



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC53/8 Rev.1

23 de Junho de 2003

Quinquagésima-terceira sessão

Joanesburgo, África do Sul, 1-5 de Setembro de 2003

**ORIGINAL: INGLÊS**

Ponto 8.1 da ordem do dia provisória

**MACROECONOMIA E SAÚDE: PERSPECTIVAS FUTURAS  
NA REGIÃO AFRICANA**

**Relatório do Director Regional**

**RESUMO**

1. Em Janeiro de 2000, o Director-Geral da OMS criou a Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMS), com o objectivo de analisar as relações existentes entre investimentos acrescidos na saúde, desenvolvimento económico e redução da pobreza.
2. A análise da Comissão revelou que:
  - a) a má saúde contribui significativamente para a pobreza e para o baixo crescimento económico;
  - b) são poucas as afecções responsáveis pela elevada proporção de má saúde e de óbitos prematuros;
  - c) um aumento substancial na utilização de intervenções com boa relação custo-eficácia na abordagem dos problemas de saúde prioritários poderia salvar milhões de vidas por ano;
  - d) é necessário um sistema próximo do utente que permita aumentar as intervenções com boa relação custo-eficácia direccionadas para os pobres;
  - e) o actual nível de gastos com a saúde nos Estados-Membros é insuficiente para permitir a implementação de intervenções com boa relação custo-eficácia.
3. A Comissão recomendou um reforço do compromisso político a nível nacional e internacional, um aumento dos investimentos nos sistemas de saúde próximos do utente e uma maior utilização de intervenções com boa relação custo-eficácia na abordagem dos problemas de saúde ao nível nacional. Considerando que os diferentes Estados-Membros se deparam com desafios diferentes, o presente documento sugere as medidas genéricas que poderão ser empreendidas na formulação de planos de investimento visando o aumento de intervenções com boa relação custo-eficácia para tratar de problemas de saúde e afins prioritários.
4. Solicita-se ao Comité Regional que analise e aprove as medidas genéricas propostas neste documento para implementação das recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde a nível dos países.



## ÍNDICE

### *Parágrafos*

INTRODUÇÃO .....	1-4
PERTINÊNCIA DAS CONCLUSÕES DA COMISSÃO DE MACROECONOMIA E SAÚDE PARA A REGIÃO AFRICANA .....	5-14
RESPOSTAS AO RELATÓRIO DA COMISSÃO DE MACROECONOMIA E SAÚDE AO NÍVEL REGIONAL E NACIONAL .....	15-26
PERSPECTIVAS FUTURAS.....	27-40
CONCLUSÃO .....	41-43



## INTRODUÇÃO

1. A melhoria da saúde não constitui por si só um fim, mas uma via fundamental para a redução da pobreza e para a consecução do crescimento económico sustentável. Na Região Africana da OMS, os resultados na área da saúde deverão ser significativamente melhorados, pois o actual pesado fardo da doença mina significativamente o desenvolvimento sócio-económico.
2. Reconhecendo esses factos, o Director-Geral da OMS criou em Janeiro de 2000, a Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMS), com o objectivo de analisar as relações existentes entre investimentos acrescidos na saúde, desenvolvimento económico e redução da pobreza. As conclusões da Comissão foram publicadas em Dezembro de 2001<sup>1</sup> e demonstraram que se fossem feitos investimentos judiciosos na área da saúde, tal contribuiria para aumentar o crescimento económico nos países em desenvolvimento.
3. Na Quinquagésima-quinta Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Maio de 2002, o Programa de Acção da Comissão de Macroeconomia e Saúde foi recomendado como uma abordagem útil para a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDG)<sup>2,3</sup> e dos objectivos da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD)<sup>4</sup>.
4. O presente documento tenta aplicar as conclusões-chave da CMS na perspectiva africana. Tem como objectivo orientar os Estados-Membros da Região Africana sobre as medidas genéricas a serem empreendidas para a implementação do Programa de Acção recomendado pela CMS, no contexto dos planos nacionais de desenvolvimento e das estratégias nacionais de redução da pobreza.

## PERTINÊNCIA DAS CONCLUSÕES DA COMISSÃO DE MACROECONOMIA E SAÚDE PARA A REGIÃO AFRICANA

5. *A má saúde contribui significativamente para a pobreza e para o baixo crescimento económico (e vice-versa).* Em 1999, estimou-se que o valor em termos económicos dos anos de vida perdidos devido à SIDA atingiu 12% do produto interno bruto de toda a África Subariana. O crescimento económico médio nas áreas livres de paludismo é pelo menos 1% mais elevado do que nas áreas onde o paludismo é endémico<sup>5</sup>. Além disso, estima-se que um aumento de 10% na esperança média de vida à nascença corresponde a um crescimento económico de pelo menos 0,3% a 0,4% por ano.

---

<sup>1</sup> WHO, Macroeconomics and health: Investing in health for economic development, Geneva, World Health Organization, 2001.

<sup>2</sup> Resolução WHA 55.19, Contribuição da OMS para a consecução dos objectivos do milénio da Declaração das Nações Unidas, Maio 2002.

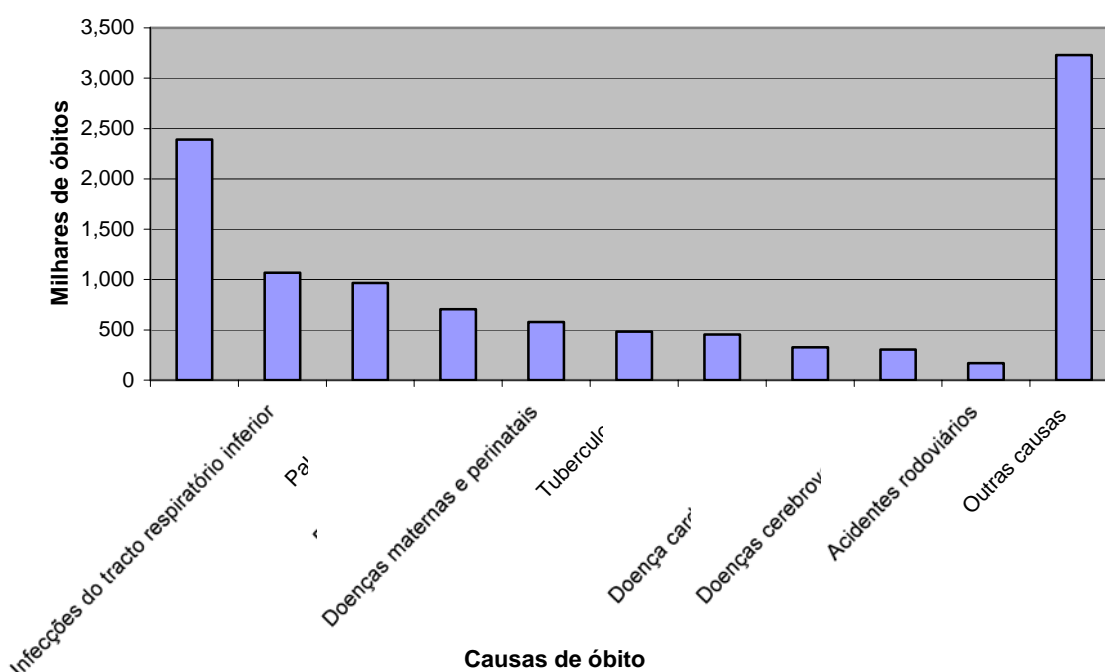
<sup>3</sup> Nações Unidas, Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDG), Nova York, Nações Unidas, 2000.

<sup>4</sup> NEPAD, NEPAD's Human Development Programme: NEPAD Health Strategy, Pretoria, South Africa, 2001.

<sup>5</sup> Gallup, JL and Sachs JD, The economic burden of malaria, *American Journal of Tropical Medicine, and Hygiene, Jan-Fev; 64(1-2 Suppl): 85-96*, 2001.

6. *São poucas as afecções responsáveis pela elevada proporção de má saúde e de óbitos prematuros.* No ano 2000, 70% dos 10,7 milhões de óbitos ocorridos na Região Africana, resultaram das dez causas de doença apresentadas na Figura 1<sup>6</sup>. Só o HIV/SIDA, infecções do tracto respiratório inferior, paludismo, doenças diarreicas e doenças maternas e perinatais, foram responsáveis por 14% das mortes e por 51% dos anos de vida perdidos ajustados às incapacidades. Este pesado fardo da doença e as suas múltiplas consequências sobre a produtividade, demografia e educação contribuíram, significativamente, para o crónico e fraco desempenho económico do continente africano<sup>7</sup>.

**Figura 1: Principais causas de óbito na Região Africana da OMS**



7. *Um aumento substancial na utilização de intervenções com boa relação custo-eficácia na abordagem dos problemas de saúde prioritários poderia salvar milhões de vidas por ano na Região.* Actualmente, estima-se que, em média, 53% das populações têm acesso aos serviços de saúde e que menos de 30% das pessoas têm acesso aos medicamentos essenciais<sup>8</sup>. Muitas intervenções com boa relação custo-eficácia (por exemplo, utilização de materiais tratados com insecticida, aplicação da terapia por observação directa de curta duração – DOTS, preservativos, vacinas contra as doenças letais da infância) encontram-se disponíveis, mas, apesar disso, não estão a chegar aos pobres. Assim, existe a necessidade de aumentar substancialmente a utilização dessas intervenções.

<sup>6</sup> OMS, Relatório sobre a saúde do mundo, 2002, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2002.

<sup>7</sup> Bloom, DE and JD Sachs, Geography, demography, and economic growth in Africa, *Brookings Papers on Economic Activity*, 2:207–295, 1998.

<sup>8</sup> WHO, WHO medicines strategy: Framework for action in essential drugs and medicine policy 2000–2003, Geneva, World Health Organization, 2000.

8. *É necessário um sistema próximo do utente<sup>9</sup>, que permita intensificar as intervenções de saúde pública com boa relação custo-eficácia direccionadas para os pobres.* Os sistemas “próximos do utente”, designadamente os centros de saúde, postos de saúde e casas de saúde da periferia, estão capacitados para aplicarem intervenções-chave<sup>10</sup> com boa relação custo-eficácia, necessárias para a redução do fardo da doença e a melhoria da saúde na Região. A criação de um sistema “próximo do utente” eficaz requer investimentos acrescidos nas infra-estruturas e a melhoria das capacidades dos profissionais de saúde.

9. *Existem oportunidades de melhorar as actuais dotações de recursos no seio dos sistemas de saúde, graças ao aumento da proporção de recursos afectados aos sistemas “próximos dos utentes”.* Ao serem empreendidas reformas significativas no sector da saúde, recursos acrescidos, provenientes dos sistemas de cuidados com excesso de recursos e com pior relação custo-eficácia, poderão ser reafectados a sistemas “próximos do utente” com melhor relação custo-eficácia. Existem ainda provas crescentes na Região de que os hospitais<sup>11</sup> e os centros de saúde<sup>12</sup> podem prestar assistência a mais doentes se os recursos disponíveis forem geridos de melhor forma.

10. *Apesar dos esforços para melhorar a eficiência na utilização dos recursos disponíveis, o nível dos gastos com a saúde nos Estados-Membros não é suficiente para intensificar as intervenções com boa relação custo-eficácia.* As despesas públicas anuais por pessoa na área da saúde situam-se entre 1 e 9 dólares americanos em 29 países; 11 e 23 dólares em 8 países; 37 a 294 dólares em 9 países<sup>13</sup>. O relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde estima em 34 dólares os gastos públicos mínimos por pessoa e por ano, necessários para implementar um pacote essencial de intervenções de saúde pública, por forma a alcançar as metas relevantes de desenvolvimento do milénio e as do NEPAD. Assim, os governos dos 37 Estados-Membros que despendem actualmente menos de 34 dólares americanos per capita com a saúde por ano, necessitarão de aumentar as suas dotações orçamentais, de modo a alcançar o nível mínimo recomendado de gastos com a saúde.

11. *Os Estados-Membros podem aumentar os recursos internos para a saúde.* Em Abuja, os Chefes de Estado dos países africanos assumiram o compromisso de afectar pelo menos cerca de 15% dos seus orçamentos anuais ao sector da saúde.<sup>14</sup> No entanto, no ano 2000, 4 países gastaram menos de 5% do seu orçamento anual com a saúde; 23 países gastaram entre 5,1% e 10,3% do seu orçamento; e 15 países gastaram entre 10,6% e 14,6% do orçamento

---

<sup>9</sup> Um sistema de saúde que presta e promove cuidados curativos, comportáveis, preventivos e básicos em locais habitados principalmente pelos pobres.

<sup>10</sup> Intervenções com boa relação custo-eficácia são todas as intervenções de saúde pública com o menor custo por unidade de eficácia.

<sup>11</sup> Kirigia JM, Emrouznejad A and Sambo LG (2002), Measurement of technical efficiency of public hospitals in Kenya: Using data envelopment analysis, *Journal of Medical Systems*, 26(1):29-45; Asbu EZ, McIntyre D and Addison T, Hospital efficiency and productivity in three provinces of South Africa, *South African Journal of Economics*, 69 (2): 336-358, 2001.

<sup>12</sup> Kirigia, Sambo and Scheel (2001), Technical efficiency of public clinics in Kwazulu-Natal province of South Africa, *East African Medical Journal*, 78 (3): S1-S13, 2001.

<sup>13</sup> OMS, Relatório sobre a saúde no mundo 2002: Reduzir os riscos, promovendo estilos de vida saudáveis, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2002.

<sup>14</sup> OAU, Abuja Declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. Addis-Ababa, Organization of African Unity, 2000.

com a saúde. Apenas dois países despenderam mais de 15% do seu orçamento com o sector da saúde<sup>15</sup>. Isto significa que 44 países gastaram menos de 15% dos seus orçamentos de Estado com a saúde e necessitarão de tomar medidas apropriadas para respeitarem o compromisso assumido pelos respectivos Chefes de Estado.

12. *Apesar do acréscimo na dotação de recursos internos para a saúde, as lacunas no financiamento deverão ser colmatadas com recursos externos.* Estima-se que, a nível mundial, seja necessário mobilizar 27 mil milhões de dólares junto dos doadores internacionais (tendo como referência os actuais 6 mil milhões de dólares americanos) por forma a complementar os recursos internos. Assim, os Estados-Membros devem advogar a favor da sua causa, individual e colectivamente, a nível internacional, a fim de obter uma porção justa desses fundos. Além disso, será necessário melhorar significativamente a gestão dos recursos e a capacidade para utilização dos recursos adicionais, de forma a beneficiar especificamente os pobres.

13. *O investimento nos sectores relacionados com a saúde deve aumentar.* Estima-se que, actualmente, 47% da população na Região não tenha acesso a meios de saneamento adequados; 40,2% não tenha água potável; 40% dos adultos na Região sejam iletrados; a média de inscrições no ensino primário seja de 63% e no ensino secundário de 21%<sup>16</sup>. Estes factos salientam a necessidade de se aumentarem os investimentos em sectores como os da água, saneamento, educação e agricultura, que têm um impacto sobre a saúde, por forma a alcançar as metas relevantes de desenvolvimento do milénio.

14. *Deverá ser aumentado o investimento<sup>17</sup> nos bens públicos mundiais pertinentes para as doenças prioritárias.* Estima-se que dos 70 mil milhões de dólares gastos mundialmente com o desenvolvimento e a investigação na área da saúde, apenas 10% sejam gastos em investigação pertinente para os problemas de saúde dos pobres, que constituem mais de 90% dos problemas de saúde no mundo<sup>18</sup>. Os Estados-Membros e a comunidade internacional devem trabalhar em conjunto para o reforço das instituições nacionais de investigação, gerando dados factuais e informação necessários para melhorar as políticas e estratégias de saúde, as intervenções sanitárias e a prestação de serviços na Região Africana.

## **RESPOSTAS AO RELATÓRIO DA COMISSÃO DE MACROECONOMIA E SAÚDE A NÍVEL REGIONAL E NACIONAL**

### **Resposta a nível regional**

15. Em Junho de 2002, realizou-se em Windhoek, na Namíbia, o seminário regional sobre o reforço de capacidades em economia da saúde, que contou com a participação de 103 economistas de nível superior, planificadores e especialistas de saúde pública de 43 países.

---

<sup>15</sup> WHO, The World Health Report 2002, Geneva, World Health Organization, 2002.

<sup>16</sup> UNDP, Human development report 2002, New York, Oxford University Press, 2002.

<sup>17</sup> Bens públicos são bens consumidos conjuntamente por todos, assim, o seu consumo não é concorrente e exclusivo. Exemplos de bens públicos são as conclusões da investigação, água dos rios e dos lagos, jardins públicos, etc.

<sup>18</sup> Global Forum for Health Research, The 10/90 report on health research 2001–2002, Geneva, World Health Organization, 2002.



Os participantes efectuaram uma análise crítica do seguinte: conclusões e recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde; componente Saúde dos Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza (PRSP); financiamento dos cuidados de saúde; contas nacionais da saúde; avaliação do desempenho dos sistemas de saúde.

16. Os participantes consideraram que os países que pretendam implementar o programa de acção da Comissão de Macroeconomia e Saúde poderiam deparar-se com os seguintes desafios:

- a) capacidade limitada dos Ministérios da Saúde para advogarem e negociarem com outros sectores e parceiros;
- b) debilidade dos sistemas de informação nacionais para a gestão da saúde;
- c) necessidade de rever a componente Saúde dos documentos estratégicos para a redução da pobreza, de forma a incluir as estratégias de intensificação dos pacotes essenciais de intervenções;
- d) proliferação de comissões a nível nacional;
- e) desgaste dos recursos humanos, em consequência da fuga de quadros;
- f) falta de mecanismos sustentáveis de financiamento dos cuidados de saúde;
- g) capacitação dos sistemas de saúde para que dêem resposta às necessidades e expectativas dos pobres;
- h) coordenação do apoio dos doadores, por forma a reforçar as suas contribuições para a consecução das metas nacionais na área do desenvolvimento sanitário.

17. Foram distribuídos aos países um resumo das questões e recomendações emanadas do seminário de Windhoek, bem como o relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde.

### **Respostas a nível nacional**

18. Até Março de 2003, apenas dois países tinham dado passos concretos para a implementação das recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde. As respostas fornecidas por esses dois países são a seguir analisadas.

#### ***Gana***

19. Na sequência da participação do Gana na reunião consultiva realizada em Genebra pela Sede da OMS, em Junho de 2002, o Ministro do Planeamento Económico e Cooperação Regional realizou uma reunião com representantes dos Ministérios da Saúde, Finanças, Administração Local e Desenvolvimento Rural, bem como com representantes dos organismos de cooperação bilateral e multilateral no país, para discutirem as conclusões e as recomendações da Comissão e as perspectivas futuras.

20. Subsequentemente, em 2002, o Presidente do Gana lançou a Iniciativa Nacional sobre Macroeconomia e Saúde, que contemplava:

- a) a criação de uma comissão de aconselhamento para fornecer orientações sobre a formulação do plano para intensificação das intervenções prioritárias e para advogar, ao nível nacional e internacional, a favor dos investimentos acrescidos na saúde;
- b) a criação de uma comissão técnica para empreender uma análise da situação sanitária e uma análise económica de intervenções sanitárias alternativas e de opções de financiamento.

21. No âmbito da Iniciativa Nacional sobre Macroeconomia e Saúde do Gana, foram identificados os seguintes temas para uma análise detalhada: a) gastos com a saúde; b) seguros de saúde; c) questões de saúde nas estratégias para a redução da pobreza do Gana; d) saneamento ambiental e gestão de resíduos; e) água e saneamento nos meios rurais e urbanos; f) mobilização de recursos para intensificação das intervenções sanitárias. Após essa análise, foram elaborados os respectivos relatórios técnicos que foram subsequentemente revistos num seminário em que participaram intervenientes locais e internacionais.

22. A Iniciativa Nacional sobre Macroeconomia e Saúde do Gana está actualmente a elaborar um plano de investimento para facilitar a revisão e acelerar a implementação da componente Saúde das estratégias para a redução da pobreza do Gana.

### *Etiópia*

23. Em Novembro de 2002, uma equipa da OMS e da Universidade de Columbia (EUA) efectuaram uma missão de uma semana na Etiópia, com o objectivo de sensibilizar os decisores políticos e outros parceiros para as conclusões e recomendações-chave da Comissão de Macroeconomia e Saúde. A equipa reuniu com os ministros competentes, membros do parlamento, chefes das delegações regionais de saúde, representantes das agências das Nações Unidas, grupos de doadores, o “*Christian Development Relief Association*,” os Chefes da Associação Etíope de Saúde Pública e a Associação dos Economistas.

24. Consequentemente, o Ministério da Saúde, em colaboração com a OMS e a Universidade de Columbia, elaborou o Plano de Acção de Macroeconomia e Saúde, que abrangeu os primeiros seis meses de 2003. Há actualmente planos para criação de um grupo técnico multisectorial de macroeconomia e saúde, que funcionará sob a direcção do Ministério da Saúde, e de uma comissão directiva central conjunta para implementação do processo de macroeconomia e saúde.

25. Estão planeadas diversas actividades para promover este processo, designadamente:

- a) a realização de um seminário para criação de consensos, dirigido às autoridades competentes dos ministérios, com o objectivo de discutir questões pertinentes sobre macroeconomia e saúde;

- b) um seminário sobre o Programa de Desenvolvimento do Sector da Saúde (HSDP), para discutir as formas como a Iniciativa de Macroeconomia e Saúde poderá catalisar a implementação do HSDP e o Programa de Desenvolvimento Sustentável e de Redução da Pobreza (SDPRP);
- c) seminário(s) participativo(s) de formação sobre a importância da saúde para o desenvolvimento económico, destinado(s) aos membros do parlamento;
- d) seminários que reúnam funcionários do Governo, ONG e doadores, para discutir a forma como as parcerias podem ajudar a melhorar o acesso aos serviços de cuidados de saúde;
- e) utilização dos meios de comunicação para informar o sector público e o sector privado da iniciativa Etíope de Macroeconomia e Saúde.

26. Espera-se que a fase preparatória de seis meses do processo de Macroeconomia e Saúde leve a um investimento de longo prazo que permita acelerar a implementação do Programa de Desenvolvimento do Sector da Saúde e o Programa de Desenvolvimento Sustentável e de Redução da Pobreza.

## **PERSPECTIVAS FUTURAS**

27. O relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde recomenda um maior compromisso político tanto a nível nacional como internacional, maiores investimentos para intensificar a implementação de intervenções essenciais de saúde, graças à utilização de sistemas de saúde “próximos do utente”. Considerando que os diferentes Estados-Membros enfrentam diferentes desafios, e considerando as experiências do Gana e da Etiópia, este documento sugere as medidas que poderão ser empreendidas na implementação das recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde. As medidas abaixo sugeridas deverão ser implementadas no quadro:

- a) das políticas nacionais, dos planos de desenvolvimento e das estratégias de redução da pobreza existentes;
- b) das estruturas e processos administrativos, de planeamento, implementação e monitorização existentes em cada país.

28. As medidas sugeridas a serem empreendidas ao nível dos países são as seguintes:

### **Medida Nº 1: Difusão, ao nível dos países, das conclusões e recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde e criação de consensos sobre a respectiva pertinência**

29. Os Ministérios da Saúde, com o apoio das Representações da OMS nos países, poderão organizar uma reunião dos intervenientes-chave para difusão das conclusões e recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde e para chegar a consenso sobre a sua

pertinência relativamente à situação sanitária nacional. Tal dará início a um processo que permitirá criar um maior compromisso político e financeiro para com o sector da saúde.

**Medida Nº 2: Tomar disposições institucionais para facilitar a implementação das recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde nos países**

30. Os Estados-Membros, individualmente, poderão constituir uma comissão directiva nacional interministerial de macroeconomia e saúde ou, quando apropriado, alargar o mandato e a composição das comissões já existentes que se encontram a desempenhar funções semelhantes, para que implementem as recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde. Essa comissão directiva poderá desempenhar a função de liderança na intensificação das intervenções prioritárias de saúde e, aos níveis nacional e internacional, advogar a favor de maiores investimentos na saúde. Poderá ser composta por ministros da saúde, planeamento económico e cooperação regional, finanças, administração local e desenvolvimento rural, obras públicas e habitação, assim como membros do parlamento, representantes da sociedade civil, sector privado, agências das Nações Unidas e doadores bilaterais e multilaterais.

31. Poderá ser criada uma comissão técnica, que actuará como secretariado da comissão directiva nacional de macroeconomia e saúde, para realizar uma análise da situação sanitária, bem como uma análise económica das intervenções sanitárias alternativas e das opções de financiamento. Esta Comissão poderá incluir um economista da saúde, representantes do sector do abastecimento de água e saneamento, ministérios da saúde, finanças, planeamento económico e cooperação regional, administração local e desenvolvimento rural, assim como representantes da comunidade de doadores e das Representações da OMS nos países.

**Medida Nº 3: Análise e desenvolvimento da estratégia**

32. Com base nas recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde e outros planos estratégicos nacionais, tais como os Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza, a comissão técnica levará a cabo análises do seguinte: situação sanitária nacional; políticas nacionais de saúde, incluindo as políticas e os planos de recursos humanos; desempenho do sistema de saúde (objectivos e funções); contas nacionais da saúde (ou gastos nacionais com a saúde); indicadores macroeconómicos (incluindo a pobreza), por forma a facilitarem a formulação de uma estratégia adequada para intensificação das intervenções sanitárias. As lacunas emergentes na informação e no desempenho dos sistemas de saúde poderão ser abordadas num plano estratégico multi-anual. O principal objectivo deste plano, é alargar a cobertura dos serviços básicos de saúde e afins, após ter em conta a sinergia com os outros sectores relacionados com a saúde. Deve garantir a conformidade com o quadro adequado das políticas macroeconómicas e fornecer a base para colmatar as falhas de informação através de investimento apropriado na investigação operacional.

33. O plano deverá contemplar:

- a) uma análise dos sectores da saúde e os sectores afins;
- b) um conjunto de problemas de saúde prioritários ao nível nacional;

- c) um pacote de intervenções essenciais de saúde pública com boa relação custo-eficácia com vista a tratar dos problemas de saúde existentes;
- d) os actuais níveis de cobertura das várias intervenções essenciais;
- e) a cobertura-alvo das intervenções essenciais de saúde ao nível individual;
- f) o custo da intensificação do uso de intervenções essenciais aos níveis desejados, incluindo o custo do reforço dos serviços de saúde “próximos do utente”;
- g) uma estimativa dos actuais níveis de gastos (decompostos por fonte) com as intervenções essenciais;
- h) uma estimativa da diferença dos gastos por exemplo, a alínea “f” menos a alínea “g” acima referidas;
- i) uma indicação de como as lacunas existentes nos gastos seriam financiadas (a partir de fontes nacionais e internacionais);
- j) uma secção de monitorização e avaliação.

34. Os ministérios e agências com principal responsabilidade pelas componentes específicas das intervenções essenciais de saúde pública definidas deverão elaborar propostas para intensificação dessas intervenções.

#### **Medida Nº 4: Colmatar as diferenças nos gastos**

35. Por recomendação da comissão directiva nacional, a comissão técnica delineará projectos vocacionados para reduzir as diferenças existentes nos gastos. As vantagens e desvantagens de cada projecto deverão ser cuidadosamente examinadas e consideradas, podendo os projectos contemplar: redução das ineficiências técnicas e de dotação nos e entre os sectores e sub-sectores relacionados com a saúde; fim dos procedimentos e intervenções sanitárias de diagnóstico com menor relação custo-eficácia; criação de seguros sociais de saúde ao nível nacional<sup>19</sup> financiados por impostos (por exemplo, sobre o tabaco e o álcool); criação de um imposto dedicado à saúde; reafectação de recursos orçamentais a partir de outros sectores, como o da defesa; redução de subsídios para a indústria transformadora orientada para a exportação; fundos esperados da Iniciativa dos Países Pobres Fortemente Endividados (HIPC); empréstimos a taxas de juro preferenciais e subsídios provenientes de doadores multilaterais e bilaterais; elaboração de propostas-projecto, a serem apresentadas à Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI), ao Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM) e ao Programa Multi-países contra a SIDA do Banco Mundial.

---

<sup>19</sup> Carrin G, Desmet M and Basaza R, Social health insurance development in low-income developing countries: New roles for government and non-profit health insurance organizations, Ch.10 in Scheil-Adlung X. Building Social Security: The challenge of privatization, London Transaction Publishers, 2001.

**Medida Nº 5: Utilização do plano estratégico plurianual (medida Nº 3), para rever os planos de desenvolvimento do sector da saúde e dos sectores afins, bem como as componentes pertinentes dos Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza (PRSP)**

36. Os planos de desenvolvimento do sector da saúde e dos sectores afins (por exemplos, saúde, abastecimento de água e saneamento, educação), e as componentes pertinentes dos PRSP deverão ser revistos para que incluam o plano de intensificação elaborado na supramencionada medida Nº 3.

**Medida Nº 6: Implementação do plano estratégico multi-anual**

37. Os ministérios e as agências com principal responsabilidade pelas componentes específicas do plano estratégico (por exemplo, serviços de saúde, água, saneamento, nutrição) deverão intensificar as respectivas intervenções.

**Medida Nº 7: Monitorização, avaliação e notificação**

38. A comissão directiva nacional de macroeconomia e saúde monitorizará a implementação do plano estratégico, assim como as propostas formuladas por cada ministério ou agência competente. Com esse objectivo, a comissão directiva nacional definirá indicadores-chave e decidirá sobre a frequência da notificação, em consonância com os mecanismos nacionais de notificação. Como princípio orientador, a comissão directiva nacional poderá considerar reunir-se semestralmente para analisar os progressos realizados na implementação do plano estratégico e as suas propostas pertinentes. As lições retiradas dessas análises serão então aplicadas na revisão dos planos.

**Apoio da OMS aos países**

39. A OMS tirará partido da sua vantagem comparativa na saúde, por forma a apoiar os países na implementação das recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde. Especificamente, a OMS irá:

- a) divulgar as conclusões e recomendações-chave da Comissão de Macroeconomia e Saúde junto dos ministros da saúde e outros parceiros do desenvolvimento competentes;
- b) apoiar os países na criação ou reforço dos mecanismos institucionais existentes ao nível nacional para o planeamento, implementação e monitorização das recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde;
- c) prestar apoio técnico à comissão directiva nacional e aos principais ministérios ou agências para lhes permitir que elaborem planos e propostas para intensificação de intervenções nacionais pertinentes;
- d) reforçar a capacidade dos Estados-Membros para recolher, analisar, documentar, divulgar e utilizar dados factuais sanitários e económicos pertinentes;

- e) monitorizar e documentar as lições retiradas da implementação das recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde nos diferentes países e facilitar a partilhada de experiência entre os mesmos.

### **Apoio de outros parceiros**

40. Serão criadas e mantidas alianças a todos os níveis, por forma a assegurar que os Estados-Membros recebam o apoio adequado quando desenvolvem, implementam, monitorizam e avaliam os planos plurianuais para a intensificação dos investimentos em benefício da saúde dos pobres. Tais alianças envolvem os parceiros como as Nações Unidas e as agências bilaterais de desenvolvimento, Banco Mundial, Banco Africano para o Desenvolvimento, Secretariado do NEPAD, Sociedade Civil, ONG a nível nacional e internacional, organizações privadas, organizações académicas e iniciativas mundiais, como por exemplo, o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, Fundo Mundial para as Vacinas e a Vacinação, Travar a Tuberculose e Fazer Recuar o Paludismo.

### **CONCLUSÃO**

41. O presente documento tentou inserir as conclusões-chave da Comissão de Macroeconomia e Saúde no contexto da Região Africana. Propõe ainda sete grandes medidas que poderão ser tomadas pelos países interessados na implementação do plano de acção da Comissão de Macroeconomia e Saúde.

42. Ao trabalharem conjuntamente com os parceiros do desenvolvimento sanitário, os Estados-Membros podem melhorar as suas perspectivas económicas através de maiores investimentos em sistemas de saúde próximos do utente e uma maior utilização de intervenções com boa relação custo-eficácia na abordagem dos problemas de saúde prioritários ao nível nacional.

43. Solicita-se ao Comité Regional que analise e aprove as medidas genéricas aqui propostas para implementação das recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde ao nível dos países.