

# INVESTIR NA SAÚDE



Resumo das conclusões da  
Comissão sobre *Macroeconomia e Saúde*



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Catálogo pela biblioteca da OMS

Investir na saúde: Resumo das conclusões da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde

1. Financiamento, saúde 2. Investimento em saúde 3. Principais doenças transmissíveis 4. Esperança de vida 5. Desenvolvimento económico 6. Redução da pobreza 7. Prestação de cuidados de saúde 8. Países em desenvolvimento 9. Países desenvolvidos | Comissão da OMS sobre Macroeconomia e Saúde

ISBN 92 4 856241 8

(Classificação NLM : WA 30)

© Organização Mundial da Saúde 2003

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser pedidas a: Marketing e Divulgação, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reprodução ou tradução das publicações da OMS – para venda ou para distribuição não comercial - devem ser endereçados a Publicações, mesmo endereço (fax: : +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, nem de suas autoridades, nem tampouco questões de demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam fronteiras aproximativas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Com excepção de erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A Organização Mundial da Saúde não garante que as informações contidas nesta publicação sejam completas e correctas e não pode ser responsável por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.





ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

# INVESTIR NA SAÚDE

## Resumo das conclusões da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde

Índice	Page
Lista dos membros da Comissão .....	5
Prefácio .....	7
A Comissão sobre Macroeconomia e Saúde .....	8
Pobreza e má saúde estão intimamente ligadas .....	10
Conseguir resultados: Evitar oito milhões de mortes por ano até 2010 .....	12
... e gerar um mínimo de 360 mil milhões de dólares anuais até 2015-2020 .....	14
Os fundos suplementares necessários estão fora das possibilidades económicas dos países pobres .....	16
Há necessidade urgente de maior investimento em saúde .....	18
Fornecimento de meios de interesse geral em países pobres .....	20
Acesso a medicamentos essenciais .....	22
Novas maneiras de investir na saúde para o desenvolvimento .....	24
Introdução à macroeconomia e actividades de saúde a nível nacional .....	26
Progressão dos países .....	28

A produção desta brochura “Investir na saúde: Resumo das conclusões da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde” foi possível graças a fundos fornecidos pela Fundação Bill e Melinda Gates.



# Lista dos membros da Comissão

## **Jeffrey D. Sachs, Presidente**

Isher Judje Ahluwalia: Presidente do Grupo de Trabalho 4: A Saúde e a Economia Internacional

K.Y. Amoako: Membro da Comissão

Eduardo Aninat: Membro da Comissão

Daniel Cohen: Membro da Comissão, Co-Presidente do Grupo de Trabalho 1: Saúde, Desenvolvimento Económico e Redução da Pobreza

Zephirin Diabre: Membro da Comissão, Co-Presidente do Grupo de Trabalho 6: Assistência ao Desenvolvimento Internacional e Saúde

Eduardo Doryan: Membro da Comissão

Richard G.A. Feachem: Membro da Comissão, Co-Presidente do Grupo de Trabalho 2: Meios de Interesse Geral para a Saúde

Robert W. Fogel: Membro da Comissão

Dean Jamison: Membro da Comissão, Membro do Grupo de Trabalho 3: Mobilização de Recursos Nacionais para a Saúde

Takatoshi Kato: Membro da Comissão

Nora Lustig: Membro da Comissão, Membro do Grupo de Trabalho 1: Saúde, Desenvolvimento Económico e Redução da Pobreza

Anne Mills: Membro da Comissão, Co-Presidente do Grupo de Trabalho 5: Melhorar os Resultados de Saúde das Pessoas Pobres

Thorvald Moe: Membro da Comissão

Manmohan Singh: Membro da Comissão

Supachai Panitchpakdi: Membro da Comissão, Membro do Grupo de Trabalho 4: A Saúde e a Economia Internacional

Laura Tyson: Membro da Comissão

Harold Varmus: Membro da Comissão



# Prefácio

Há ano e meio, o Professor Jeffrey Sachs apresentou-me o Relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde. De maneira evidente, o Relatório mostra como a doença esgota as sociedades, e como os investimentos em saúde podem ser elementos concretos para desenvolvimento económico. Mas vai mais longe afirmando que a melhoria da saúde pode ser um dos mais importantes factores determinantes de desenvolvimento em países de renda baixa.

O Relatório da Comissão defende uma abordagem de saúde total e mundial com objectivos concretos e prazos específicos. O seu desejo é ver as forças da globalização a trabalhar para reduzir o sofrimento e promover o bem-estar. É a primeira avaliação detalhada dos recursos necessários para atingir alguns dos objectivos essenciais estabelecidos na Declaração do Milénio: um investimento anual de 66 mil milhões de dólares até ao ano 2007. Uma grande parte será proveniente dos próprios recursos dos países em desenvolvimento, mas os países ricos deverão contribuir com cerca de metade – sob a forma de assistência ao desenvolvimento efectiva, rápida e orientada para resultados.

Os investimentos propostos financiam intervenções já experimentadas e que se sabe darem bons resultados. O seu impacto pode ser avaliado em termos de redução do fardo de doença e melhoramento do funcionamento do sistema de saúde. Toda a importância deve ser dada a resultados; investir dinheiro onde se conseguem resultados. Três doenças têm importância capital – VIH/SIDA, tuberculose e paludismo. As doenças materno-infantis, a saúde reprodutiva e as consequências do tabagismo sobre a saúde são também prioridades de saúde em todo o mundo. Qualquer tentativa séria para estimular o desenvolvimento económico e social mundial, e assim promover a segurança humana, deve enfrentar com êxito os problemas causados por esta série de doenças e situações.

Desde o lançamento do seu Relatório, o trabalho da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde principiou a dar os seus frutos. Os governos agiram, tentando mobilizar fundos e desenvolver mecanismos eficientes para encaminhar rapidamente fundos para onde deles há necessidade. Utilizam cada vez mais padrões mundiais para notificar resultados. Mais de 12 países estabeleceram comissões nacionais ou principiam a trabalhar de outras formas para avaliar a maneira de integrar necessidades de saúde actualizadas nos seus planos de desenvolvimento nacionais. Espera-se que este resumo do Relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde seja um estímulo para mais trabalho nos países para examinar as conclusões do relatório e suas implicações para os desafios de saúde e económicos que estão pela frente.

Dra. Gro Harlem Brundtland  
Directora-Geral  
Organização Mundial da Saúde



A Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (CMS) foi lançada pela Directora-Geral da OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland, em 2000. Presidida pelo Professor Jeffrey Sachs, a Comissão tinha por mandato examinar as relações entre saúde e questões de macroeconomia.

## Comissão sobre Macroeconomia e Saúde

Para chegar às suas conclusões, a Comissão organizou a sua investigação e análise entre seis grupos de trabalho que, por sua vez, contrataram uma rede mundial de peritos em saúde pública, em economia e em finanças.

**Grupo de Trabalho 1: Saúde, Desenvolvimento Económico e Redução da Pobreza** dedicou-se ao impacto de investimentos de saúde na redução da pobreza e desenvolvimento económico. Co-Presidentes: Sir George Alleyne e Professor Daniel Cohen.

**Grupo de Trabalho 2: Meios de Interesse Geral para a Saúde** examinou políticas, programas e iniciativas de muitos países tendo um impacto positivo sobre a saúde que vai para além das fronteiras de qualquer país dado. Co-Presidentes: Professores Richard Feachem e Jeffrey Sachs.

**Grupo de Trabalho 3: Mobilização de Recursos Internos para a Saúde** avaliou as consequências económicas de abordagens alternativas a mobilização de recursos internos para sistemas e intervenções de saúde. Co-Presidentes: Professores Alain Tait e Kwesi Botchwey.

**Grupo de Trabalho 4: A Saúde e a Economia Internacional** examinou o movimento comercial em serviços, artigos e seguros no campo da saúde; patentes e direitos de propriedade intelectual relacionados com o comércio; movimentos internacionais de factores de risco; migração de trabalhadores de saúde; políticas de finanças de saúde; outras maneiras do comércio poder afectar o sector da saúde. Presidente: Dr. Isher Judge Ahluwalia.

**Grupo de Trabalho 5: Melhorar os Resultados de Saúde das Pessoas mais desfavorecidas** consagrou-se a opções técnicas, obstáculos e custos de estabelecimento dum esforço mundial importante para melhorar a saúde das pessoas pobres de maneira espectacular até 2015. Co-Presidentes: Dr. Prahbat Jha e Professora Anne Mills.

**Grupo de Trabalho 6: Assistência ao Desenvolvimento Internacional e Saúde** estudou implicações de saúde de políticas de assistência ao desenvolvimento. Co-Presidentes: Sr. Zephirin Diabre e Sr. Christopher Lovelace e Sra. Carin Norberg.

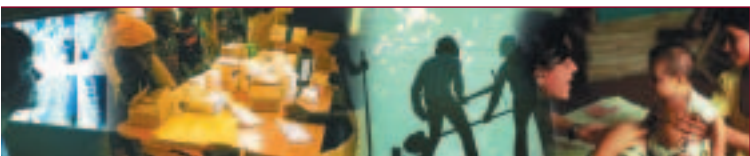
## As Dez Recomendações

As recomendações do Relatório são resumidas num programa de operações, fornecendo a estrutura conceptual para estudo e debate público. Convida-se cada país a avaliar e analisar tais recomendações e a adaptá-las à sua própria situação socioeconómica.

As principais recomendações do Relatório da CMS são:

- 1. Os países em desenvolvimento** devem principiar pelo estabelecimento de acesso universal a serviços de saúde essenciais baseados em evidência epidemiológica e prioridades de saúde das pessoas pobres. Também devem ter por objectivo aumentar o orçamento nacional destinado à saúde em mais 1% do seu PIB até 2007, passando para 2% até 2015, e utilizar os recursos de maneira mais eficiente
- 2.** Os países em desenvolvimento devem estabelecer uma **Comissão Nacional sobre Macroeconomia e Saúde** ou mecanismo semelhante para ajudar a identificar prioridades sanitárias e mecanismos de financiamento, consistente com a estrutura macroeconómica nacional, para atingir as populações mais pobres com intervenções sanitárias eficazes e de baixo custo.
- 3. Os países doadores** devem começar a mobilizar empenhos financeiros anuais para atingir o padrão internacional recomendado de 0,7 do PIB dos países da OCDE, para ajudar a financiar a expansão de intervenções essenciais e maior investimento em investigação e desenvolvimento sanitários e outros “meios de interesse geral”.
- 4.** A OMS e o Banco Mundial devem encarregar-se da coordenação do aumento maciço e sobre vários anos da assistência de doadores a favor da saúde e da monitorização de empenhos e financiamento de doadores.
- 5.** Os governos membros da Organização Mundial do Comércio (OMC) devem assegurar garantias adequadas para os países em desenvolvimento, em especial o direito dos países que não produzem os produtos farmacêuticos apropriados a invocar a autorização obrigatória para importações de fornecedores de produtos genéricos dum terceiro país.
- 6. A comunidade internacional** e organizações como a OMS e o Banco Mundial, devem reforçar as suas operações. O Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo (GFATM) deve ter financiamento adequado para apoiar o processo de intensificação de acções contra tais doenças. Propõe-se um Fundo Mundial para Investigação sobre Saúde (FMIS).
- 7.** O fornecimento de meios de interesse geral deve ser apoiado com financiamento suplementar de organizações tais como a OMS e o Banco Mundial.
- 8.** Incentivos do sector privado para desenvolvimento de medicamentos destinados a combater doenças afectando populações pobres devem ser apoiados. O GFATM e outros agentes de compras devem estabelecer empenhos prévios destinados à compra de novos produtos alvo (tais como vacinas contra o VIH/SIDA, o paludismo e a tuberculose) como um incentivo de mercado.
- 9.** A indústria farmacêutica internacional, em cooperação com a OMS e os países de renda baixa, deve assegurar o acesso a medicamentos essenciais às populações de países de renda baixa. Isto pode ser conseguido com compromissos para fornecimento a países pobres de medicamentos essenciais ao preço comercial mais baixo possível e autorização para produção de medicamentos essenciais a produtores de medicamentos genéricos.
- 10.** O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial devem trabalhar com os países beneficiados para incorporar a melhoria da saúde e outros programas de redução da pobreza numa estrutura macroeconómica viável.

*Relatório da CMS pp. 18-19 e pp. 108-111*



## A pobreza e a má saúde estão estreitamente ligadas

A má saúde enfraquece o desenvolvimento económico e os esforços para reduzir a pobreza.

Para o desenvolvimento económico os investimentos em saúde são essenciais e devem ser uma componente vital das estratégias nacionais de desenvolvimento. Os melhores resultados podem ser conseguidos tendo por alvo a saúde das populações pobres e dos países menos desenvolvidos.

As relações existentes entre má saúde e pobreza são agora bem conhecidas. As pessoas pobres e cuja alimentação é deficiente têm mais probabilidades de ficar doentes e correm um risco maior de morrer devido às suas doenças do que indivíduos com mais possibilidades económicas e mais saudáveis. A má saúde também contribui para a pobreza. As pessoas que caem doentes têm mais probabilidades de cair na pobreza e nela continuar do que indivíduos saudáveis pois as doenças debilitantes impedem os adultos de ganhar a vida. A doença também impede as crianças de frequentar a escola, diminuindo assim as suas possibilidades duma vida adulta produtiva.

Hoje em dia, as epidemias de VIH/SIDA, paludismo e tuberculose estão a piorar, e os países em desenvolvimento estão a sofrer uma erosão rápida dos ganhos sociais e económicos obtidos nos últimos 20 anos. As doenças infantis, exacerbadas por má nutrição, são responsáveis por milhões de mortes infantis que podiam ser evitadas, e os progressos obtidos com a redução da mortalidade materna e perinatal têm sido poucos.

Em 2000, a Comissão sobre Macroeconomia e Saúde decidiu estudar as relações entre saúde e pobreza e demonstrar que investimentos em saúde podem acelerar o crescimento económico. A Comissão concentrou o seu trabalho sobre as pessoas mais pobres do mundo, nos países mais pobres. Demonstrou que as populações desfavorecidas compartilham um fardo desproporcionado de mortes e sofrimento evitáveis; os pobres são mais susceptíveis a doenças devido a má nutrição, más condições sanitárias e falta de água potável, e têm menos probabilidades de acesso a cuidados médicos, mesmo em casos de urgência. Doenças graves podem empobrecer famílias durante muitos anos quando estas perdem renda e vendem bens para satisfazer os custos de tratamento e outras dívidas. O Relatório também mostrou que intervenções existentes e capazes de salvar vidas, incluindo medidas preventivas e acesso a medicamentos essenciais, não chegam até às pessoas pobres. A Comissão declara que durante a próxima década, graças a investimentos suplementares em serviços de saúde essenciais e a reforço dos sistemas de saúde, o mundo pode conseguir vitórias importantes contra as doenças que têm um impacto desproporcionado na saúde e bem-estar das pessoas pobres.

Até recentemente, considerava-se que o desenvolvimento económico era uma condição prévia para verdadeiras melhorias em saúde. Mas a Comissão partiu do contrário desta noção e provou que melhoramentos em saúde são importantes para o desenvolvimento económico. Confirmou que nos países onde a população sofre de má saúde e o nível de educação é baixo é mais difícil atingir desenvolvimento económico sustentável. A grande prevalência de doenças tais como VIH/SIDA e paludismo está associada a diminuições persistentes e importantes nas taxas de crescimento económico. Por exemplo, em certas zonas, a grande prevalência de paludismo está associada a uma diminuição do crescimento económico de pelo menos 1% por ano.

A saúde é uma base fundamental do crescimento económico e do desenvolvimento social. A Comissão mostrou que esperança de vida mais longa e mortalidade infantil baixa estão ligadas a desenvolvimento económico. As pessoas saudáveis são mais produtivas; os bebés e as crianças saudáveis podem desenvolver-se melhor e tornar-se adultos produtivos. E uma população saudável pode contribuir para o desenvolvimento económico do país. Segundo a Comissão, maiores investimentos em saúde podem traduzir-se em centenas de milhares de dólares por ano de renda suplementar que pode ser utilizada para melhorar as condições de vida e a infra-estrutura social nos países mais pobres.

Melhorar a saúde e a esperança de vida das pessoas mais desfavorecidas é um fim em si e um objectivo fundamental do desenvolvimento económico. Está também directamente ligado à realização dos **Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)**, estabelecidos por dirigentes mundiais em 2000 para reduzir a pobreza, a fome, a doença, o analfabetismo, a degradação do meio ambiente e a discriminação contra as mulheres até 2015.

## Acção da CMS nos países

Durante os dois anos 2001-2003, o Relatório da CMS foi introduzido em muitos países. O processo da CMS e as iniciativas de seguimento têm vindo a fornecer oportunidades a grupos nacionais – desde uma série de ministérios a grupos académicos, sociedade civil, ONG e o sector privado – para discutir as suas ideias em relação à saúde e planos para incorporar a promoção de melhor saúde em estratégias de desenvolvimento nacionais.

## Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde

Na Cimeira do Milénio realizada em Setembro de 2000, as Nações Unidas voltaram a afirmar o seu empenho em trabalhar para um mundo onde a mais alta prioridade fosse dada ao desenvolvimento sustentável e à eliminação da pobreza.

**Objectivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome – Alvo 1:** antes de 2015, reduzir a proporção de pessoas vivendo com menos de 1 US\$ por dia a metade do nível de 1990. **Alvo 2:** antes de 2015, reduzir a proporção de pessoas sofrendo fome a metade do nível de 1990.

**Objectivo 2: Conseguir educação primária universal – Alvo 3:** assegurar que, em 2015 em toda a parte, todas as crianças, tanto rapazes como raparigas, poderão completar a instrução primária.

**Objectivo 3: Promover a igualdade entre os sexos e emancipar as mulheres – Alvo 4:** eliminar as disparidades entre os sexos na educação primária e secundária, de preferência antes de 2005, e a todos os níveis de educação o mais tardar antes de 2015.

**Objectivo 4: Reduzir a mortalidade infantil – Alvo 5:** reduzir de dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos.

**Objectivo 5: Melhorar a saúde materna – Alvo 6:** reduzir de três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.

**Objectivo 6: Combater o VIH/SIDA, o paludismo e outras doenças – Alvo 7:** até 2015, reduzir a metade e principiar a inverter a propagação do VIH/SIDA. **Alvo 8:** até 2015, reduzir a metade e principiar a inverter a incidência do paludismo e outras doenças importantes.

**Objectivo 7: Assegurar a sustentabilidade do meio ambiente – Alvo 9:** integrar os princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e inverter as perdas de recursos ambientais.

**Objectivo 8: Criar uma parceria mundial para desenvolvimento:** ajudar os países pobres a erradicar a pobreza, a fome e a morte prematura necessitará de uma nova parceria mundial a favor do desenvolvimento baseada em políticas mais enérgicas e boas maneiras de governar. **Alvo 17:** fornecer acesso a medicamentos essenciais de custo acessível em países em desenvolvimento, em cooperação com campanhas farmacêuticas.



## Conseguir resultados: Evitar oito milhões de mortes por ano até 2010 ...

As doenças e afecções responsáveis pela maior parte das mortes evitáveis em países de renda baixa ou média são poucas. Os esforços feitos para aumentar o acesso a intervenções existentes contra doenças infecciosas, para abordar a saúde reprodutiva e infantil e para enfrentar a má nutrição evitarão milhões de mortes em países pobres e melhorarão a saúde de maneira considerável.

As doenças e afecções responsáveis pela maior parte do déficit mundial em saúde são unicamente um punhado: VIH/SIDA, paludismo, tuberculose; doenças que matam mães e seus bebês; doenças ligadas ao tabagismo; e doenças infantis tais como pneumonia, diarreia, sarampo e outras doenças evitáveis com a vacinação – todas elas agravadas por má nutrição. Em conjunto, são responsáveis pela morte anual de cerca de 14 milhões de pessoas com menos de 60 anos e de 16 milhões entre todos os grupos etários. A maioria de tais mortes ocorre em países em desenvolvimento que são os que gastam menos com cuidados de saúde e onde as pessoas mais pobres são as mais afectadas.

*Relatório da CMS pp. 104-105, Relatório do Grupo de Trabalho 5 pp. 161-170*

Contudo, o grande número de vítimas causadas pelas doenças mais importantes (muitas vezes ligadas a má nutrição) é unicamente uma parte do problema. A extensão do sofrimento e dor causados nos indivíduos é enorme. A todo o momento, centenas de milhões de pessoas estão doentes, sobretudo em países em desenvolvimento. O resultado é que as crianças não vão à escola e os adultos não podem trabalhar ou olhar pelos seus filhos.

A maioria das mortes e enfermidades pode ser evitada. Já existem intervenções sanitárias eficazes que evitam ou curam as doenças que cobram o maior tributo em vidas humanas. Mas o problema continua a ser que tais intervenções não chegam aos mil milhões de pessoas pobres do mundo. A Comissão argumenta que, multiplicando intervenções essenciais e tornando-as acessíveis em todo o mundo, poderiam salvar-se todos os anos até 2010 oito milhões de vidas. Uma resposta alargada poderia aliviar sofrimento infinito, reduzir a morbilidade e a mortalidade de maneira espectacular e fornecer uma oportunidade concreta e mensurável de reduzir a pobreza e assegurar crescimento económico e segurança.

*Relatório da CMS pp. 31-53, Relatório do Grupo de Trabalho 5 pp. 20-54 e pp. 55-76*

Uma resposta alargada exigirá não só um aumento importante em financiamento a favor da saúde mas também um forte empenho por parte dos governos para especificar acções destinadas a reduzir as desigualdades e injustiças no campo da saúde, juntamente com um grande apoio da comunidade internacional e parceiros de todos os níveis da sociedade.

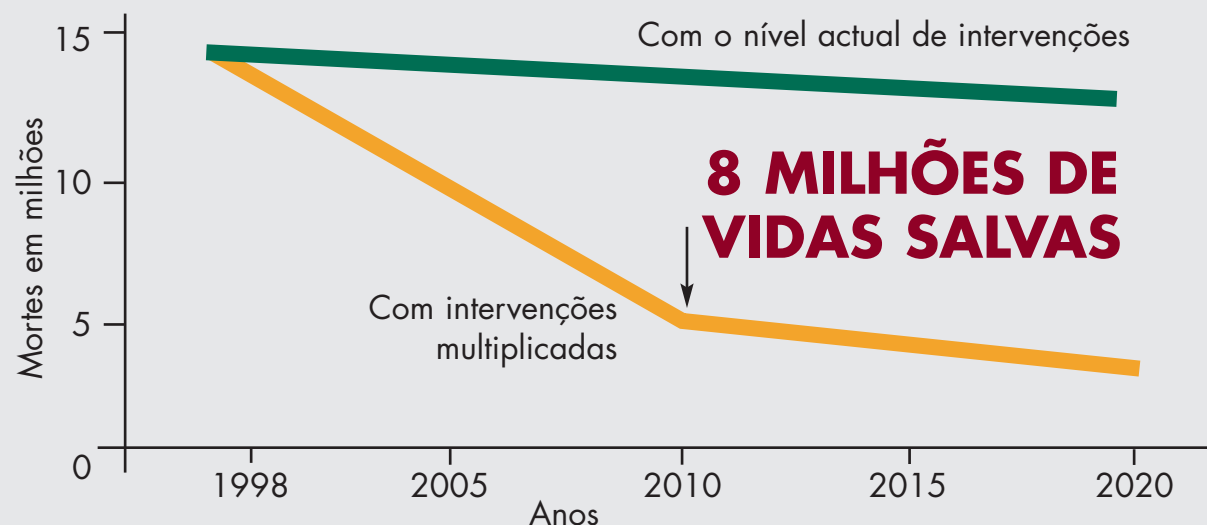
*Relatório da CMS pp. 91-101, Relatório do Grupo de Trabalho 3 pp. 57-100, Relatório do Grupo de Trabalho 6 pp. 35-43*

**Mortes (todas as idades) e sofrimento evitáveis por doenças infecciosas, afecções maternas e perinatais, doenças infantis e deficiências nutricionais.**

- Em 1998 houve:
  - 1,6 milhão de mortes por sarampo, tétano e difteria, todas elas doenças evitáveis com a vacinação
  - 500 000 mortes de mulheres durante a gravidez e o parto, na maioria em países em desenvolvimento
  - Um milhão de mortes por paludismo e 2,4 mil milhões de pessoas vivendo em risco de paludismo
  - 1,5 milhão de mortes por tuberculose e 8 milhões de novos casos da doença
- Em 1999, em países de renda baixa e média, 5,3 milhões de pessoas, na maioria crianças menores de 5 anos, morreram devido a infecções agudas das vias respiratórias e doenças diarreicas.
- Em 2002, mais de 40 milhões de pessoas morreram devido a doenças relacionadas com o VIH/SIDA e 42 milhões viviam com o VIH/SIDA.
- Se os hábitos de fumar não forem alterados, prevê-se que nos próximos 50 anos cerca de 500 milhões de pessoas venham a morrer com doenças relacionadas com o tabaco.

## Multiplicar as intervenções salvará 8 milhões de vidas por ano até 2010

Pessoas com menos de 60 anos mortas devido a doenças infecciosas e distúrbios nutricionais, infecções respiratórias e problemas maternos e perinatais.



### Exemplos de intervenções essenciais para combater doenças importantes, afecções e má nutrição

Tuberculose	Paludismo	VIH/SIDA	Doenças infantis	Materna/perinatal	Tabagismo
<p><b>DOTS:</b> Tratamento de curta duração sob vigilância directa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamento de paludismo sem/com complicações</li> <li>Tratamento intermitente para mulheres grávidas</li> <li>Pulverização do interior das casas com insecticida residual</li> <li>Preparação e resposta a epidemias</li> <li>Marketing social de mosquiteiros tratados com insecticida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transfusões de sangue seguras</li> <li>Prevenção e tratamento de doenças oportunistas</li> <li>Cuidados paliativos</li> <li>Anti-retrovirais e substitutos de leite materno para evitar a transmissão de mãe para filho (MTCT)</li> <li>HAART: Tratamento Anti-retroviral Grandemente Activo</li> <li>Educação por colegas para grupos vulneráveis</li> <li>Programas de trocas de seringas para toxicómanos</li> <li>Marketing social de preservativos</li> <li>Programas sobre o VIH/SIDA destinados a escolares e jovens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico e Tratamento Integrados das Doenças da Infância (DITIDI)</li> <li>Imunização</li> <li>Campanhas de imunização específicas</li> <li>Tratamento de anemia grave</li> <li>DITIDI para tratamento de febre em casa</li> <li>Micronutrientes e vermífugos</li> <li>Políticas para redução da poluição do ar no interior</li> <li>Reforço de alimentos com iodo, ferro, ácido fólico, zinco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planeamento familiar</li> <li>Cuidados de urgência e obstetrícia</li> <li>Assistência a partos habilitada</li> <li>Cuidados pré e pós-natais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientação para deixar de fumar</li> <li>Terapias farmacológicas para evitar o tabagismo</li> </ul>



## ... e gerar um mínimo de 360 mil milhões de dólares anuais até 2015-2020

330 milhões de DALY\*, representando cerca de 180 mil milhões de US\$ em benefícios económicos directos, seriam poupados por cada oito milhões de mortes evitadas todos os anos e mais outros 180 mil milhões de US\$ de benefícios económicos indirectos resultantes de crescente investimento em saúde

Os oito milhões de vidas que seriam salvas todos os anos representam um número muito maior de anos de vida poupados acumulados (os chamados Anos de Vida Adaptados a Incapacidade ou DALY), assim como uma melhor qualidade de vida. Assim, um DALY é uma medida de falta de saúde, correspondendo a um ano de vida saudável perdido. O Relatório da CMS argumenta que, para oito milhões de mortes evitadas todos os anos, seriam poupados 330 milhões de Dalys – acelerando assim o crescimento económico e quebrando o ciclo da pobreza.

A Comissão calcula que 330 milhões de DALY corresponderão em 2015 a cerca de 180 mil milhões de US\$ por ano em economias directas; as populações mais pobres do mundo viverão mais tempo, com mais saúde e, em consequência, poderão ganhar mais dinheiro. Mas os actuais lucros económicos podem ser ainda maiores se os benefícios de melhor saúde ajudarem a estimular o crescimento económico.

Melhorias na esperança de vida e redução no fardo das doenças teriam tendência para estimular o crescimento devido a: taxas de fertilidade mais baixas, maiores investimentos em capital humano, maiores economias domésticas, maiores investimentos estrangeiros e maior estabilidade social e macroeconómica. A correlação entre melhor saúde e maior crescimento económico deriva de análises macroeconómicas sugerindo que benefícios económicos indirectos resultarão em outros 180 mil milhões de US\$ anuais até 2020. Entrando em linha de conta com o valor das vidas salvas e do crescimento económico mais rápido, a Comissão calcula que os benefícios económicos seriam de cerca de 360 mil milhões de US\$ por ano durante 2015-2020, mas possivelmente muito mais.

*Relatório da CMS pp. 12-13, pp. 23-24 e pp. 103-108*

Para atingir estes enormes benefícios em saúde e desenvolvimento económico, a Comissão pede um aumento importante nos recursos atribuídos ao sector da saúde durante os próximos anos. Cerca de metade do aumento total seria proveniente da assistência internacional ao desenvolvimento, com os países em desenvolvimento fornecendo a outra metade dando novas prioridades nos seus orçamentos. Alguns países de renda média também necessitarão de ajuda para enfrentar os grandes custos da luta contra o VIH/SIDA.

\* O termo Anos de Vida Adaptados a Incapacidade é uma medida tanto do número de anos de vida saudável perdidos devido a morte prematura como de anos vividos com incapacidades de importância diferente. Um DALY representa um ano de vida saudável perdido.

O investimento total em saúde deve concentrar-se na expansão gradual de intervenções específicas necessárias à luta contra as principais doenças mortalmente ameaçadoras e incapacitantes e no reforço dos sistemas de saúde para assegurar que chegam a todas as pessoas, especialmente as pessoas pobres. As intervenções devem ser alargadas a doenças e afecções alvo incluindo:

VIH/SIDA; paludismo; tuberculose; sarampo, tétano, difteria e outras doenças evitáveis pela vacinação; infecções respiratórias agudas; doenças diarreicas, afecções maternas e perinatais; má nutrição; e doenças relacionadas com o tabaco.

*Relatório da CMS pp. 35-38 e Relatório do Grupo de Trabalho 5 pp. 19-76*

Além disso, é preciso investir em saúde reprodutiva, incluindo planeamento familiar e acesso a contraceptivos, para complementar investimentos em prevenção e controlo de doenças. A combinação de controlo de doenças e saúde reprodutiva vai provavelmente se traduzir em redução de fertilidade, maior investimento em saúde e educação de cada criança, e diminuição do crescimento populacional.

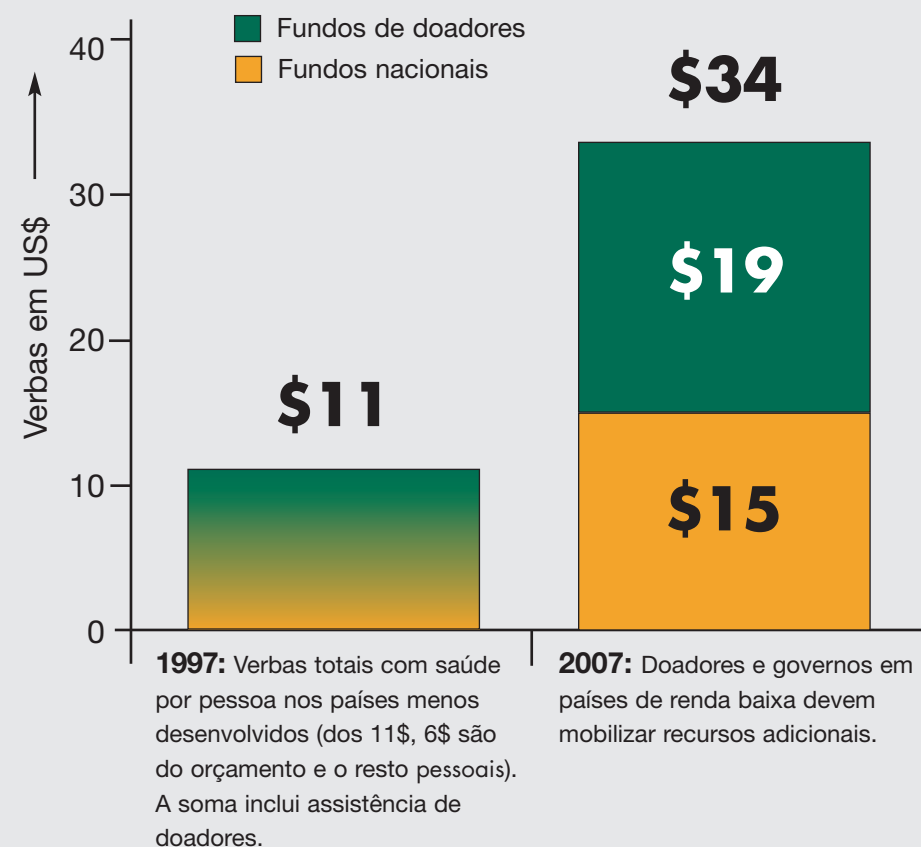
## Despesas internas e assistência de doadores com a saúde (1997-1999)

	Despesas públicas com a saúde (por pessoa, 1997 US\$)	Despesas totais com a saúde (por pessoa, 1997 US\$)	Assistência de doadores para a saúde (por pessoa, média anual 1997-1999)	Média anual da assistência de doadores para a saúde (1997-1999 milhões de US\$)
Países menos desenvolvidos	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>2.29</b>	<b>1,473</b>
Outros países de renda baixa	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>0.94</b>	<b>1,666</b>
Países em desenvolvimento de renda mais baixa-média	<b>51</b>	<b>93</b>	<b>0.61</b>	<b>1,300</b>
Países em desenvolvimento de renda maior-média	<b>125</b>	<b>241</b>	<b>1.08</b>	<b>610</b>
Países de renda alta	<b>1,356</b>	<b>1,907</b>	<b>0.00</b>	<b>2</b>
Todos os países			<b>0.85</b>	<b>5,052</b>

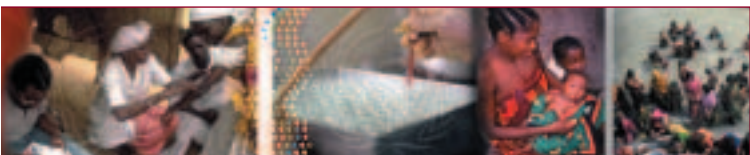
Relatório da CMS p. 56 e Relatório do Grupo de Trabalho 6 pp. 9-23

## Custo de intervenções essenciais

O Relatório da CMS calcula que para multiplicar um conjunto de intervenções essenciais, o mínimo necessário, incluindo para lutar contra a pandemia de SIDA, é em média **34 US\$** (actual) por pessoa/ano. Entre os 48 países menos desenvolvidos, a média das verbas totais com a saúde é de cerca de **11 US\$** por pessoa/ano dos quais **6 US\$** provêm de recursos orçamentais (incluindo assistência de doadores) e o resto de despesas pessoais (1997). Os níveis actuais de apoio de doadores são muito baixos calculados, em 1997-1999, em **2,29 US\$** por pessoa nos países menos desenvolvidos.



Relatório da CMS p. 11, pp. 56-57 e Relatório do Grupo de Trabalho 5 pp. 166-168



## Os fundos suplementares necessários estão fora das possibilidades económicas dos países pobres

Os níveis actuais de investimento dos países em desenvolvimento são muito inferiores aos necessários para enfrentar os problemas de saúde que têm pela frente e para aumentar intervenções e serviços essenciais de saúde.

A Comissão considera que os países de renda baixa devem ter por objectivo utilizar os seus recursos mais eficientemente e aumentar as verbas orçamentais destinadas à saúde de mais 1% do PIB até 2007 e 2% até 2015.

Reconhece, contudo, que mesmo tais medidas serão insuficientes para atingir o nível de financiamento necessário em muitos países pobres – especialmente os afectados pela epidemia de VIH/SIDA.

Para alargar intervenções de saúde e reforçar sistemas de prestação de cuidados de saúde de maneira a garantir o acesso a tais intervenções, especialmente de pessoas pobres, é preciso um aumento importante dos recursos financeiros destinados à saúde. Mas o nível actualmente baixo das verbas destinadas à saúde em países pobres, devido principalmente a falta de recursos e empenho político, é insuficiente para enfrentar os problemas sanitários com que deparam. A Comissão considera que a maior parte dos países pode mobilizar para a saúde recursos nacionais suplementares e utilizá-los de maneira rentável. Acrescenta que as despesas públicas devem ser dirigidas para as pessoas mais desfavorecidas e utilizadas para apoiar planos financeiros comunitários destinados a proteger os agregados familiares contra despesas de saúde catastróficas – sublinhando que em certas zonas, as despesas com cuidados de saúde podem chegar a representar 40% das rendas das famílias.

A Comissão calculou os custos implicados na expansão da cobertura sanitária nos países africanos a sul do Sara e em todos os países em desenvolvimento de renda baixa. O Relatório diz que os governos dos países devem estar no centro dos esforços para elevar as verbas orçamentais nacionais dedicadas à saúde para 35 mil milhões de US\$ por ano até 2007 (1% suplementar do seu PIB) e para 63 mil milhões US\$ até 2015 (2% suplementares do seu PIB), embora para certos países uma quantia mais pequena seja suficiente para alargar a cobertura.

*Relatório da CMS pp. 57-63 e Relatório do Grupo de Trabalho 3 pp. 57-74*

Estes esforços também exigirão acções coordenadas para remover obstáculos estruturais e reforçar a capacidade dos sistemas nacionais de saúde para: prestar intervenções essenciais; estabelecer prioridades em resposta a necessidades nacionais; assegurar equidade; e trabalhar em parceria com outros sectores. Assegurar o empenho de governos, transparência, maneira de governar efectiva, parcerias de doadores e, principalmente, boa gestão do sector da saúde e de outros sectores são recomendações essenciais da Comissão. Reforçar a prestação de serviços essenciais exige um sistema de serviços de saúde devidamente estruturado capaz de atingir as pessoas pobres. Na opinião da Comissão, a criação em centros e postos de saúde ou através de serviços móveis dum **sistema de Contacto Directo com os Utentes (CDU)** é uma das mais altas prioridades para alargar intervenções essenciais. O sistema CDU funcionaria localmente, apoiado por programas à escala nacional para doenças infecciosas importantes e poderia implicar uma mistura entre fornecedores de cuidados de saúde estatais e não-estatais, sob financiamento do Estado.

*Relatório da CMS pp. 64-73 e Relatório do Grupo de Trabalho 5 pp. 50-54*

Além disso, serão precisos esforços para aumentar a participação comunitária e o controlo da sua própria saúde por parte das pessoas, assegurando contudo que tais pessoas têm conhecimento da existência e procuram acesso a intervenções e

serviços de saúde rapidamente disponíveis. Doadores e parceiros externos precisam de trabalhar intimamente com governos para habilitar, ajudar e reforçar a sua capacidade de liderança em prioridades de macroeconomia e saúde.

Para atingir estes objectivos, os países pobres precisarão de aumentar os recursos internos disponíveis para a saúde para convencerem os doadores do seu empenho em aceitar o desafio. Mas mesmo com maior atribuição e maior mobilização de recursos, os níveis de financiamento necessários para cobrir serviços essenciais estão muito longe dos meios financeiros de muitos países pobres – especialmente os destinados à luta contra o VIH/SIDA.

*Relatório da CMS pp. 57-91 e Relatório do Grupo de Trabalho 3 pp. 75-100*

## Mobilização de maiores recursos para a saúde em países de renda baixa

Como uma estratégia de base para reforma do financiamento da saúde, a Comissão recomenda seis fases:

1. Aumentar a mobilização de impostos gerais para a saúde – na ordem de 1% do PIB até 2007 e de 2% do PIB até 2015.
2. Aumentar o apoio de doadores para financiar o fornecimento de meios de interesse geral. Assegurar a pessoas pobres o acesso a serviços essenciais.
3. Converter as despesas pessoais em planos de pré-pagamento – incluindo programas de financiamento comunitário.
4. Intensificação da iniciativa HIPC, em cobertura do país e extensão da remissão de dívida
5. Procurar resolver ineficiências existentes na atribuição e utilização dos recursos do governo.
6. Nova atribuição de gastos públicos de despesas improdutivas para programas do sector social visando as pessoas pobres.

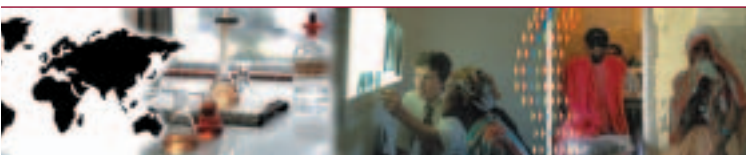
*Relatório da CMS pp. 61-62*

## Mobilização de maiores recursos para a saúde em países de renda média

Como parte duma estratégia de desenvolvimento económico, a Comissão recomenda:

1. Assegurar o acesso universal a intervenções essenciais graças a financiamento público, com transferências fiscais para regiões mais pobres.
2. Fornecer incentivos para a participação de trabalhadores do sector informal em planos de seguro contra riscos.
3. Melhorar a equidade e eficácia graças a orçamentação, contratos de pagamento e medidas de controlo de custos (segundo a experiência de países da OCDE).

*Relatório da CMS pp. 69*



## Há necessidade urgente de maior investimento em saúde

Para colmatar a lacuna financeira, haverá necessidade de fundos de doadores.

A assistência das nações desenvolvidas deve aumentar dos actuais 6 mil milhões de US\$ anuais para 27 mil milhões de US\$ até 2007 e, em seguida, para 38 mil milhões até 2015. A assistência crescente para a saúde deve ser separada dos actuais movimentos de assistência.

Há necessidade urgente de mais **investimentos de doadores** para colmatar a lacuna financeira existente no campo da saúde nos países mais pobres do mundo. Nos últimos anos, os orçamentos de assistência geral diminuíram realmente e estão muito longe das estimativas mesmo conservadoras do que é actualmente necessário para aumentar gradualmente as actividades. Em resposta, a comunidade de doadores não só deve inverter o declínio em assistência geral ao desenvolvimento como também aumentar os seus níveis actuais para apoiar a cobertura alargada de serviços e intervenções de saúde essenciais. Além disso, deve apoiar a expansão da investigação e desenvolvimento e outras intervenções que têm benefícios para a saúde pública mundial (os chamados "meios de interesse geral"). Embora o nível de financiamento requerido aos doadores seja alto em termos absolutos (27 mil milhões de US\$ até 2007 e 38 mil milhões até 2015), a Comissão afirma que a ajuda adicional pode ser conseguida com mobilização. Se todos os doadores aumentarem a sua Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) para atingir o padrão internacional recomendado de 0,7% do PIB dos países da OCDE, o total APD para 2007 de 200 mil milhões de US\$ seriam suficientes para prover a assistência sanitária (27 mil milhões de US\$) assim como outros aumentos importantes em áreas relacionadas com redução da pobreza e crescimento.

A Comissão indica que alguns países de renda média também necessitarão de subsídios, especialmente para satisfazer os custos financeiros da luta alargada contra o VIH/SIDA. Também recomenda que o Banco Mundial e os bancos regionais de desenvolvimento aumentem empréstimos (sem restrições) a tais países para melhorar os seus sistemas de saúde, sem esquecer de entrar em linha de conta com as consequências macroeconómicas dum aumento de dívida.

Apesar do défice evidente em recursos, a Comissão calculou que a melhoria é possível. A assistência de doadores destinada à saúde tem aumentado nos últimos anos (mesmo se a APD global tem diminuído) à medida que os governos doadores foram ficando mais conscientes da ameaça que as doenças infecciosas representam para a segurança mundial e da sua transmissão, bem como dos seus vectores, através das viagens internacionais, do comércio e da emigração. Outro desenvolvimento encorajante é a entrada no sector da saúde de ideias e recursos inovadores de filantropos privados e colectivos.

*Relatório da CMS pp. 91-97 e Relatório do Grupo de Trabalho 6 pp. 9-13*

A Comissão propõe que a OMS e o Banco Mundial, apoiados por um grupo de orientação composto de países doadores e beneficiados, poderiam ser encarregados de coordenar a expansão maciça, e de vários anos, da assistência de doadores para a saúde e controlar os empenhos e pagamentos dos ditos doadores. A implementação desta ideia de maior apoio alargado para a saúde exige o apoio de doadores para criar capacidades de implementação e para enfrentar dificuldades administrativas ou outras.

Tribunas internacionais essenciais (tais como as reuniões do FMI/Banco mundial, a Assembleia Mundial da Saúde e a Conferência das Nações Unidas sobre Financiamento do Desenvolvimento) são ocasiões de empenhos específicos para aumentar a assistência de doadores a favor da saúde.

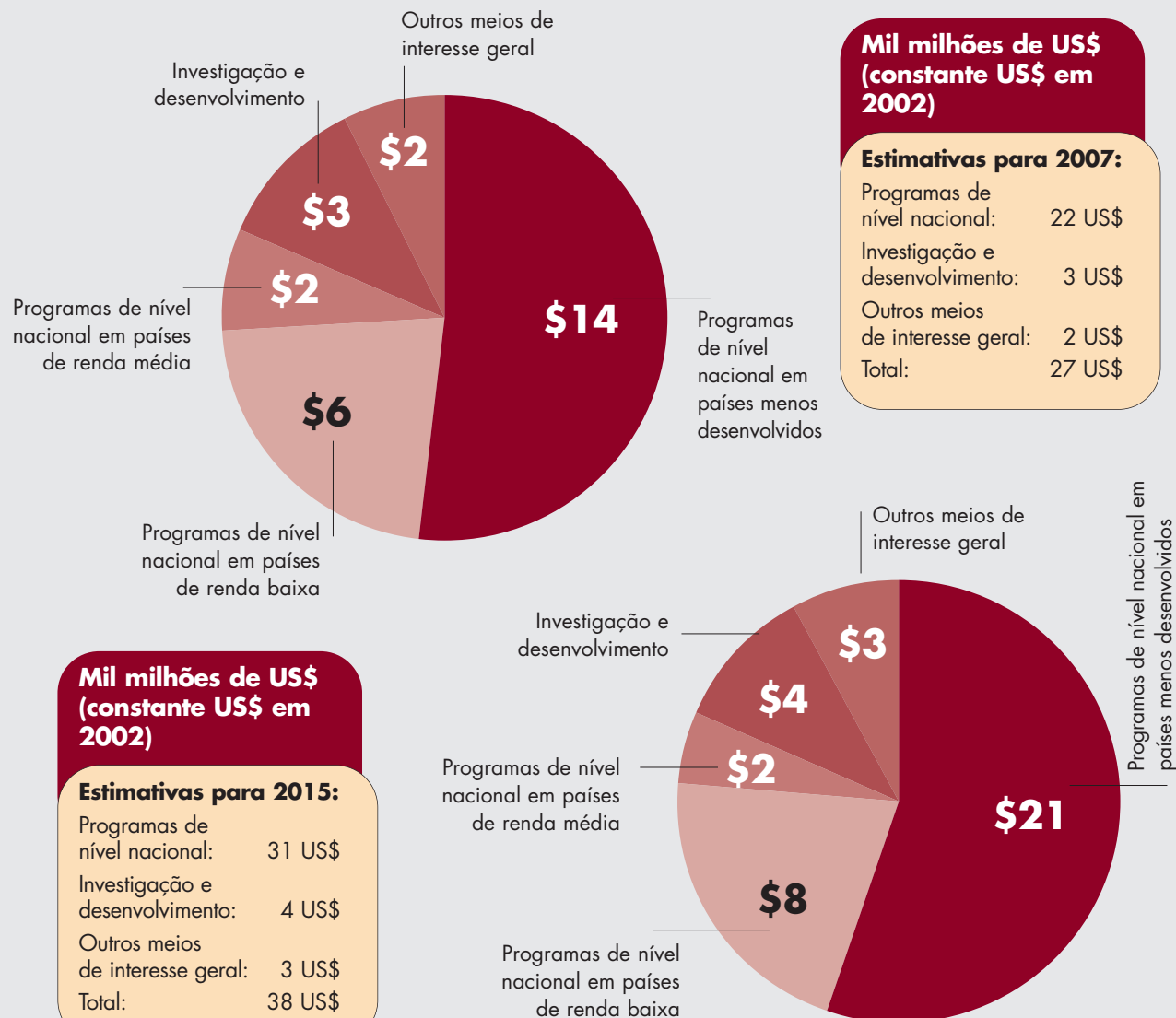
## Empenhos recomendados de doadores

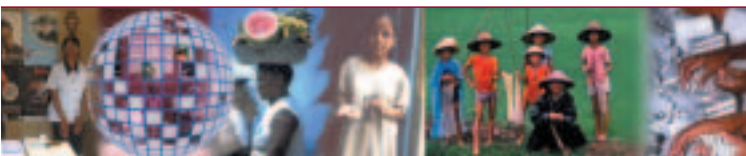
É preciso mobilizar um aumento importante do nível actual, que é baixo, da Ajuda Pública ao Desenvolvimento destinada à saúde de cerca de 6 mil milhões de US\$. Os países doadores podem ajudar contribuindo com cerca de 0,1% do seu PIB – um cêntimo por cada 10 US\$ de renda. Na opinião da CMS, as necessidades totais em subsídios de doadores para programas de nível nacional são de **22 mil milhões de US\$** por ano até 2007 e **31 mil milhões de US\$** até 2015 para os países menos desenvolvidos, de renda baixa e média. Serão precisos esforços para melhorar os empenhos administrativos dos doadores, e apoio rápido para ajudar a superar dificuldades dos países.

*Relatório da CMS pp. 91-103 e resumo do Relatório do Grupo de Trabalho 5*

## Distribuição da assistência (crescente) de doadores recomendada em mil milhões de US\$

Para os países menos desenvolvidos, países de renda baixa e países de renda média





## Fornecimento de meios de interesse geral em países pobres

O impacto de certas intervenções e actividades em saúde – tais como a erradicação duma doença ou investigação e desenvolvimento no campo da saúde – ultrapassa as fronteiras dum país para benefício de toda a humanidade. Em países em desenvolvimento, estes meios chamados de ‘interesse geral’ são geralmente mal financiados pelos governos e exigem preparação e financiamento global. A Comissão insiste pela atribuição ao desenvolvimento de meios de interesse geral visando as necessidades sanitárias das pessoas pobres de pelo menos 5 mil milhões de US\$ por ano até 2007 e 7 mil milhões de US\$ por ano até 2015.

O impacto de certas intervenções e actividades em saúde – tais como a erradicação duma doença ou investigação e desenvolvimento no campo da saúde – ultrapassa as fronteiras dum país para benefício de toda a humanidade. Em países em desenvolvimento, estes meios chamados de interesse geral são geralmente mal financiados pelos governos e exigem preparação e financiamento global. A Comissão insiste pela atribuição ao desenvolvimento de meios de interesse geral visando as necessidades sanitárias das pessoas pobres de pelo menos 5 mil milhões de US\$ por ano até 2007 e 7 mil milhões de US\$ por ano até 2015.

O combate contra as doenças exige não só intervenções eficazes e de baixo custo, sistemas de saúde mais fortes, empenhos políticos e recursos, mas também investimentos importantes em meios de interesse geral. Entre estes, um dos mais importantes é a investigação e desenvolvimento visando as necessidades sanitárias das pessoas pobres. A Comissão declara que o VIH/SIDA, a tuberculose, o paludismo, as doenças infantis e a saúde reprodutiva necessitam de novos medicamentos economicamente acessíveis e eficazes. Também há necessidade de microbicidas eficazes, novos pesticidas para controlar as doenças transmitidas por vectores, e novos medicamentos para procurar resolver a ameaça crescente de resistência a medicamentos. Contudo, os mercados dos países ricos oferecem pouco incentivo para a investigação e desenvolvimento de novos produtos para lutar contra doenças que ocorrem principalmente em países em desenvolvimento.

Além de investigação e desenvolvimento visando doenças e afecções específicas, deve melhorar-se a recolha e análise de dados epidemiológicos e a vigilância de doenças infecciosas a nível internacional. É preciso mais apoio para recolha de dados e análise das tendências de saúde a nível mundial, análise e divulgação de melhores práticas em controlo de doenças e gestão de sistemas de saúde, e assistência e formação técnicas. Estes meios de interesse geral são forças essenciais no processo de melhoria; a sua implementação e difusão internacional é uma responsabilidade central da Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial e outras organizações internacionais.

Para ajudar a canalizar o maior investimento em investigação e desenvolvimento, a Comissão propõe o estabelecimento de um novo Fundo Mundial de Investigação sobre a Saúde (FMIS) além dos principais canais existentes de investigação e desenvolvimento (OMS, várias parcerias públicas/privadas de luta contra a SIDA, a tuberculose e o paludismo, e o Fórum Mundial para Investigação sobre Saúde). Um objectivo essencial do FMIS seria apoiar investigação biomédica e científica de base e aplicada sobre os problemas de saúde que afectam as pessoas pobres e sobre os sistemas e políticas de saúde necessárias para os resolver. O FMIS poderia criar nos próprios países em desenvolvimento capacidades de investigação a longo prazo.

Finalmente, como o sector público não tem possibilidades para melhorar o fornecimento de certos meios de interesse geral, a Comissão diz serem precisos incentivos para encorajar a indústria farmacêutica do sector privado a desenvolver novos e melhores medicamentos, vacinas e outras intervenções destinadas a países de renda baixa. Isto inclui alargando a regulamentação de 'medicamentos órfãos' (medicamentos que tratam doenças afectando unicamente uma percentagem muito pequena da população) a doenças ocorrendo essencialmente em países em desenvolvimento, assim como empenhos prévios para compra de novos medicamentos e vacinas prioritários.

*Relatório da CMS pp. 8-9, 76-86 e Relatório do Grupo de Trabalho 2 pp. 26-45*

## A Comissão pede um aumento para investigação e desenvolvimento:

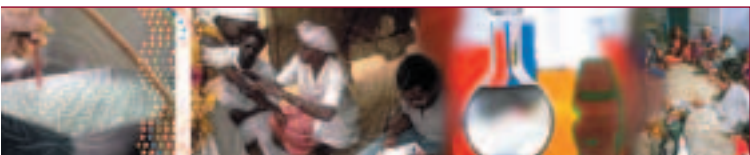
- 1,5 mil milhões de US\$ por ano para instituições existentes implicadas em investigação e desenvolvimento de novas vacinas e medicamentos. Isto inclui o Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais (TDR), a Iniciativa da OMS para Investigação sobre Vacinas (IVR), o Programa de Reprodução Humana do PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial (HRP), e as parcerias públicas-privadas para lutar contra o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo.
- 1,5 mil milhões de US\$ por ano através do Fundo Mundial para Investigação sobre Saúde (FMIS) que apoiaria investigação científica de base sobre a saúde (incluindo epidemiologia, economia da saúde, sistemas de saúde e políticas de saúde) e ajudaria a criar capacidade de investigação a longo prazo em países em desenvolvimento.
- Maiores verbas para investigação aplicada a nível nacional, juntamente com o aumento de intervenções de saúde, igual a pelo menos 5% do financiamento do programa nacional.
- Maior disponibilidade de informações científicas na internet com esforços para aumentar as ligações de universidades e centros de investigação em países pobres.
- Modificação da regulamentação dos medicamentos órfãos nos países de renda alta para incluir doenças dos pobres.
- Compromissos prévios de compra de tecnologias visadas tais como vacinas para o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo como um incentivo de mercado.

*Relatório da CMS p. 85 e Relatório do Grupo de Trabalho 2 pp. 26-45*

## O Fosso 10/90

Muitas tecnologias novas, tais como genéticos e progressos em diagnóstico têm visado as necessidades sanitárias dos países industrializados em vez das necessidades dos países em desenvolvimento. Esta diferença em investigação entre os problemas de saúde das pessoas ricas e os das pessoas pobres é conhecida como o Fosso 10/90. Menos de 10% dos fundos mundiais para investigação são destinados a problemas de saúde que têm a maior importância para as populações dos países em desenvolvimento e que representam 90% do fardo mundial de doença.

*Relatório da CMS p. 79 e Relatório do Grupo de Trabalho 6 p. 42*



## Acesso a medicamentos essenciais

A indústria farmacêutica internacional, juntamente com os países de renda baixa e a OMS, deve assegurar o acesso dos países pobres a medicamentos essenciais, empenhando-se a fornecê-los nos meios mais pobres ao preço comercial mais baixo possível.

Muitas pessoas em países de renda baixa não têm acesso a medicamentos essenciais – devido principalmente ao facto que tanto as pessoas pobres como os seus governos não têm possibilidades financeiras para a sua compra. Entretanto, a falta de médicos e de trabalhadores de saúde para escolher, receitar e aconselhar sobre a utilização correcta dos medicamentos disponíveis, agravada por sistemas de saúde fracos e serviços comunitários móveis deficientes, impediu uma abordagem orientada para a procura e desviou dos pobres benefícios. Em muitos países, o acesso a medicamentos essenciais é dificultado por sistemas de aquisição opressivos, processos reguladores internos, e grandes impostos e taxas sobre importações.

Ao mesmo tempo, os fabricantes farmacêuticos continuam a manter grandes margens de lucro, especialmente nos mercados dos seus países ricos como compensação para as despesas de investigação e desenvolvimento. Contudo, em países pobres, para aceder a medicamentos é preciso que os preços sejam praticamente ao custo de produção pois os preços dos medicamentos protegidos por patentes são inacessíveis para pessoas pobres. Além disso, prevê-se que num futuro próximo, um número crescente de medicamentos essenciais serão protegidos por patente. A Comissão considera que a melhor solução é fixar preços diferentes em mercados de renda baixa. Com atribuição de preços diferentes, os países ricos suportariam os custos de investigação e desenvolvimento, pagando assim preços relativamente mais altos para produtos com patente, enquanto os países pobres pagariam preços próximos dos custos de produção. O Relatório também recomenda a concessão de licenças a produtores de medicamentos genéricos de grande qualidade para uso em mercados de renda baixa quando a indústria farmacêutica não deseja abastecer tais mercados, ou quando os produtores de medicamentos genéricos podem demonstrar que são capazes de produzir tais medicamentos de grande qualidade mas a um custo nitidamente inferior.

A Comissão pede uma nova estrutura mundial para acesso a medicamentos salvadores que inclua planos de fixação de preços diferentes em mercados mais pobres como norma de funcionamento, atribuição mais alargada de licenças a produtores de medicamentos genéricos, e acordos sobre compras por atacado. Também recomenda que a OMS, os países de renda baixa e a indústria farmacêutica reunam as suas forças e estabeleçam um acordo sobre directivas para fixação de preços e de licenças de produção de tecnologias essenciais em países em desenvolvimento para assegurar um fornecimento sem interrupção de medicamentos essenciais. Tais directivas identificariam um conjunto designado de medicamentos essenciais para países de renda baixa, a preços nitidamente reduzidos.

A par de todos estes esforços, a indústria farmacêutica deve continuar a ser um parceiro essencial e aderir às regras do comércio internacional relativas ao acesso a medicamentos essenciais. Ao mesmo tempo, uma forte protecção dos direitos de propriedade intelectual para manter os incentivos da indústria farmacêutica destinados a investigação e desenvolvimento de novos medicamentos poderia ser uma solução possível e eficaz.

Finalmente, o sector colectivo em países em desenvolvimento também tem um papel importante a desempenhar assegurando que a sua própria força de trabalho tem acesso a medicamentos e serviços essenciais. Por exemplo, as companhias mineiras da África do Sul que estão no centro da epidemia de VIH/SIDA, têm uma responsabilidade especial em ajudar a evitar a transmissão da doença e em assegurar que os seus trabalhadores têm acesso a medicamentos essenciais e cuidados.

*Relatório da CMS, pp. 86-91*

## Responsabilidades dos países de renda baixa

Os países de renda baixa devem procurar satisfazer as suas próprias obrigações, incluindo:

- Evitar que os medicamentos com preços mais baixos sejam reexportados para países desenvolvidos, quer legalmente quer através do mercado negro.
- Remover obstáculos ao acesso ao mercado tais como impostos e quotas sobre a importação de medicamentos essenciais.
- Regular e cooperar com a comunidade de doadores para assegurar o uso efectivo de medicamentos a fim de limitar o aparecimento de resistência e outros efeitos contrários que podem acompanhar uma administração deficiente.
- Assegurar propostas competitivas, compras em atacado e transparência na fixação de preços.

*Relatório da CMS pp. 89-90, e Relatório do Grupo de Trabalho 4 pp. 33-35*

## Responsabilidades da comunidade internacional

- A comunidade de doadores deve garantir financiamento adequado para compra, controlo e utilização segura de medicamentos.
- A OMS, a indústria farmacêutica e os países de renda baixa devem fazer um acordo sobre directivas para fixação de preços e licenças de produção em países de renda baixa. Isto deve ser apoiado por uma boa protecção dos direitos de propriedade intelectual nos mercados de renda mais alta para fornecer incentivos para investigação e desenvolvimento de novos medicamentos.
- Os governos membros da Organização Mundial do Comércio devem assegurar garantias adequadas para os países em desenvolvimento e, em particular, o direito dos países que não produzem medicamentos essenciais a invocar autorização obrigatória para importar de fornecedores de medicamentos genéricos de países em desenvolvimento.

*Relatório da CMS pp. 88-91, e Relatório do Grupo de Trabalho 2 pp. 25-45*

## Responsabilidades da indústria farmacêutica

- A indústria farmacêutica deve cooperar com a OMS e os países de renda baixa para em conjunto chegarem a acordo sobre directivas. Tais directivas forneceriam um mecanismo transparente de fixação de preços diferentes visando os países pobres, e identificariam uma lista designada de medicamentos essenciais para VIH/SIDA, tuberculose, paludismo, infecções respiratórias, doenças diarreicas e doenças evitáveis pela vacinação, aos preços comerciais mais baixos possível.
- A indústria concordaria em conceder autorização sobre as suas tecnologias a produtores de produtos farmacêuticos genéricos de grande qualidade para fornecimento de países de renda baixa quando:
  - Ela própria não quer abastecer tais mercados
  - Os produtores de genéricos podem demonstrar ser capazes de produzir medicamentos de grande qualidade a preços nitidamente inferiores.

*Relatório da CMS p. 89, Relatório do Grupo de Trabalho 4 pp. 25-45 e Relatório do Grupo de Trabalho 2 pp. 39-44*



# Novas maneiras de investir na saúde a favor do desenvolvimento

Para melhorar a saúde das pessoas pobres, é preciso uma parceria mundial com a participação das nações ricas e das nações pobres para multiplicar o acesso a serviços de saúde essenciais. Em países de renda baixa, a saúde poderia ser melhorada com esforços para criar mecanismos de financiamento inovadores e novas estruturas, assim como para desenvolver uma aliança forte entre sectores à volta de objectivos comuns. A criação dum sistema de contacto directo com os utentes ajudaria a alargar a cobertura e o acesso a serviços essenciais.

Encontrar novas maneiras de angariar recursos adicionais é da maior importância para melhorar a saúde, reduzir a pobreza e conseguir progressos importantes rumo aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Como conseguir progressos exigirá um aumento importante em financiamento internacional, é essencial uma **parceria** efectiva de doadores e países beneficiários, baseada em confiança mútua e resultados. Esta parceria entre países ricos e países pobres ajudará a mobilizar investimento em saúde, e a alargar o acesso a serviços de saúde essenciais com uma orientação para intervenções específicas destinadas a combater doenças importantes. Sob a nova parceria, o financiamento da saúde evolucionaria em paralelo com reformas nacionais necessárias e melhor mobilização de proventos de impostos a favor da saúde. Os mecanismos de financiamento por doadores evolucionaria para incluir maior remissão de dívida.

Os esforços destinados a fornecer maior financiamento por doadores exigirão **mecanismos de financiamento inovadores tais** como o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo (GFATM), a Aliança Mundial para Vacinas e Vacinação (GAVI) e o estabelecimento dum novo Fundo Mundial para Investigação sobre Saúde (FMIS) para ajudar a canalizar as verbas crescentes de investigação e desenvolvimento. Para apoiar iniciativas de redução da pobreza orientadas pelo país, **estruturas eficazes** tais como os Estudos sobre Estratégias de Redução da Pobreza (PRSP) são abordagens prometedoras às relações entre doadores e países beneficiários. E novas modalidades de fornecimento de fundos adicionais e alargamento do sector da saúde, tais como a Abordagem à Escala de Sector (SWAp), podem servir como meios úteis para doadores e países beneficiários ou para coordenação de planos de acção.

*Relatório da CMS, pp. 97-101*

As provas apresentadas pela Comissão também sugerem que a redução da pobreza será mais efectiva se também se aumentarem os investimentos em outros sectores. Investimentos complementares e colaboração entre sectores, como da educação, água, saneamento, etc., terão impacto sobre a saúde. Além disso, a participação e cooperação do sector privado, especialmente da indústria farmacêutica, é essencial para assegurar acesso aos medicamentos da maior necessidade em países de renda baixa.

Uma das principais prioridades da Comissão para alargar esforços é a utilização dum sistema inovador e bem estruturado, o sistema de contacto directo com os utentes (CDU) para ajudar a aumentar a cobertura sanitária para as pessoas pobres. Contudo, o estabelecimento dum sistema CDU efectivo não é tarefa fácil. Exige liderança nacional forte, associada a capacidade local e responsabilidade. Isto exigirá empenho político renovado, maior capacidade de organização e maior transparência em serviços públicos e elaboração de orçamento – tudo isto apoiado por um aumento no financiamento e

transparência, incluindo controlo e avaliação regulares. Além disso, é essencial a participação da comunidade. Sem isto, será impossível aumentar os cuidados preventivos e tratamento para as principais doenças mortalmente ameaçadoras e incapacitantes.

*Relatório da CMS pp. 97-101, e Relatório do Grupo de Trabalho 5 pp. 50-54*

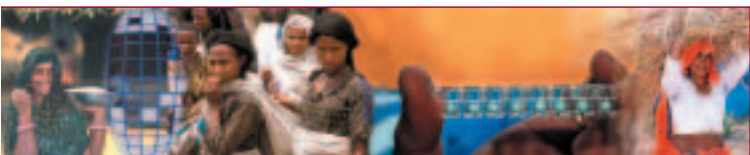
## Facilitar investimentos em saúde

- A estrutura do **Estudo sobre Estratégias de Redução da Pobreza (PRSP)** facilita mecanismos de financiamento por doadores e proporciona 1) vasta anulação de dívidas, 2) liderança do país na preparação de estratégias nacionais, 3) participação da sociedade civil em cada fase do processo, 4) abordagem completa à redução da pobreza e 5) coordenação de doadores para apoiar os objectivos do país.
- **Uma Comissão Nacional sobre Macroeconomia e Saúde (CNMS)** pode levar a cabo melhoramentos graças a: 1) avaliação de prioridades de saúde, 2) estabelecimento duma estratégia de expansão, 3) trabalho em conjunto com outros sectores relacionados com a saúde, 4) garantia duma estrutura macroeconómica válida e 5) preparação, juntamente com a OMS e o Banco Mundial, duma linha de base epidemiológica, alvos funcionais e um plano de financiamento.
- As **abordagens à Escala de Sector (SWAp)** podem facilitar melhoramentos fornecendo a doadores e beneficiários um mecanismo de coordenação inovador para fornecimento de fundos adicionais através de: 1) planeamento conjunto entre países doadores e autoridades nacionais, 2) acordos sobre estratégias para apoio e 3) recolha de assistência para estratégias concebidas pelo país e dirigida pelo país.
- **O Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo (GFATM)** pode apoiar o processo de extensão fornecendo fundos para programas de nível nacional. A Comissão propôs que, dos 22 mil milhões de US\$ da assistência global proposta, 8 mil milhões de US\$ por ano sejam atribuídos ao GFATM até 2007. O GFATM deve essencialmente: 1) visar assistência financeira aos países mais pobres, 2) fornecer fundos aos países com estratégias viáveis, 3) fornecer subsídios para preparação de propostas, 4) encorajar propostas que reflectam um diálogo nacional sobre saúde e 5) apoiar esforços fiscais evidentes.

*Relatório da CMS pp. 79-81, e Relatório do Grupo de Trabalho 6 pp. 36-43*

- Um possível **Fundo Mundial de Investigação sobre Saúde (FMIS)** sugerido pela Comissão pode apoiar investigação básica, biomédica e de ciências aplicadas sobre problemas de saúde das pessoas pobres e sobre políticas e sistemas de saúde necessários para os resolver. A Comissão propõe que **1,5 mil milhões de US\$** sejam dedicados ao trabalho do FMIS como parte dos 3 mil milhões de US\$ do empenho de doadores por investigação e desenvolvimento.

*Relatório da CMS pp. 81-86*



# Introdução à macroeconomia e actividades de saúde a nível nacional

O Relatório propõe uma linha de conduta futura que, mantida vigorosamente a nível nacional e internacional, pode ter um impacto importante sobre a saúde e a riqueza das nações e das suas populações.

Devido à grande diversidade de infra-estruturas e condições em países diferentes, o Relatório da CMS não fornece planos preparados para transformar as suas recomendações em acções a nível nacional. O seu objectivo é convidar cada país a examinar as suas prioridades de saúde e obstáculos de infra-estruturas e orçamentos. Num esforço para desenvolver uma estratégia válida destinada a expandir intervenções de saúde no âmbito dum programa de macroeconomia e saúde, os países são encorajados a avaliar a situação epidemiológica actual, o estado da saúde e as determinantes de pobreza.

Muitos países aprovaram as conclusões e recomendações do Relatório da CMS estudando-o em relação às necessidades sanitárias e económicas dos seus países. O trabalho de seguimento da CMS destina-se a ajudar os governos a examinar questões relacionadas com a saúde e a macroeconomia e a estabelecer opções para alargar investimentos e acções, empenhando-se ao mesmo tempo pelas reformas necessárias para atingir melhor saúde para todos. O processo de seguimento da CMS nos países tem por objectivos:

- Apoiar homens políticos, ministros da saúde e das finanças, grupos académicos, figuras importantes do sector privado, parceiros doadores e representantes da sociedade civil no seu exame das conclusões do relatório e suas implicações para os desafios económicos e de saúde que têm pela frente.
- Sancionar análises seguras sobre macroeconomia e saúde concebidas para nova avaliação de políticas para investimento em saúde e reforço de planos nacionais para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.
- Ajudar a criar canais de assistência financeira e técnica a governos e seus parceiros, e preparar as bases para criar alianças mais fortes dentro dos países. Isto irá catalisar a capacidade dos governos a planear e implementar investimentos a fim de melhorar a saúde das pessoas pobres de maneira mais rápida e mais sustentável.

Muitos países mostraram interesse em ligar a macroeconomia e o trabalho de saúde a estruturas, políticas e capacidades nacionais existentes. Este trabalho principia com um processo interactivo que pode implicar, quando necessário, grupos de trabalho do processo PRSP, comités nacionais de orientação ou o Concelho Nacional de Saúde. Os países também podem estabelecer uma Comissão Nacional sobre Macroeconomia e Saúde (NCMH) ou trabalhar através de grupos sub-regionais tais como a Comissão Económica e Social para a Ásia e o Pacífico (ESCAP). A implementação dum plano de acção para maior investimento em saúde exige liderança política forte e empenho ao nível mais alto, consistência com o plano macroeconómico global e alianças fortes entre sectores.

Espera-se que um organismo nacional sobre macroeconomia e saúde ou seu equivalente organize e assuma o encargo de expandir o investimento nacional em saúde. Isto inclui trabalhar com a OMS, o Banco Mundial e outros organismos para analisar a situação sanitária nacional e identificar áreas prioritárias para intervenções de saúde assim como as estratégias de financiamento necessárias para abordar tais prioridades. Outras tarefas incluem: designar um conjunto de intervenções essenciais que devem ser postas à disposição de toda a população graças a financiamento público; iniciar um programa de vários anos sobre reforço do sistema de saúde orientado para prestação de serviços a nível local; e estabelecer alvos para reduções no fardo de doenças. A utilização de abordagens integradas de desenvolvimento comunitário, actualmente em desenvolvimento pelas Sedes Regionais da OMS e outras agências, pode expandir os esforços para melhorar a saúde e reduzir a pobreza.

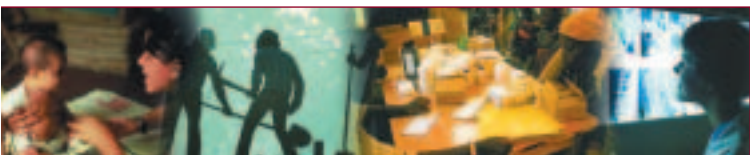
## Actividades importantes sobre macroeconomia e saúde

Todos os países apoiando trabalho sobre macroeconomia e saúde devem desenvolver um plano de acção específico, apropriado à sua situação, sem esquecer os largos parâmetros de acção esboçados no Relatório da CMS.

O desenvolvimento dum plano de acção exige um certo número de actividades essenciais incluindo:

1. Promoção das conclusões da CMS e mobilização de mais apoio político
  - comunicar o conceito e mensagens da CMS e encorajar debates sobre as conclusões do Relatório
  - definir a resposta de nível nacional apropriada às recomendações da CMS.
2. Análise de dados, elaboração de estratégias e exposição dum plano de acção sobre macroeconomia e saúde
  - estudar a pertinência de conclusões da CMS no contexto dum país
  - investigar os problemas do sistema à expansão
  - assegurar a disponibilidade de informações sobre cobertura, equidade e relação custo/eficácia de serviços prioritários
  - desenvolver planos nacionais de investimento em saúde sobre a maneira de atingir realmente as pessoas
  - estudar abordagens para assegurar os serviços e a formação de profissionais de cuidados de saúde a todos os níveis do sistema de saúde
  - investigar a maneira de incorporar a saúde no processo PRSP
  - incorporar maiores verbas com a saúde nas estruturas nacionais de Despesas a Meio Prazo
3. Abordagem do fardo nacional do VIH/SIDA
  - abordar o impacto do VIH sobre a pobreza, o crescimento económico e o estado da saúde
  - estabelecer políticas e recursos para maior acesso a prevenção e cuidados
4. Avaliação das necessidades de fundos e mobilização de apoio financeiro suplementar proveniente de fontes internas e internacionais
  - melhorar a informação sobre os custos de inactividade sanitária
  - assegurar ligações entre ministérios pertinentes e introduzir a saúde em HIPC
  - criar laços efectivos com iniciativas de financiamento mundiais
5. Gestão da implementação de planos e controlo de resultados
  - criar capacidade nacional para gestão, acção entre sectores e controlo do desempenho
  - avaliar resultados, relacioná-los com os gastos e localizar movimentos financeiros a favor da saúde
6. Consolidação de melhor coordenação e coerência de acção
  - documentar experiências nacionais sobre colaboração entre sectores
  - estabelecer mecanismos efectivos para coordenação dentro do país, coerência nas acções regionais e mundiais, e assegurar que as iniciativas mundiais respondem às necessidades do país.

*Respostas dos Países ao Relatório da CMS, OMS, Junho de 2002*



## Progressão dos países

Desde o lançamento mundial do relatório da CMS, a OMS e as suas sedes regionais e escritórios nos países têm trabalhado intimamente com os governos para promover as conclusões do Relatório e apoiar os esforços dos países para aproximar a macroeconomia nacional e as políticas de saúde nacionais. O processo de seguimento da CMS nos países tem fornecido oportunidades a grupos nacionais – desde vários ministérios a grupos universitários e civis e o sector privado – para debater as suas ideias em relação à saúde e estabelecer estratégias sobre a maneira de incorporar a saúde em planos de desenvolvimento nacionais.

Muitos países já principiaram a mobilizar os seus conhecimentos, experiências e recursos para formular programas a longo prazo destinados a alargar intervenções de saúde essenciais – normalmente como parte duma estratégia nacional de redução da pobreza – e estão a mostrar interesse pelas conclusões da CMS. Nem todos estes países tencionam estabelecer uma CMSN mas quase todos colocam o trabalho de seguimento da CMS no contexto dos seus programas de desenvolvimento nacionais. A comunidade internacional, incluindo a OMS, não insistirá para que os países estabeleçam CMSN mas apoiarão mecanismos nacionais de macroeconomia prometedores num esforço para desenvolver uma abordagem a macroeconomia e saúde. A própria abordagem da OMS será aperfeiçoada e adaptada a situações nacionais diferentes graças a um processo de consultas com os países e organizações de desenvolvimento.

Durante 2002 e 2003, as Sedes regionais e os Escritórios nos países deram grande prioridade à promoção e divulgação das conclusões do Relatório cujo original em inglês foi traduzido em árabe, chinês, francês, alemão, russo e espanhol, e que foi largamente distribuído. Em alguns países, criaram-se portais informáticos da CMS para dar a conhecer as suas principais mensagens e divulgar informações locais sobre macroeconomia e saúde.

Todas as Sedes Regionais da OMS distribuíram largamente o Relatório e documentos afins num esforço de promoção das suas conclusões e sensibilização de decisores importantes para a relação entre saúde e crescimento económico, fornecendo ao mesmo tempo orientação sobre a maneira de introduzir nos países as recomendações da CMS.

Organizaram-se reuniões e conferências – desde reuniões de trabalho a nível nacional a eventos regionais de alto nível – para apresentar as conclusões do Relatório a grupos de homens políticos, académicos e investigadores e debater a maneira de aplicar as suas recomendações a países interessados na abordagem de macroeconomia e saúde. A maior parte das Sedes Regionais também estabeleceram Grupos Especiais de Trabalho (ou CMS) sobre Macroeconomia e Saúde para avaliar a pertinência das conclusões da CMS, propor intervenções e abordagens adaptadas à situação local, e coordenar e apoiar acção de seguimento de CMS a nível de país.

Durante os dois anos, os esforços determinados das Sedes Regionais da OMS para divulgar as conclusões da CMS resultaram em vários eventos bem sucedidos onde o Relatório foi divulgado e debatido. Como resultado, mobilizou-se interesse e empenho político a alto nível em certos países incluindo: na África, a República Federal Democrática da Etiópia, a República do Gana, a República do Quénia, a República de Moçambique e a República do Ruanda; nas Américas, a Associação dos Estados das Caraíbas e os Estados Unidos do México; na Região do Mediterrâneo Oriental, o Reino

Haxemita da Jordânia e o Sultanato de Oman; na Ásia do Sudeste, o Reino do Nepal, o Reino da Tailândia, a República Popular do Bangladesh, a República da Índia, a República da Indonésia, a República das Maldivas, a União de Myanmar; na Região do Pacífico Ocidental, o Reino de Camboja e a República Popular da China.

As missões a países empenhados no trabalho de seguimento da CMS continuam a conceber o trabalho nacional de apoio em macroeconomia e saúde de muitas maneiras diferentes. Por exemplo, em países submetidos a reformas, descentralização e processos de redução da pobreza, o trabalho de seguimento da CMS ajuda os governos e a comunidade de doadores a acelerar iniciativas existentes do sector da saúde graças a fornecimento de competências técnicas e a apoio à criação de capacidades. As conclusões do relatório também são consideradas de grande valor para reformar o sector da saúde prestando orientação aos países ou regiões sobre prioridades para financiamento da saúde (incluindo parcerias públicas-privadas e repartição de serviços) e uma oportunidade para integração do trabalho de parceiros diversos. Em outros países submetidos a reformas, o fornecimento de assistência técnica e financeira para apoiar a análise de variáveis epidemiológicas, orçamentais e macroeconómicas contribui para a elaboração de melhores políticas públicas para a saúde.

Num número crescente de países, o trabalho sobre macroeconomia e saúde é considerado como um meio poderoso para favorecer a assistência externa de doadores destinada à saúde, recortar mais recursos internos e utilizar de maneira mais eficiente os recursos existentes. Em outros, riscos suplementares relacionados com a saúde tais como subnutrição, água não potável e meios ambientes insalubres estão a ser integrados nas acções de seguimento da CMS. Em outras partes, em alguns dos países mais populosos do mundo para os quais a continuação do crescimento económico está prevista, os governos estão interessados em explorar e adaptar as recomendações da CMS. Devido ao seu tamanho, grande fardo de doença e grande potencial para melhoramentos em saúde, há necessidade crucial de apoiar as recomendações da CMS como um meio para conseguir crescimento económico. O que acontece nestes países é vital para o resto do mundo. Não se pode conceber qualquer progresso significativo rumo aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio sem a participação dos países mais populosos do mundo.

## Respostas dos Países ao Relatório da CMS

Para identificar orientações futuras, realizou-se na Sede da OMS em Junho de 2002 uma Reunião consultiva sobre “Respostas dos Países ao Relatório da CMS” que reuniu ministros e altos representantes dos ministérios da saúde, finanças e planeamento de 19 países, juntamente com representantes do Banco Mundial, 12 agências bilaterais, a Fundação Bill e Melinda Gates, e o pessoal da OMS para discutir sobre a maneira de traduzir em acções nacionais as recomendações da CMS. A Reunião consultiva estudou o que poderia ser feito para aumentar, de maneira espectacular, os investimentos destinados a atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) no campo da saúde, e quais as medidas que os países precisavam de tomar para acelerar a acção nacional. Participaram à Reunião consultiva altos representantes dos seguintes países:

### Região Africana

- Gana
- Moçambique
- Senegal
- República Unida da Tanzânia
- Uganda

### Região das Américas

- Estados das Caraíbas
- Guatemala
- Santa Lúcia e países da OECS

### Região da Europa

- Poland

### Região do Mediterrâneo Oriental

- Jordânia
- República Islâmica do Irão
- Oman
- Paquistão

### Região da Ásia do Sudeste

- Bangladesh
- Índia
- Indonésia
- Nepal
- Sri Lanka
- Comissão Económica e Social para a Ásia e o Pacífico (CESAP)



## **Investir na saúde**

Ideia e produção  
Agnès Leotsakos

Editora  
Sheila Davey

Contribuições Editoriais e Técnicas

Amin Kebe, B.S. Lamba, Maria Paalman, Mubashar Riaz Sheikh, Rubén M. Suarez-Berenguela  
Dai Ellis, Silvia Ferazzi, Tom O'Connell, Ann Rosenberg, Josh Ruxin,  
Departamentos da OMS de Apoio a CMS e de Evidência para Política de Saúde

Secretário Executivo da CMS, Departamento de Apoio  
Sergio Spinaci

Assistentes de edição  
Zarita Khamkhoeva, Tashina Krishniah

Concepção artística  
James Elrington

Organização Mundial da Saúde  
Departamento de Apoio a CMS  
20, Avenue Appia  
CH-1211 Genebra 27, Suíça  
[www.who.int/macrohealth](http://www.who.int/macrohealth)



Franquiar

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE APOIO A CMS  
20, AVENUE APPIA  
CH-1211 GENEVRA 27, SUÍÇA







ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 2003

20 Avenue Appia,  
1211 Genebra 27,  
Suíça

ISBN 92 4 856241 8



9 789248 562419