la ayuda que reciben. Las poblaciones de los países afectados por conflictos o que salen de un conflicto, que tienen escasas reservas financieras, instituciones débiles e infraestructuras dañadas, son particularmente vulnerables. Otros, en especial los pequeños países insulares en desarrollo, han de afrontar una recesión económica al mismo tiempo que se enfrentan a los efectos inminentes del cambio climático.

6. En los países de ingresos altos o bajos por igual, no obstante, los más afectados serán los pobres (y los que han caído en la pobreza por la pérdida de ingresos o de su vivienda). Identificar a las **poblaciones vulnerables** es tan importante como identificar a los países vulnerables.

Solidaridad en tiempos de crisis: preservar los avances realizados, respetar los compromisos y cumplir las promesas

7. En los últimos años, los gobiernos de muchos países de ingresos bajos han aumentado el gasto sanitario. La ayuda destinada a la salud se duplicó entre 2000 y 2006, y los compromisos globales en relación con la ayuda para el gasto han aumentado. Muchos países han hecho impresionantes progresos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Hoy existe una posibilidad real de avanzar de manera efectiva en la reducción de los niveles de pobreza absoluta.

8. Asegurar que las crisis financieras y económicas no minen esas aspiraciones y logros exige un firme sentido de **solidaridad**:

- a) entre los gobiernos donantes y los países que necesitan su apoyo: deben mantenerse los niveles prometidos de asistencia para el desarrollo;
- b) entre los gobiernos y sus ciudadanos: debe promoverse una dimensión ética en las políticas públicas y, en particular, mantenerse los servicios sanitarios y sociales básicos, y
- c) entre ciudadanos: deben compartirse los riesgos y las responsabilidades, base de unos sistemas de salud sólidos

9. La **sociedad civil** debe mantenerse alerta en relación con los compromisos de los gobiernos, los donantes y los organismos internacionales.

10. En resumen, la crisis financiera ha provocado un examen de los valores que sustentan a las sociedades en todo el mundo. Del mismo modo, la respuesta sanitaria debe intentar ser transformadora y promover un enfoque centrado en la **justicia social**.

Hay muchas vías para mitigar el impacto de la crisis financiera

11. Los efectos de la crisis en muchos países de ingresos bajos y medianos son cada vez más evidentes: las corrientes financieras privadas están cayendo (desde US\$ 1 billón hasta la mitad de esa cantidad); disminuyen las inversiones extranjeras directas y las remesas, y las exportaciones de los países en desarrollo van reduciéndose tanto en precio como en volumen. Los efectos consiguientes del desempleo y la disminución de los ingresos ejercen un impacto en los ingresos de los hogares, el gasto público y la capacidad de otros agentes de los sectores privado y no lucrativo para contribuir al esfuerzo sanitario. Todo ello sucede en una época en que las necesidades sanitarias son mayores.

12. Los participantes en la reunión consultiva ofrecieron muchos ejemplos de formas en las que se puede proteger la salud y el gasto sanitario en tiempos de crisis. Todos estuvieron de acuerdo en que el mundo está en cierta medida mejor preparado para afrontar la crisis que en los años ochenta. Aunque se necesitan urgentemente **medidas a corto plazo** para mitigar las consecuencias negativas de la crisis, muchos participantes subrayaron la necesidad de adoptar **una perspectiva a más largo plazo** cuyo efecto sea hacer que el sector sanitario tenga más capacidad de adaptación en el futuro.

Proteger el gasto sanitario

13. A diferencia de lo sucedido en crisis anteriores, varios países informaron de un *aumento* de los presupuestos sanitarios. Los que preveían mayores presiones por parte de los ministerios de finanzas necesitan argumentos basados en datos objetivos que demuestren **los beneficios económicos que re-**

porta invertir en la salud. Otros señalaron que el acceso a la atención de salud es un **derecho** en sí mismo, y que esto también debe formar parte de los argumentos que se den a los gobiernos y las instituciones financieras.

14. Aunque sea necesaria una política de protección global del gasto sanitario, ello no siempre es suficiente. En el Brasil, la experiencia ha demostrado la necesidad de especificar la proporción de los presupuestos de los estados y los municipios que debe asignarse a la salud. El Banco Mundial destacó la necesidad de velar por que el gasto sanitario esté **orientado a los pobres**, pues la experiencia demuestra que, de otro modo, los beneficios del gasto en salud pueden ser absorbidos por los hogares más favorecidos.

Salvar vidas y proteger los ingresos

15. Varios participantes señalaron la importancia de la protección social, estableciendo un vínculo entre la necesidad de **salvaguardar los ingresos además de la salud**, por ejemplo mediante planes de empleo temporal que en sí mismos rindan beneficios sociales, como la construcción de escuelas y dispensarios. Una vez más, la debida asignación de los recursos tiene una importancia fundamental para asegurar que el gasto por conducto de programas de protección social llegue a los que más lo necesitan. El participante de México destacó que los mecanismos de transferencia de efectivo a las familias pobres podrían utilizarse como medio para promover la aceptación de intervenciones en salud preventiva.

16. La protección social requiere la **coordinación de políticas** en varios sectores, vinculando políticas que establezcan los precios, reduzcan el costo de adquirir alimentos, ayuden a las personas a seguir pagando los seguros de salud y mantengan a los niños en la escuela. La protección social *sanitaria*, es decir, la mancomunación de riesgos mediante sistemas basados en los impuestos o en seguros para la financiación de la salud, es un componente indispensable de esa combinación.

Hacer que el gasto sanitario sea más efectivo y eficiente

17. Hubo un acuerdo generalizado respecto de que, si los presupuestos de los gobiernos pasan a estar sometidos a presiones y los ingresos de los hogares disminuyen, la **demandas de servicios públicos aumentará**. La experiencia ha demostrado que el gasto en el sector privado tiende a disminuir durante las crisis económicas, pues los pacientes renuncian a la atención por completo o pasan del sector privado al público, si en él la atención está disponible a un costo menor. En esas circunstancias, a menos que se garantice un apoyo financiero adecuado a los servicios del sector público, es probable que la calidad de la atención se deteriore.

18. Al hilo de la cuestión de la solidaridad, varios participantes pusieron de relieve la importancia de trabajar para lograr la cobertura universal, como parte de un **enfoque de atención primaria de salud** general. A este respecto, las estrategias encaminadas a mitigar el impacto de la crisis financiera deben verse también como **oportunidades para la reforma**, en la manera en que se financian y se organizan los servicios. Hubo un firme acuerdo en cuanto a que los llamamientos en pro de una mayor eficiencia deberían verse como un estímulo para formas más inteligentes y eficaces de trabajar, y no como sinónimo de recortes.

19. Una cuestión recurrente en las deliberaciones sobre la mayor eficacia del gasto sanitario fue la importancia de **mantener el apoyo a la prevención**. La atención curativa atrae más atención política y es tentador sacrificar las actividades de prevención cuando se sufren presiones presupuestarias. Conseguir el adecuado equilibrio entre el mantenimiento de los servicios curativos esenciales y el

apoyo a los programas preventivos, y convencer a los economistas de los ministerios de finanzas acerca de su valor, es indispensable en la gestión del sector sanitario en tiempos de crisis.

20. La mejora de la salud es uno de los resultados de realizar actividades en toda la sociedad. La **respuesta a la crisis ha de ser multisectorial**, y debe buscar mejoras en la salud demostrando la importancia de ésta en todas las políticas. El participante de Nueva Zelandia señaló que los organismos internacionales y los bancos de desarrollo han de examinar de nuevo sus propias inversiones teniendo en cuenta cómo abordan los **determinantes sociales y económicos de la salud** en general.

Colaboración entre los países y dentro de éstos

21. El papel de las **organizaciones de la sociedad civil, en calidad de proveedoras y promotoras de servicios**, cobra particular importancia en tiempos de crisis. Los gobiernos deben reconocer ese papel y aprovechar plenamente los beneficios que reportan.

22. Se señaló que en abril de 2009 los países de la Región de Europa de la OMS se reunirán en Oslo para debatir el impacto de la crisis financieras en la salud; se hicieron llamamientos en pro del **liderazgo regional** y la colaboración regional, y se ofrecieron ejemplos al respecto, para seguir de cerca la cooperación para el desarrollo así como los efectos en los servicios de salud en países que se enfrentan a problemas parecidos.

23. Los participantes destacaron que una característica fundamental de la crisis es la **velocidad** a la que evoluciona, y la consiguiente **incertidumbre** a que se enfrentan los planificadores de políticas. Las evaluaciones rápidas, una comunicación efectiva, el intercambio de experiencias y unos mecanismos de trabajo eficaces y flexibles serán elementos indispensables para el éxito.

Informar las políticas mediante la mejora del seguimiento, el análisis y la investigación

24. Las crisis pasadas proporcionan orientaciones limitadas en materia de mejores prácticas. Se pidió con firmeza un enfoque más riguroso del seguimiento y el análisis, en el que los datos y los modelos científicos se apliquen a la situación. El análisis debe proporcionar la base para una **planificación de contingencia** eficaz en relación con aspectos concretos de la atención de salud. Entre los ejemplos citados figuraron la atención de las personas de edad y los planes de seguros basados en el empleo.

25. El seguimiento de los **signos de alerta temprana** requiere disponer de información de distintas fuentes. Se instó a las organizaciones internacionales, en particular el Banco Mundial, la OMS y los bancos regionales, a trabajar en colaboración.

26. Las **investigaciones** no deben considerarse un lujo. La investigación, por el contrario, puede ser un instrumento fundamental para elaborar la respuesta sanitaria a la crisis.

Ayuda para la salud

27. En los países en desarrollo, la ayuda será crucial para mantener el gasto en servicios básicos. Además de la necesidad de atender los compromisos formulados por los donantes, los participantes subrayaron la importancia de la **cantidad y la calidad de la ayuda**. La búsqueda de fuentes de financiación innovadoras (que actualmente está estudiando el Grupo Especial de Alto Nivel sobre **Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud**) puede recaudar fondos añadidos para la sa-

lud. Sin embargo, varios países y participantes destacaron que es vital una mayor **predecibilidad** de la financiación externa, para facilitar la planificación y obtener mayor rendimiento de los fondos. También se sugirió que todos los organismos donantes, pero en particular el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la Alianza GAVI, deberían esforzarse más por simplificar sus procesos de solicitud.

28. Se reconoció que la **fragmentación** de los muy diversos agentes y canales de financiación es un importante problema en muchos países receptores de ayuda. Es preciso avanzar más rápidamente mediante iniciativas como la Alianza Sanitaria Internacional, que pretenden llevar a la práctica los principios contenidos en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda y el Programa de Acción de Accra en el sector sanitario.

Conclusiones: un marco de acción en cinco puntos

29. En la reunión consultiva se sugirieron cinco esferas en las que la acción en los niveles mundial, regional y de los países, con apoyo de la OMS, ayudará a velar por que el sector sanitario salga de la crisis en buenas condiciones.

Liderazgo

Los dirigentes sanitarios deben estar dispuestos a hablar de forma clara e inequívoca, basándose en datos sólidos, para abogar por la salud en tiempos de crisis. Esto debe suceder en el nivel de los países, donde los ministros de salud y sus funcionarios trabajan con los ministerios de finanzas. Las instituciones regionales pueden ser una potente fuerza a la hora de unir a los países. En el plano mundial, es imperativo que la necesidad de proteger los progresos realizados en materia de salud y de velar por que los donantes mantengan sus compromisos, sea un tema prioritario en las reuniones de los dirigentes mundiales. La OMS debe ser una voz firme en pro de la salud por medio de su labor de promoción.

Seguimiento y análisis

La planificación de contingencia debe basarse en información de calidad. Es evidente que el impacto de la crisis variará de un país a otro. Por consiguiente, el análisis específico de cada país será indispensable para orientar las políticas y para evaluar el impacto potencial en distintas poblaciones e instituciones. Los sistemas de alerta temprana exigirán la colaboración entre organizaciones con campos de competencia complementarios. Además, la OMS prestará particular atención al seguimiento de las corrientes financieras para la salud procedentes de los gobiernos y los donantes, así como el costo y la disponibilidad de medicamentos y otras formas de atención.

Gasto público a favor de los pobres y de la salud

Hay un amplio acuerdo respecto de que el gasto público contracíclico ofrece un medio para revitalizar las economías. La ayuda desempeñará un papel fundamental al proporcionar un impulso que muchos países de bajos ingresos no pueden financiar por sí solos. El reto consiste en asegurar que el gasto se haga realmente en favor de los pobres y que, cuando sea posible, tenga un efecto positivo en la salud. Las inversiones en infraestructura son un camino posible, pero también pueden encontrarse otras oportunidades para proteger las vidas y los ingresos. Las medidas a corto plazo pueden proporcionar la base para que el gasto público sea más ético en el futuro.

Políticas para el sector sanitario

La atención primaria de salud ofrece un enfoque global de las políticas en tiempos de crisis financiera. Su pertinencia sostenida reside en sus valores básicos, que destacan la importancia de la equidad, la solidaridad y el género; la integración, y el objetivo de lograr la cobertura universal y la mancomunación de riesgos, mediante un enfoque multisectorial para lograr mejores resultados y mediante la utilización de los activos de todos los agentes sanitarios de los sectores privado, no lucrativo y no gubernamental. La OMS debe prestar apoyo, cuando se le solicite, por medio de las oficinas en los países, con el respaldo, cuando proceda, de las oficinas regionales y la Sede.

Nuevas formas de trabajar en la salud internacional

La crisis financiera exige que la comunidad sanitaria internacional se haga varias preguntas fundamentales acerca de su funcionamiento. Entre ellas figuran las siguientes: cómo reducir el solapamiento y la duplicación de la labor de distintos organismos; cómo promover una mayor sinergia entre los distintos programas de salud; cómo garantizar que no se dejen de lado intervenciones clave en materia de promoción de la salud en esferas como la nutrición y el saneamiento; cómo acelerar el avance en la reforma de las Naciones Unidas, y cómo armonizar un número mayor de iniciativas concretas con las prioridades de los países. El avance dependerá de las medidas que se adopten en los niveles mundial, regional y de los países. La OMS también deberá aumentar su propia eficacia y trabajar para mejorar la eficiencia, explorar nuevos y mejores métodos de trabajo y revisar las prioridades.

ANEXO 1

NOTA DE INFORMACIÓN/2009
16 de enero de 2009

Reunión Consultiva de Alto Nivel sobre la Crisis Financiera y Económica y la Salud Mundial

La crisis financiera y la salud mundial

1. La **crisis financiera**, desencadenada por los problemas que sufrió el mercado de las hipotecas de alto riesgo (*subprime*) y que ha estado a punto de colapsar el sistema bancario internacional, sigue extendiéndose. Algunos países han recibido ya cuantiosos fondos de emergencia del FMI, y otros han iniciado conversaciones para obtener su apoyo. Muchos otros países están atravesando graves dificultades financieras. La enorme reducción de la riqueza que ello ha provocado ha empujado a varios países miembros de la OCDE a la recesión (definida como dos trimestres sucesivos de crecimiento negativo del producto interno bruto). El comercio mundial está disminuyendo por primera vez desde 1980. La recesión aún no tiene carácter mundial, pero es inevitable que acabe arrastrando a los países de ingresos bajos y medios. Aun cuando no podamos determinar con seguridad su forma, magnitud y duración, muchos expertos temen que el mundo acabe sufriendo el mayor descalabro económico desde los años treinta.
2. En el campo de la salud mundial podemos constatar progresos importantes para alcanzar los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**, pero siguen pendientes muchos desafíos. Se ha conseguido reducir la mortalidad en la niñez y se ha avanzado en el tratamiento y prevención del VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria, la poliomielitis y las enfermedades tropicales desatendidas. Por el contrario, apenas ha habido cambios en la situación de la mortalidad de la madre y el recién nacido, especialmente en África; la nutrición se ha visto relativamente ignorada; y sigue habiendo muchos países donde menos de la mitad de la población tiene acceso a un saneamiento adecuado y a medicamentos esenciales. Varios países, sobre todo de África, han aprovechado el crecimiento económico para aumentar su gasto interno en salud. La ayuda para la salud se ha más que duplicado en los últimos años, y proviene de fuentes tanto tradicionales como de nuevo tipo. Las repercusiones económicas de la crisis financiera mundial hacen peligrar esos logros, así como los futuros progresos para superar los retos pendientes.
3. En respuesta a las preguntas planteadas por los Estados Miembros y otros asociados acerca del impacto de la crisis en la salud mundial, la Directora General ha convocado una reunión consultiva de alto nivel para el 19 de enero, antes de la apertura de la reunión del Consejo Ejecutivo. Los **objetivos de dicha reunión**, para la que se ha preparado esta nota informativa, son los siguientes:

- a) fomentar la toma de conciencia sobre los mecanismos por los que el empeoramiento de la economía puede incidir en el gasto sanitario, los servicios de salud, los comportamientos de búsqueda de atención y los resultados sanitarios;
- b) defender la necesidad de mantener las inversiones en salud; y
- c) determinar las medidas - incluida la vigilancia de los primeros signos de alarma - que pueden ayudar a mitigar el impacto negativo del empeoramiento de la situación económica.

REPERCUSIONES SANITARIAS DE LA CRISIS

4. Si bien las **poblaciones pobres** de *todos* los países son probablemente las que primero y con más fuerza se verán castigadas por el deterioro económico, la actual crisis no afectará sólo a los países más pobres. A continuación se examina sucintamente cómo pueden verse afectados los distintos países, para pasar luego a analizar a la luz de las experiencias del pasado de qué manera puede el deterioro económico afectar a la salud.

5. Los **mecanismos** de la repercusión de una recesión en las economías ricas sobre otros países empiezan a perfilarse con claridad. El crecimiento de las exportaciones puede atenuarse, lo que se ha reflejado ya en una importante caída de los precios de productos básicos; las inversiones extranjeras directas tienden a disminuir; es posible, aunque no inevitable, que se produzcan caídas súbitas y pronunciadas de los tipos de cambio; el acceso a capital puede resultar más difícil debido al aumento de los tipos de interés y de las primas de riesgo; las remesas de los migrantes podrían disminuir; y, lo que es más importante para los países más pobres, la ayuda de los donantes puede verse sensiblemente postergada o reducida.

6. Incluso en periodos de recesión «global» no todas las partes del mundo, ni siquiera regiones particulares, se ven afectadas por igual. La recesión de 2001-2002 tuvo un gran impacto en algunos países de América Latina. La recesión de 1997-1998 afectó sobre todo a Asia. Algunos países no tardan en entrar en recesión, otros la superan rápidamente, y los hay que nunca llegan a presentar un crecimiento negativo.

7. Muchos **países de ingresos altos o medios altos** experimentarán un crecimiento real negativo de sus ingresos y un aumento sustancial del desempleo, con los consiguientes efectos en la salud. En los países donde la crisis financiera ha exigido asistencia de emergencia del FMI, la financiación de los servicios de salud resultará previsiblemente muy problemática si se restringe el gasto durante el reembolso de los préstamos. Antes de la actual crisis, muchos **países de ingresos bajos y medios** se vieron gravemente afectados por el aumento del precio de los alimentos y la energía, pero otros se han beneficiado del *boom* de los precios de los productos básicos y del petróleo. Con la caída de la demanda, los precios han disminuido, en beneficio de los importadores netos, pero en detrimento de aquellos cuyos ingresos más dependen de las exportaciones.

8. Las actuales previsiones sobre las tasas de crecimiento del producto interno bruto del **grupo de países de ingresos bajos** siguen siendo relativamente optimistas (6,9% para todos los países en desarrollo, y 4,5% para el África subsahariana). Sin embargo, esas cifras encierran grandes diferencias *entre* los países. Algunos de los principales países receptores de ayuda podrían seguir creciendo, pero menos rápidamente, mientras que otros, en particular los llamados Estados frágiles, que reciben ya menos ayuda de los donantes, podrían verse más gravemente afectados.

Gasto sanitario

9. El **gasto total en salud** de los países afectados por un empeoramiento de la situación económica tiende a disminuir, pero no en todos los casos. Algunos gobiernos han mantenido o incluso aumentado el gasto sanitario, pero otros han hecho lo contrario. La política adoptada en esta esfera reviste por tanto una importancia crucial. A diferencia del gasto público, el **gasto directo privado** tiende por lo general a disminuir en las recesiones, en particular cuando se dispone de servicios a menor costo en el sector público.

10. Los **sondeos informales** realizados llevan a pensar que son muy pocos los ministerios de salud que han recibido *por ahora* indicaciones de los ministros de finanzas o los asociados para el desarrollo con miras a reducir el gasto sanitario. En muchos países se aguarda hasta el siguiente ciclo presupuestario para hacer cualquier anuncio oficial en ese sentido. Algunos países más pequeños esperan a recibir señales económicas de otras economías más poderosas de la región.

11. Los recortes del gasto total influirán en la **composición del gasto sanitario**. Así, en los casos en que se ha informado de repercusiones, al parecer no afectarán a los salarios, pero sí a las infraestructuras y los equipos.

12. La postergación de los **gastos de capital** es una respuesta frecuente a corto plazo de los gobiernos obligados a recortar los presupuestos. Una respuesta lógica a corto plazo puede sin embargo provocar problemas a largo plazo si el deterioro no remite. Los recortes de los gastos en mantenimiento, medicamentos u otros costos de funcionamiento relacionados con la vigilancia y la supervisión suelen tener efectos más perjudiciales e inmediatos en la prestación de servicios.

Medicamentos y productos de atención sanitaria

13. Cuando la recesión se acompaña de inflación y **devaluación de la moneda nacional** (como por ejemplo en 1997-1998 en Asia oriental y en 2001-2002 en América Latina), el precio de los medicamentos, materias primas y equipos médicos importados aumenta. No obstante, hay datos que indican que es posible controlar el aumento del costo de la atención a los pacientes, en particular mediante el **empleo de genéricos** o las subvenciones públicas.

14. Si no se logra absorber los aumentos de costos, el impacto se reflejará en forma de escaseces o de un incremento del costo de la atención. Como consecuencia de la creciente carga de **enfermedades no transmisibles**, la demanda de insulina, medicamentos para trastornos cardiovasculares e inhaladores contra el asma, por ejemplo, está aumentando rápidamente. Aunque la gente puede pedir préstamos para pagar el tratamiento de enfermedades *agudas*, quienes dependen de un tratamiento prolongado se arriesgan a sufrir un empobrecimiento progresivo. Los cambios en la disponibilidad y el costo de los tratamientos tienden a producirse de manera relativamente rápida y pueden monitorearse con relativa facilidad.

15. Algunos gastos en medicamentos pueden protegerse mejor que otros. Resulta difícil desde un punto de vista ético, por ejemplo, interrumpir el **tratamiento con antirretrovirales**. Ahora bien, si los donantes no recortan el gasto en medicamentos o en asistencia técnica pero reducen el volumen global de fondos destinados a la prestación de servicios, puede ocurrir que los medicamentos no lleguen a quienes los necesitan. Una situación así puede acentuar la tensión entre el tratamiento del VIH/SIDA y otras formas de gasto sanitario.

Remesas en disminución

16. Los ingresos por remesas (aproximadamente US\$ 240 000 millones en 2007, que representan más del doble de la asistencia oficial total para el desarrollo) han resistido bien en algunas coyunturas de deterioro económico en el pasado, pero en las circunstancias actuales, con una recesión que ha afectado inicialmente a las economías industrializadas, podría no ser así. Algunos datos indican ya que los ingresos por remesas han empezado a disminuir.

17. Se desconoce qué parte de ese dinero se dedica a la salud, aunque en una encuesta (realizada en México) el 57% de los remitentes declararon que la principal finalidad del dinero enviado a la familia era el pago de los gastos sanitarios. Sin embargo, algunos datos parecen indicar que esas sumas se dedican a menudo a costear gastos asociados a enfermedades crónicas o terminales o incluso funerales. Por consiguiente, la disminución de los ingresos por remesas podría *no* verse reflejada en la salud de la población. Así y todo, esos gastos se han de sufragar. La petición de préstamos a nivel local a un interés alto puede conducir al empobrecimiento o a un mayor endeudamiento.

Reducción de los ingresos familiares

18. La economía de muchos países de ingresos bajos y medios se ha beneficiado del **rápido crecimiento de las exportaciones** de sectores como los de la confección, los alimentos, la floricultura o el procesamiento comercial. Sin embargo, a medida que disminuye la demanda en las economías desarrolladas, aumenta el riesgo de pérdida de empleos, con consecuencias para los ingresos familiares y la capacidad de pago de la atención sanitaria.

19. Gran parte del **impacto humano de una recesión es a menudo invisible**. Por ejemplo, el desempleo puede erosionar la creciente independencia económica de las mujeres, lo que tendrá sus propias consecuencias sanitarias. Análogamente, las estrategias de afrontamiento pueden acentuar la vulnerabilidad (por ejemplo mediante una mayor exposición al VIH). Además, la reducción del gasto incide en la salud y la educación, y en última instancia en el bienestar de las familias y el desarrollo del conjunto de la comunidad.

Utilización de los servicios de salud

20. La reducción del gasto sanitario, el aumento del costo de los tratamientos y la disminución de las rentas de las familias y/o la cobertura de los seguros tendrán efectos sobre la utilización de los servicios de salud y su calidad. El más común de esos efectos es la **disminución de la demanda de servicios de atención privados** y la consiguiente transferencia de la demanda al sector público. Si los servicios públicos también se ven afectados, tal vez no estén suficientemente dotados para hacer frente a esa demanda y la calidad general podrá empeorar. Este problema afectará a todos los países en los que los servicios de financiación pública estén sometidos a presión. Los cambios en las tasas de utilización - que en líneas generales siguen esa pauta - fueron documentados durante la crisis financiera de Asia de 1997-1998. En esos países quedó especialmente patente el uso menos frecuente de esos servicios por la población pobre.

Resultados sanitarios

21. La importante reducción del gasto en intervenciones que pueden salvar vidas se traducirá en un aumento de la mortalidad, pero los datos sobre los cambios en la mortalidad en periodos de crisis económicas son escasos y, a veces, contradictorios. Sin embargo, algunos ejemplos son inequívocos. A principios del decenio de 1990, en la Federación de Rusia hubo un acusado aumento de la mortalidad de varones adultos. En Tailandia también aumentó la mortalidad de los adultos en el periodo 1996-1999.

El Perú registró un aumento de la mortalidad infantil en 1989. Análogamente, la tasa de mortalidad infantil creció en Indonesia entre 1996 y 1999, pero las sequías y los incendios también fueron factores de confusión. Esto último pone de relieve el hecho de que la crisis económica es sólo uno de los aspectos que inciden en la salud de las personas, entre otros muchos.

22. En particular, se estima que la actual crisis alimentaria ha vuelto a sumir en la pobreza a más de 100 millones de personas, con graves consecuencias para los resultados sanitarios y el estado de nutrición. La escasez de alimentos y la malnutrición consiguiente predisponen a las personas a contraer enfermedades, actuando en contubernio con la recesión económica.

23. En los Estados Unidos de América y Europa se observan algunos hechos sorprendentes, ya que la recesión ha ido acompañada de una reducción de las tasas de mortalidad, posiblemente debido al menor consumo de alcohol y tabaco y el mayor tiempo disponible para el cuidado de los hijos. Sin embargo, este fenómeno se ha observado únicamente en periodos recientes y relativamente breves de la recesión y no es probable que se dé en una recesión prolongada. Más acorde con las previsiones, un estudio realizado en Suecia con 500 000 personas-año demostró que los hombres se exponían a un riesgo mayor de mortalidad debido a las crisis económicas (y esto en un país que tiene políticas sociales dotadas de recursos). Además, se han observado estrechos vínculos entre la penuria económica y el suicidio en los Estados Unidos de América, la Federación de Rusia, el Japón y Nueva Zelandia.

Asistencia oficial para el desarrollo

24. **La asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud** tiende a disminuir, pero esto no es siempre aplicable. Así, en 1990-1993, según datos del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE, el total de los *compromisos* de asistencia oficial para el desarrollo se redujo, pero los compromisos en el ámbito de la salud siguieron aumentando. En 1997-1999, tanto la asistencia total como la destinada a la salud disminuyeron, pero volvieron a repuntar en el plazo de un año, aunque la ayuda para la salud volvió a caer al año siguiente. En 2000-2001, la asistencia oficial para el desarrollo total y la destinada a la salud disminuyeron, y la segunda fue la más perjudicada. Por lo tanto, no emerge ningún patrón claro de los datos *agregados*.

25. Sin embargo, hay casos específicos en que la asistencia oficial para el desarrollo procedente de **donantes individuales** ha disminuido drásticamente (en más del 60%) durante la recesión en un determinado país. También es probable que esa asistencia se vea más afectada en unos países que en otros.

26. Una constatación relevante, en particular dada la importancia de mantener la prestación de servicios básicos, se refiere a la **composición de los gastos en materia de asistencia**: los niveles de la financiación de la asistencia técnica siguen aumentando durante la recesión, en contraste con la asistencia que programan los países, la cual se reduce.

27. Como nota positiva, los dirigentes de países desarrollados y en desarrollo y las instituciones financieras internacionales han asumido **firmes compromisos públicos y políticos en el ámbito de la salud y el desarrollo**. Se reconoce ampliamente que la salud es un bien intrínseco y una inversión para reducir la pobreza. En recesiones anteriores esto no siempre ocurrió.

28. Los países de la OCDE y la Unión Europea han hecho **promesas de no recortar la ayuda**. Distintos grupos de la sociedad civil mantendrán la presión para tratar que los donantes respeten esos compromisos. Al mismo tiempo, a pesar de las declaraciones públicas en contrario, algunos donantes han indicado ya la probabilidad de que se reduzcan los gastos en ayuda. Además, la ayuda proporcionada por los países del G8 ya está quedando muy por detrás de los objetivos que se acordaron en la

cumbre del Grupo en Gleneagles, Escocia, en 2005: incluso antes de que se desatara la crisis actual, las proyecciones sugerían un déficit de alrededor de US\$ 34 000 millones en 2010.

29. La crisis llega en un momento en que hay un mayor número de **agentes involucrados en el sector de la salud** y el abanico de mecanismos de financiación es más amplio. Las nuevas iniciativas de salud mundiales, las fundaciones filantrópicas y una serie de iniciativas de financiación innovadoras que dependen de los ingresos procedentes de las inversiones se verán probablemente muy afectadas. Las iniciativas que gravan el consumo, como el impuesto sobre los pasajes aéreos, también serán menos capaces que los mecanismos de financiación estatales tradicionales de proporcionar financiación anticíclica. Desde el punto de vista de los proveedores, se necesitan más datos sobre los efectos de la recesión económica en las organizaciones confesionales y comunitarias y otros proveedores no estatales de atención de salud.

MITIGAR EL IMPACTO DE LA CRISIS FINANCIERA EN LA SALUD

30. En esta sección se exponen algunos principios básicos para hacer frente a las consecuencias sanitarias de la crisis económica. En ella se enuncian los ámbitos de actuación, se identifican algunos elementos relativos a las prácticas óptimas y los consejos prácticos, y se resaltan las áreas en que la OMS ofrecerá su apoyo.

31. Ante una disminución de las rentas y los ingresos, **la salud debería tener la mayor visibilidad posible**. La salud es un *derecho* que tienen adquirido como derecho básico todas las personas, y además contribuye de manera importante al crecimiento económico, la reducción de la pobreza, el desarrollo social y la seguridad humana.

32. Algunos países serán más vulnerables que otros a los efectos de la crisis. No obstante, también es importante tener en cuenta las necesidades de las **poblaciones vulnerables**, en particular el segmento más pobre de la población pobre, vivan donde vivan.

33. La crisis financiera ha provocado un examen de los valores que sustentan las sociedades. La respuesta en materia de salud también debería aspirar a ser *transformadora* y utilizarse para promover una mayor atención en la **justicia social**.

34. Una característica fundamental de la crisis actual es la *velocidad* con la que sigue evolucionando y, en consecuencia, la *incertidumbre* que enfrentan los responsables de la formulación de políticas. Las **alianzas** serán esenciales. Las evaluaciones rápidas, las comunicaciones eficaces, el intercambio de experiencias y las modalidades de trabajo eficaces y flexibles serán fundamentales para el éxito.

Monitorear el impacto de la crisis

35. Dada la rápida evolución de la crisis y la incertidumbre en torno a su impacto en los distintos países, el monitoreo de sus efectos es una prioridad.

36. El monitoreo debería realizarse a varios niveles diferentes: *a*) los cambios en el empleo, la vivienda y los ingresos - las causas más distales de la falta de salud; *b*) los cambios de comportamiento relacionados con la salud, entre ellos, los cambios en la utilización de los servicios de salud (incluidos los de salud mental) y los cambios de comportamiento del propio personal de salud (incluidos los patrones de migración); y *c*) los cambios en el sector de la salud, con inclusión del costo y la disponibilidad de productos básicos y tratamientos clave.

37. El *objetivo* del monitoreo será la identificación de los países y las poblaciones más vulnerables - *antes* de que las personas se expongan a riesgos que repercutirán en su salud. Muchos de los indicadores de más rápida evolución (como el empleo y los tipos de cambio) serán monitoreados por otros organismos. Por lo tanto, la colaboración y la comunicación rápida serán esenciales. Los esfuerzos concretos para monitorear el impacto de la crisis complementarán los esfuerzos actuales y a más largo plazo para monitorear los resultados sanitarios.

38. Dada la urgencia de establecer sistemas y procesos eficaces para monitorear el impacto sanitario de la crisis, **la OMS convocará una reunión de expertos** tan pronto como sea posible después de esta consulta.

Salvar vidas y proteger los ingresos

39. La primera prioridad en cualquier país que se enfrenta a una recesión económica es proteger las vidas y los medios de subsistencia de las personas que corren mayor riesgo. En términos de acciones políticas, las **redes de seguridad social** que prestan apoyo a los pobres constituirán una prioridad. Cuanto más grave sea la recesión, mayor prioridad hay que otorgar a este aspecto. La experiencia indica que la ampliación de los programas establecidos de apoyo a los ingresos puede ser más eficaz, y lograr un impacto más rápido, que la creación de otros nuevos. El sector de la salud está acumulando experiencia en las transferencias condicionales de efectivo, que ofrecen recursos a las familias a condición de que se sigan determinados comportamientos relacionados con la salud (por ejemplo, asistencia a clínicas de atención pediátrica o prenatal). No obstante, en una situación crítica, puede ser más rápido hacer transferencias *incondicionales* de efectivo que transferencias condicionales, y existen datos probatorios para demostrar que estas últimas se utilizarán de manera que promuevan la salud. Serán igualmente importantes las políticas que ayuden a estabilizar los precios y a reducir el costo de la compra de alimentos, las que permitan que los desempleados puedan mantener las primas de seguro de salud y las que garanticen que los niños puedan permanecer en la educación.

40. La OMS trabajará como parte del equipo de las Naciones Unidas a nivel de los países para apoyar una serie de iniciativas destinadas a proteger los medios de subsistencia y los ingresos de los pobres. La OMS **pondrá a disposición** de los países **sus conocimientos específicos sobre financiación de la salud** a fin de ofrecer asesoramiento sobre los enfoques para la protección del riesgo financiero en el sector de la salud.

Aumento de la eficacia del gasto en salud

41. La recesión económica hace más difícil la tarea de defender los presupuestos sanitarios. En los países afectados por la crisis financiera, puede darse prioridad a la recapitalización de los bancos y demás instituciones financieras. En los países afectados por la recesión económica, los sectores que generan empleo o aumentan la producción agrícola buscarán financiación adicional. A la hora de desarrollar estrategias hay que tener en cuenta el gasto tanto dentro como fuera del sector de la salud.

Aumento del impacto sanitario del gasto público

42. Cuando se dispone de recursos para un estímulo fiscal considerable, el gasto público contracíclico se considera vital para la reactivación de la economía. Si bien el objetivo principal de esos programas es crear o mantener empleo, es importante buscar la manera de que influyan positivamente en la salud. Por ejemplo, las carreteras rurales son un componente esencial para reducir la mortalidad materna, y muchos dispensarios y hospitales rurales se beneficiarían de su modernización.

43. Muchos países hacen frente a diversas amenazas simultáneas para la salud de su población, en particular la crisis alimentaria, el cambio climático y otros problemas ambientales. El gasto en esas esferas puede influir positivamente en la salud, siempre que el impacto sanitario se examine y comprenda como es debido. Los planificadores de políticas sanitarias deben ser asertivos y buscar su lugar para participar en la elaboración de los planes de gasto público en esas esferas.

Aumento de la eficacia del gasto en el sector de la salud

44. En el ámbito del sector de la salud, los ministros y sus funcionarios se enfrentan a opciones difíciles. Por ejemplo, siempre es más fácil recortar los **gastos de explotación** con el fin de salvaguardar los **salarios**. Sin embargo, la experiencia en el pasado pone de relieve los riesgos que ello conlleva, a saber: el gasto en salud se vuelve ineficaz cuando los trabajadores sanitarios carecen de suministros; el personal se siente descontento; la escasez de medicamentos esenciales provoca la desconfianza del público en general; y las infraestructuras existentes se deterioran debido a la falta de mantenimiento. Aparecen riesgos similares para la salud y la credibilidad de los servicios sanitarios cuando se recortan los **servicios preventivos** a expensas del **tratamiento**, o se favorece a los **hospitales urbanos** en detrimento de los **dispensarios rurales**.

45. Como reza la sabiduría popular, **toda crisis es también una oportunidad**. Esto se ha confirmado en países como Tailandia. En 1997-1998, el flujo de médicos desde los servicios públicos hacia el sector privado se invirtió, lo que supuso la oportunidad de introducir las reformas necesarias. De forma análoga, los aumentos de los precios derivados de la devaluación en esa misma región hicieron posible introducir políticas farmacéuticas basadas en la sustitución por genéricos. La necesidad de una mayor eficiencia también puede facilitar la introducción de nuevas formas de trabajar, incluida la delegación de funciones, la búsqueda de sinergias entre diferentes programas (por ejemplo, control de la tuberculosis y control del tabaco) y el aumento de la utilización de las tecnologías de la comunicación.

46. En muchos países, **la recesión ha ido acompañada de disturbios sociales**. Así pues, la realidad o incluso la amenaza de trastorno social también puede servir para impulsar la reforma del sector social y sanitario. Sin embargo, seguir esta línea sin reservas conlleva unos riesgos. En numerosos casos se ha demostrado que era un error presuponer que las reducciones drásticas de los presupuestos en el sector público estimularían un proceso racional o bien delimitado de reforma institucional.

47. **Bienes públicos mundiales**. En tiempos de crisis, es importante no olvidar que hay muchas otras amenazas para la seguridad sanitaria. Para preparar a los países frente a las pandemias, la seguridad alimentaria, la guerra y los conflictos, y el impacto de los fenómenos meteorológicos adversos, se necesitan **sistemas mundiales y regionales de vigilancia, coordinación y respuesta**. Es importante que esos sistemas no sucumban ante la desaceleración económica.

48. A escala mundial y regional, la OMS seguirá prestando un apoyo inequívoco y basado en datos probatorios al mantenimiento y, si es posible, el aumento de la financiación para la salud. La OMS también trabajará en estrecha colaboración con los países que se enfrentan a dificultades concretas, cuando así lo soliciten, apoyando a las oficinas en los países con misiones de las oficinas regionales y la Sede.¹

¹ El tema central de este documento es la prestación de apoyo a los países por parte de la OMS, si bien muchas de las cuestiones tratadas afectan a la propia Organización. La crisis financiera ha llevado a examinar cómo puede la OMS ser más eficaz. Se está trabajando para buscar formas de aumentar la eficiencia, explorar métodos nuevos y mejores de trabajo, y revisar las prioridades.

Aplicación de reformas en la esfera de la atención primaria de salud

49. La **atención primaria de salud**, y su objetivo central de avanzar hacia la *cobertura universal*, siguen siendo elementos apremiantes del enfoque de formulación de políticas sanitarias en momentos de crisis económica. De hecho, según se ha indicado *supra*, la llegada de una crisis puede proporcionar el estímulo necesario para iniciar la reforma.

50. En primer lugar, la atención primaria de salud requiere centrarse en **la equidad, la solidaridad y el género**. Por ejemplo, hace que los planificadores de políticas no olviden que la elevada carga de mortalidad materna es el resultado de muchos factores, entre ellos el acceso precario a la atención, el hecho de no prevenir los embarazos no deseados y la situación desfavorable de la mujer en muchas sociedades. Todos esos factores pueden verse exacerbados en una recesión.

51. En segundo lugar, la atención primaria de salud ofrece orientaciones para trabajar en los sistemas sanitarios, reforzando la idea de solidaridad mediante los progresos hacia la meta de una **cobertura universal**. Esto es especialmente importante teniendo en cuenta las presiones cada vez mayores sobre los servicios públicos y la necesidad de encontrar formas de reducir la exclusión. La mancomunidad de riesgos y recursos - elemento central del concepto de cobertura universal - no sólo protege a las personas del gasto catastrófico, sino que también facilita una mayor eficiencia en la asignación de los recursos y, por ende, una utilización más efectiva de éstos.

52. Además, pese a ofrecer una señal política de la firme intención de un país de atender las necesidades de su población, el concepto de cobertura universal sigue siendo específico de cada contexto y **depende de la disponibilidad de los recursos**. Permite entablar un debate público sobre lo que debe incluirse en el conjunto de prestaciones, sin necesidad de recurrir a programas selectivos o de un único objetivo.

53. En tercer lugar, en tiempos de dificultades económicas es esencial disponer de un enfoque de elaboración «conjunta» de políticas sanitarias y públicas. La salud es el resultado de las acciones emprendidas en numerosos sectores de la sociedad. En el ámbito de la atención primaria de salud, se subraya la importancia de **determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud** tales como el impacto de las políticas relativas a la vivienda, la educación, el empleo y la nutrición; los derechos de importación que afectan al acceso a los medicamentos esenciales y a las tecnologías; la restricción de la circulación de personas o mercancías a fin de impedir la propagación de epidemias; las leyes para prevenir la discriminación contra las personas afectadas por el VIH/SIDA; y la importante función que desempeñan el agua salubre, el aire no contaminado y el acceso a un saneamiento adecuado a la hora de proteger la salud y prevenir enfermedades.

54. La atención primaria de salud no está centrada exclusivamente en el sector público, sino que se reconoce la función de los **proveedores no estatales** - privados, voluntarios, organizaciones confesionales y comunitarias - que proporcionan una parte importante de los servicios sanitarios en muchos países.

55. Finalmente, la **participación**, la implicación pública y la transparencia son decisivas para el enfoque de la atención primaria de salud. Con la participación del público, la sociedad civil y los parlamentos, es más probable que se adopten y acepten decisiones racionales sobre la manera de conseguir que el gasto en salud sea más eficaz, en lugar de dejarlas en manos de las burocracias.

Cómo proteger la ayuda para la salud y asegurarse de que es eficaz

56. La OMS seguirá defendiendo frente a todos los **donantes, tanto nuevos como tradicionales**, que es crucial mantener la financiación para la salud. Muchos donantes nuevos han favorecido la financiación de infraestructuras económicas en detrimento del gasto en el sector social. Es preciso reafirmar el argumento de que una fuerza de trabajo sana no sólo será más productiva, sino que es esencial para que las inversiones de los donantes sean rentables. En los países donantes, el mantenimiento de un **apoyo público** sin fisuras **a la ayuda para el desarrollo** tiene más probabilidades de influir en los políticos que los argumentos técnicos por sí solos.

57. Incrementar los esfuerzos para aplicar la **Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (2005)** y el **Programa de Acción de Accra** (adoptados en el tercer Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda, Accra, 2 a 4 de septiembre de 2008) será especialmente importante en tiempo de incertidumbre económica. En particular, los receptores de la ayuda necesitan una financiación *previsible y flexible*, que se ajuste a las prioridades nacionales.¹ Los mecanismos que aumentan la incertidumbre no son útiles. Muchas fuentes de financiación nuevas son inherentemente cíclicas en comparación con las formas tradicionales de la asistencia oficial para el desarrollo. Así pues, los ingresos procedentes de los fondos de inversión y las tasas de viajes disminuirán durante una recesión. Sin embargo, mecanismos tales como el mecanismo internacional de compra de medicamentos (UNITAID), la Alianza GAVI y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria están reduciendo de forma importante los precios de vacunas y medicamentos específicos.

58. Es preciso seguir centrándose en el logro de resultados, si bien será importante interpretar con cierta cautela la tendencia actual de la **financiación vinculada a los resultados**. En tiempos de crisis, quienes obtienen peores resultados pueden necesitar más ayuda.

59. Los **fondos y programas mundiales de salud** (por ejemplo, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la Alianza GAVI) pueden adquirir cada vez más importancia como fuentes de financiación si se reducen las demás formas de asistencia para el desarrollo. En tal caso será importante, especialmente para el Fondo Mundial, que las donaciones a los países se examinen a la luz de sus necesidades con el fin de asegurar sistemas adecuados de prestación - es decir, que beneficien al sector sanitario en su conjunto - así como el suministro de medicamentos para esas tres enfermedades. El logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio depende de que se alcance el equilibrio adecuado en el gasto en productos, individuos y sistemas de prestación.

Trabajo en colaboración

60. Como se ha indicado en los principios *supra*, todas las medidas normativas recomendadas en la presente nota requieren la estrecha colaboración entre todos los actores que participan en el sector de la salud a escala mundial. En un momento de escasez de recursos, el mundo no puede permitirse un sistema de desarrollo en el que la duplicación y el solapamiento de los esfuerzos sean moneda común. Las circunstancias actuales acelerarán el proceso de **reforma de las Naciones Unidas**, y alentarán una **división del trabajo** más racional, sobre la base de las necesidades nacionales y de conformidad con los planes nacionales del sector de la salud.

¹ El Grupo Especial de Alto Nivel sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud, cuyo objetivo es explorar nuevas fuentes de financiación de la salud en los países en desarrollo, examinará estas cuestiones detenidamente.

ANEXO 2

Moderador, oradores y programa

Moderador

Dr. Richard Horton, redactor jefe de *The Lancet*

Oradores

- Andrew STEER, Director General, Políticas e Investigación, Departamento para el Desarrollo Internacional, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
- Excma. Sra. Maria Farani AZEVÊDO, Embajadora, Representante Permanente del Brasil, Misión Permanente del Brasil ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y otras organizaciones internacionales con sede en Suiza
- Richard NEWFARMER, Representante Especial ante las Naciones Unidas y la OMC, Banco Mundial, Washington D.C., Estados Unidos de América
- Manoj KURIAN, Programa Ejecutivo, Salud y Sanación, Consejo Mundial de Iglesias, Ginebra, Suiza

Programa

- 09.10 Palabras de apertura del Presidente, Excmo. Sr. Nimal S. de Silva, Ministro de Salud y Nutrición de Sri Lanka
- 09.20 Palabras de apertura de la Directora General
- 09.30 Introducción a cargo del moderador y observaciones preliminares de los oradores
- 10.00 Debate moderado entre los oradores
- 10.30 Debate moderado con los asistentes
- 12.00 Palabras de clausura de los oradores
- 12.20 Palabras de clausura y conclusiones a cargo del moderador
- 12.30 Clausura de la reunión consultiva por el Presidente

= = =