



**CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL DAS NAÇÕES
UNIDAS
COMISSAO ECONÓMICA PARA ÁFRICA**

Décima Terceira reunião do Comité de Peritos



COMISSÃO DA UNIÃO AFRICANA

Sexta reunião do Comité de Peritos

**Reunião do Comité de Peritos da 4ª Sessão Anual de Reuniões
Conjuntas da Conferência da UA dos Ministros da Economia e
Finanças e da Conferência da CEA dos Ministros Africanos das
Finanças, Planificação e Desenvolvimento Económico**



Distr.: General

E/ECA/COE/30/5/Rev.1
AU/CAMEF/EXP/5(VI)Rev.1
Data: 24 de Fevereiro de 2011
Original: Inglês

*Adis Abeba, Etiópia
24 – 27 Março de 2011*

Investir na Saúde é Investir no Desenvolvimento Económico

**Nota para o Debate do Painel de Alto Nível sobre o Financiamento para a
Saúde em África, subordinado ao tema: “Mais Saúde para o Dinheiro e
Mais Dinheiro para a Saúde”**

Nota para o Debate do Painel de Alto Nível sobre o Financiamento para a Saúde em África, subordinado ao tema: “Mais Saúde para o Dinheiro e Mais Dinheiro para a Saúde”

Resumo

1. Em Abril de 2001, os Chefes de Estado e de Governo africanos reuniram-se em Abuja, Nigéria, e fizeram compromisso para a realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) prometendo atribuir pelo menos a cifra de 15 por cento dos orçamentos nacionais à saúde. Durante a Cimeira de Kampala, em Julho de 2010, os Chefes de Estado comprometeram-se a realizar acções no sentido de “proporcionar financiamento sustentável com a melhoria da mobilização de recursos domésticos, incluindo a parceria público-privada e o seguro nacional de saúde, de modo a alcançar a cifra de 15 por cento da meta de Abuja. Espera-se que isto resulte na redução dos pagamentos directos e na isenção das taxas de utilização, especialmente para as mulheres grávidas e crianças menores de cinco anos. Abril 2011 marcará o 10^o aniversário deste histórico compromisso de Abuja.
2. Desde 2001, África tem vindo a registar progressos em matéria de financiamento para as prioridades e quadros da saúde, com mais países africanos tendo aumentado a proporção da sua despesa pública na saúde; e a assistência ao desenvolvimento para a saúde mais do que duplicou, com o surgimento do Fundo Global para o Combate da SIDA, Tuberculose e Malária e a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI), da Fundação Bill e Melinda Gates e, recentemente, da Parceria Internacional para a Saúde. Esse progresso no financiamento para a saúde tem contribuído para a melhoria da saúde infantil, VIH/SIDA, Tuberculose e Malária.
3. Dez anos depois, a promessa continua não cumprida, em grande parte, uma vez que apenas seis dos 53 Estados-membros da União Africana¹ terem alcançado os compromissos de Abuja sobre o financiamento da saúde. Mais importante, 32 dos 53 Estados-membros da UA ainda investem menos de metade do recomendado pela OMS que é de 40 \$EU. Na verdade 11 destes países investem apenas 5 \$EU ou menos per capita, o que não é suficiente para enfrentar uma combinação de diversos problemas de saúde, e fortalecer os sistemas de saúde².

¹ De acordo com a Aliança de Saúde Pública de África & da Campanha +15%, nomeadamente: o Ruanda 18,5%, o Botswana e o Níger 17,8%, o Malawi 17,1%, a Zâmbia 16,4% e o Burkina Faso 15,8%.

² Aliança de Saúde Pública de África & da Campanha +15%

4. Embora as pessoas sejam hoje mais saudáveis, mais ricas e vivam mais do que em 1990, ano de referência dos valores dos ODM, o progresso tem sido desigual e o peso da doença em África é desproporcional à sua população. Com 11 por cento da população mundial, a África Subsaariana representa 53 por cento das mortes maternas, 50 por cento de mortes de crianças menores de 5 anos e 67 por cento dos casos de VIH/SIDA. Apesar de ter sido registada alguma melhoria nos resultados da saúde em África, o progresso é ainda limitado, distribuído de forma desigual entre os países e nos países e apenas um pequeno número de países africanos estão no bom caminho para atingir os ODM.
5. A mortalidade materna e neonatal, como um importante indicador do desempenho constitui uma grande preocupação e desafio para a África. Progressos significativos, embora variados, foram feitos no sentido dos ODM 4 e 5, para cujos objectivos está a redução de 75% na taxa de mortalidade materna (TMM) e redução em dois terços a mortalidade de crianças menores de cinco anos de 1990 a 2015. Tendo em vista resolver esta a Comissão da União Africana (CUA) lançou, no 7 de Maio de 2009; uma Campanha de Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA), como uma plataforma de advocacia para aprofundar a implementação do Plano de Acção de Maputo sobre a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SRHR). O slogan da CARMMA é "**África Sente: Nenhuma Mulher Deve Morrer ao Dar a Luz**". Na Cimeira de Kampala, em Julho de 2010, os Chefes de Estado se comprometeram a tomar medidas para lançar a CARMMA e a ampliá-la como uma estratégia de advocacia para a promoção da saúde materna, neonatal e infantil (SMNI).
6. Além disso, o investimento nas determinantes sociais da saúde e na acção preventiva, tais como o fornecimento de água potável, o saneamento ambiental, a utilização sustentável do meio ambiente e a melhoria da nutrição e segurança alimentar é inadequado. A ausência de investimento nestas determinantes de saúde pode contribuir ou ser responsável por 10 a 40 por cento dos problemas de saúde na maioria dos países e agravar a mortalidade, especialmente para bebés, crianças e adultos afectados por outras situações de saúde.
7. A economia política da doença em África é tal que as consequências tendem a combinar-se para reforçar-se mutuamente num ciclo vicioso de problemas de saúde, seja de VIH/SIDA, Tuberculose, Malária, Desnutrição, Mortalidade materna e neonatal ou doenças endémicas locais. A pobreza e os débeis sistemas de saúde têm igualmente um grande impacto.
8. Muitos países iniciaram reformas no sector da saúde, e já estão a registar progressos nos ODM. Estes esforços devem ser prosseguidos e aprofundados. Vários países estão claramente a registar progressos no

estabelecimento de novos mecanismos de financiamento para o sector saúde, tais como formas de Financiamento Baseado no Desempenho e diversas formas de seguro contra o risco financeiros proveniente da má saúde. Todas estas formas têm como objectivo elevar a eficiência dos gastos na saúde, tanto de fontes públicas como privadas. Progressos significativos foram igualmente registados na descentralização fiscal, na melhoria dos recursos humanos para a saúde, e no combate à doenças específicas como a malária. De igual modo, a agenda de gestão das finanças públicas ganhou ímpeto e a maioria dos estados africanos encontram-se no processo de reforma das finanças públicas com um enfoque sobre a eficiência, a eficácia, a transparência e a responsabilidade.

II. Problema de Atribuição Orçamental

9. Esforços para alcançar os ODM no domínio da saúde e reduzir o ónus de doenças evitáveis e mortes são dificultados pela falta de maiores investimentos e empenho tanto dos países africanos como dos parceiros de desenvolvimento. Não obstante a recente crise económica e financeira, os parceiros de desenvolvimento comprometeram-se a disponibilizar mais recursos para financiar o sector da saúde em África, tal como evidenciado no compromisso de 4 mil milhões de \$EU assumido na reunião da Cimeira do G-8 em Muskoka, que foi aumentado para 40 mil milhões de \$EU³ durante a revisão dos 10 anos dos ODM na Cimeira das Nações Unidas em Setembro de 2010. Comprometeram-se igualmente a prestar contas, em conformidade com a Declaração de Paris e Agenda de Acção de Acra sobre a Eficácia da Ajuda.
10. Os investimentos no sector da saúde devem ser feitos de uma forma muito mais rentável e as atribuições intra-sectoriais devem ser mais eficientes. Os fundos existentes e adicionais de fontes nacionais e internacionais irão resultar assim na melhoria do rendimento e dos resultados do sector da saúde e progressos mais rápidos rumo à realização dos ODM. A experiência internacional demonstra que as ineficiências mencionadas acima podem ser resolvidas caso sejam tomadas medidas adequadas. Este esforço vai permitir que mais seja alcançado com os recursos já disponíveis, aumentando a confiança no sector da saúde e fortalecendo a sua posição na competição por recursos limitados durante a crise económica.
11. No entanto, a questão do acesso equitativo aos fundos prometidos permanece. Assim, a 15ª Sessão Ordinária da Conferência da UA⁴ solicitou à Comissão da UA, e seus parceiros, incluindo o G-8 a desenvolver um mecanismo de acesso

³ Cimeira das Nações Unidas sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio Setembro 2010; os interessados aprovaram uma Estratégia Global para a Saúde da Mulher e da Criança e comprometeram 40 mil milhões de \$EU em recursos para um esforço global para salvar as vidas de 16 milhões de mulheres e crianças até 2015.

⁴ Assembly/AU/Decl.1 (XV),

aos referidos fundos por parte dos Estados-membros da UA. Para este fim, a CUA está a planificar organizar uma mesa redonda de intervenientes que Moçambique se ofereceu em acolher.

12. No entanto, o alcance da meta de Abuja da atribuição da cifra de pelo menos 15 por cento dos orçamentos nacionais nacional para o sector da saúde é da responsabilidade dos Estados-membros da UA. Nos últimos 18 meses, duas reuniões importantes foram realizadas para debater a falta de sucesso dos Estados-membros da UA em alcançar a meta de 15 por cento dos orçamentos nacionais. A primeira reunião foi realizada em Túnis, para altos funcionários dos Ministérios da Saúde e das Finanças de alguns países Africanos⁵. A segunda reunião foi realizada em Kampala em Julho de 2010, tendo esta reunido os Ministros da Saúde e das Finanças de países africanos seleccionados e Parceiros de Desenvolvimento⁶, num evento paralelo durante a Cimeira da UA, subordinado ao tema "Saúde Materna, Infantil e da Criança e Desenvolvimento". Ambos os eventos analisaram questões importantes, como a comunicação e a colaboração entre o Ministério das Finanças e o Ministério da Saúde com a vista a estimular o diálogo sobre o financiamento do sector da saúde para os ODM da saúde e explorar novas maneiras de trabalhar em conjunto para melhores resultados na saúde. Uma das principais razões que faz com que a meta de 15 por cento continue inalcançável em muitos países é a não interligação entre os Ministérios da Saúde e das Finanças, que são atribuídos ao seguinte:

- (a) Diferentes identidades e culturas;
- (b) Diferentes mandatos e intervenientes ;
- (c) Insuficiente colaboração técnica;
- (d) A falta de cumprimento por parte do Ministério da Saúde das exigências e expectativas do Ministério das Finanças, como o processo de preparação e de execução do orçamento; quadro de despesas; informação, destaque nas considerações financeiras e de eficiência; etc;
- (e) O Ministério das Finanças vê a Saúde como um sector improdutivo;
- (f) O Ministério das Finanças não compartilha da visão/prioridades no sector do Ministério da Saúde;
- (g) Necessidade de uma melhor gestão das finanças públicas, e maior transparência e responsabilização na gestão dos recursos que afluem para o sector da saúde complexo, com muitos actores;
- (h) Incapacidades do Ministério da Saúde em fazer um argumento convincente para um maior investimento no sector da saúde – as despesas com a saúde devem ser encaradas como um investimento e não como um custo.

⁵ Benin, Burkina Faso, Burundi, Etiópia, Quênia, Madagascar, Mali, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Uganda e Zâmbia.

⁶ Camarões, Chade, Etiópia, Egipto, Malawi, Nigéria, Sierra Leone, Uganda e Zâmbia, União Europeia, a CEA, Banco Mundial, Fundo Global, o UNOSIDA, OMS-AFRO, RoolBack Malária e Aliança de Saúde Pública de África

13. Os poucos países que atingiram a cifra de 15 por cento do Compromisso de Abuja fizeram-no, em parte, devido ao apoio dos doadores e parceiros. Os fundos da maioria dos doadores podem ser especificados e, dependendo das condições que lhes são inerentes, podem não contribuir muito para o fortalecimento dos sistemas de saúde nos países beneficiários. Além disso, há a questão da governação e da gestão adequada dos recursos atribuídos ao sector da saúde. Muitos Estados-membros, devem introduzir uma política de tolerância zero à corrupção no sector da saúde. É por isso que os Chefes de Estado em Kampala, comprometeram-se em: "prestar liderança como governos nacionais e atingir a coerência política através do desenvolvimento de planos de saúde integrados no plano de desenvolvimento com doenças transversais e metas de saúde transsectoriais e coordenar acções multisectoriais e parcerias multi-agências".
14. A realização da cifra de 15 por cento pode não necessariamente se traduzir em recursos suficientes para a realização dos ODM. A questão é como é que os países serão capazes de prestar melhores serviços de saúde com os fundos disponíveis e ao mesmo tempo atribuir fundos adicionais para a saúde? Em segundo lugar, relativamente aos países que ainda não alcançaram a meta, que medidas podem ser tomadas para que tal aconteça ?
15. Segundo o Relatório Mundial de Saúde da OMS para 2010, vários factores contribuem para o lento progresso registado actualmente na realização dos ODM. Além da falta de recursos financeiros , estes factores incluem igualmente a má governação e a responsabilização, infra-estruturas subdesenvolvidas, débeis sistemas de saúde, a falta de enfoque sobre resultados, harmonização e alinhamento da ajuda,. Os factores exógenos, incluem a instabilidade política e as catástrofes naturais. As principais fontes de ineficiência são bem conhecidas e podem incluir, ao nível nacional, a débil definição da estratégia que leva à atribuição inadequada de recursos e opções de financiamento; o inadequado processo de aquisição, gestão e utilização de medicamentos; a inadequada combinação de pessoal aliada à falta de incentivos ao desempenho; a utilização excessiva e o excesso de financiamento de determinados serviços de saúde, e dispersões. A desigualdade no acesso aos cuidados de saúde contribui igualmente para a ineficiência do sector da saúde, o que leva a que a classe rica se beneficie mais dos serviços de saúde subsidiados pelo estado. Estes serviços são frequentemente inacessíveis aos mais desfavorecidos, cujas despesas directas com a saúde são enormes e geralmente representam mais de metade das despesas totais do sector da saúde de um país.

iii. Incidência do Diálogo

16. O diálogo deve, portanto, incidir sobre as seguintes grandes áreas e resultados:
- a. Quais as razões que levam ao actual baixo financiamento do sector da saúde em África, (sublinhar o que pode ser feito pelos países africanos para melhorar a situação e aumentar as dotações, bem como alcançar os objectivos onde ainda não seja o caso);
 - b. Que formas inovadoras podem ser aplicadas para se usar os recursos disponíveis de forma mais eficiente/eficaz (por exemplo, orçamentação baseada em resultados para a saúde);
 - c. O que é que se pode advogar para que o investimento e o financiamento para o sector da Saúde, especialmente os cuidados do ciclo saúde materno, infantil e da criança;
 - d. Que podem tanto os Ministérios da Saúde e das Finanças fazer para serem mais eficazes na planificação nacional e no processo de orçamentação, execução, monitorização e avaliação para que haja uma utilização eficiente dos recursos?
 - e. Que tipos de investimento devem ser feitos tendo em conta que o investimento no sector da saúde é um investimento no desenvolvimento económico?
 - f. Que condições são essenciais para garantir que o apoio dos parceiros esteja em conformidade com as prioridades do país?
 - g. O que pode ser feito para melhorar a transparência e a responsabilização no sector da saúde e incentivar os parceiros de desenvolvimento para utilizar os sistemas nacionais para melhor integrar a assistência ao desenvolvimento de forma coerente com a Declaração de Paris e outros compromissos sobre a Eficácia da Ajuda?
 - h. Que oportunidades existem para trabalhar de forma mais efectiva com o sector privado como um parceiro fundamental para a melhoria das condições de saúde e tornar as despesas privadas mais equitativas/o proposto debate do painel visa dar início a esse diálogo.
17. O proposto painel de debate tenciona iniciar este diálogo

IV. Conclusões e Via a seguir

18. O investimento no sector da saúde é um investimento no desenvolvimento económico. Um elemento chave para o desenvolvimento económico sustentável consiste no investimento a longo-prazo no desenvolvimento da saúde, desenvolvimento humano e no desenvolvimento social. O maior património de qualquer sociedade é o seu capital humano. O capital humano é crucial para a criação da riqueza, e do emprego e para a acumulação sustentável e transferência de conhecimentos e habilidades— um valioso pré-requisito para o desenvolvimento industrial, tecnológico e económico. Isso não pode ser alcançado num ambiente onde os elevados níveis de mortalidade e morbidade e a baixa esperança de vida são a norma.
19. O 10º aniversário do compromisso de Abuja e do diálogo entre os Ministros das Finanças e da Saúde sobre o Financiamento ao sector da Saúde em Março de 2011, oferece uma outra oportunidade para fazer um balanço e tomar uma medidas decisivas sobre a realização deste compromisso histórico, e garantir uma gestão criteriosa dos recursos financeiros disponibilizados ao sector da saúde. O objectivo é obter mais saúde por dinheiro e mais dinheiro para a saúde. O Relatório Mundial de Saúde descreve algumas maneiras de como obter mais saúde utilizando os recursos disponíveis, e igualmente formas inovadoras de como mais dinheiro para a saúde pode ser mobilizado.

Documentos

1. Declaração de Abuja sobre VIH/SIDA, Tuberculose e outras doenças infecciosas relacionadas em África [AHG/228 (XXXVII)];
2. Acções sobre a Saúde Materna, Neonatal e Infantil e o Desenvolvimento em África até 2015 [Assembly/AU/Decl.1(XV)];
3. Relatório do diálogo sobre o financiamento da saúde em África durante a 15ª Conferência Ordinária da União Africana, em Kampala, a 24 de Julho de 2010;
4. Processo de Investimento de África;
5. O Relatório Mundial da Saúde 2010 - Sistemas de Financiamento do sector da Saúde, o caminho para uma cobertura universal.