



COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

Bruxelas, 22.03.2002  
COM(2002) 129 final

**COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO CONSELHO E AO PARLAMENTO**

**A saúde e a luta contra a pobreza nos países em desenvolvimento**

## RESUMO

A presente comunicação inscreve-se no contexto da afirmação da luta contra a pobreza como objectivo central do esforço global em matéria de desenvolvimento da Comunidade e da evolução das abordagens relativas à ajuda ao desenvolvimento. A comunicação precisa a relação existente entre saúde e pobreza; identifica os elementos-chave de uma abordagem coerente em matéria de desenvolvimento destinada a melhorar a saúde e o bem-estar, e estabelece, pela primeira vez, um quadro político comunitário único para a realização de investimentos no domínio da saúde, da SIDA e da população no contexto da ajuda global europeia aos países em desenvolvimento.

Os objectivos no domínio da saúde assumem uma posição proeminente no âmbito dos objectivos de desenvolvimento do milénio que a Comunidade, os Estados-Membros e a comunidade internacional se comprometeram a concretizar. Verifica-se a existência de um consenso crescente quanto aos princípios fundamentais que deixam antever um aumento da eficácia da ajuda ao desenvolvimento, do desenvolvimento sustentável e a melhoria dos resultados em termos de saúde para as populações mais pobres, graças ao desenvolvimento de novas abordagens a nível nacional e mundial. Estes princípios fundamentais incluem nomeadamente: uma participação mais activa dos países em desenvolvimento na definição das políticas de ajuda e uma maior apropriação deste processo por estes países, a redução da sobrecarga administrativa de que sofrem os sistemas políticos e administrativos graças ao reforço da coordenação entre doadores, o recurso a estratégias em matéria de financiamento comum com os países parceiros encarregados de elaborar a sua própria política de desenvolvimento em consulta com todos os intervenientes interessados (processos de elaboração de uma estratégia de luta contra a pobreza), prosseguimento da desvinculação da ajuda, descentralização e necessidade para os países doadores de se aproximarem do objectivo de 0,7 % do PNB. Esta política de saúde e de luta contra a pobreza articula-se em torno destes princípios fundamentais e, como tal, procura contribuir para a realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

A presente comunicação propõe quatro objectivos para a ajuda comunitária futura: 1) melhorar os resultados em termos de saúde, de SIDA e de população a nível nacional, em especial no que se refere às camadas mais pobres da população; 2) maximizar os benefícios no domínio da saúde e minimizar os eventuais efeitos negativos sobre a saúde da ajuda da CE a outros sectores; 3) assegurar aos mais vulneráveis uma protecção contra a pobreza, através da concessão de apoio a mecanismos equitativos e justos de financiamento da saúde; e 4) investir no desenvolvimento de bens públicos mundiais específicos.

Os investimentos anteriores da CE destinados a melhorar os resultados sanitários foram significativos, ultrapassando a carteira actual 1,4 mil milhões de euros. A relação inequívoca entre melhoria da saúde e redução da pobreza justifica a realização de novos investimentos, com base na experiência aprofundada de que actualmente se dispõe.

Os futuros investimentos no sector da saúde continuarão a centrar-se a nível nacional, agindo a CE a nível regional e mundial nos casos em que puder proporcionar um valor acrescentado específico. A nível nacional, a Comunidade efectuará um conjunto de intervenções complementares, nomeadamente: apoio macro-económico ligado à melhoria dos resultados sanitários; apoio a sectores que se repercutem de forma significativa sobre os resultados sanitários e apoio directo ao sector da saúde. A Comunidade esforçar-se-á por falar com uma

só voz a todos os níveis e identificará formas mais eficazes de colaboração com todos os parceiros para o desenvolvimento, incluindo o sector privado.

Os desafios concretos a enfrentar incluem a execução de políticas em favor das camadas mais pobres, tornar os sistemas de saúde mais equitativos, assegurar um ambiente compatível com padrões elevados de saúde humana, a expansão da protecção social, a concretização de novas parcerias entre os sectores público e privado em favor da saúde, a necessidade de realizar mais investimentos em bens públicos mundiais específicos e a avaliação da actuação e dos resultados.

O Conselho e o Parlamento Europeu são convidados a colaborar com a Comissão para fazer progredir as orientações expostas na presente comunicação a fim de contribuir para o reforço da ajuda concedida no domínio da saúde e da luta contra a pobreza nos países em desenvolvimento.

## ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO .....	5
2.	SAÚDE E POBREZA: RAZÕES PARA INVESTIR NA SAÚDE .....	5
3.	O AMBIENTE MUNDIAL DA SAÚDE.....	7
4.	ORIENTAÇÃO NO SENTIDO DE UMA AJUDA AO DESENVOLVIMENTO MAIS EFICAZ NO DOMÍNIO DA SAÚDE.....	10
5.	CONTRIBUIÇÃO DA CE PARA A MELHORIA DA SAÚDE .....	13
6.	CONTROLO DOS INVESTIMENTOS E DO IMPACTO DA AJUDA COMUNITÁRIA AO DESENVOLVIMENTO SOBRE O SECTOR DA SAÚDE .	22
7.	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	25
	Anexo 1: Objectivos de desenvolvimento do milénio .....	26
	Anexo 2: Evolução da política da CE em matéria de saúde, de SIDA e de população (1990- 2000).....	28
	Anexo 3: Principais causas de morbilidade e de mortalidade nos países em desenvolvimento.	30
	Anexo 4: Abordagens em matéria de desenvolvimento .....	32
	Anexo 5: Principais instrumentos financeiros da ajuda da CE em matéria de saúde, de SIDA e de população.....	34
	Anexo 6: Resumo do quadro da política de desenvolvimento comunitária e dos investimentos e política de desenvolvimento e dos Estados-Membros da UE no sector da saúde .....	39

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde é um factor determinante do crescimento económico e do desenvolvimento, sendo a doença simultaneamente uma causa e um efeito da pobreza. No início do século XXI, o estado da saúde a nível mundial é mais preocupante do que poderia ser. Os países em desenvolvimento do planeta são imensamente afectados por doenças que poderiam ser evitadas ou tratadas através da utilização dos meios disponíveis. A doença e a morte prematura afectam as populações mais pobres de uma forma desproporcionada. A situação está a deteriorar-se em vários países, assistindo-se, nos países mais afectados, a uma regressão dos resultados positivos em termos de saúde e de desenvolvimento registados nas últimas décadas. Este declínio traduz uma crise em termos de saúde pública e representa um grande desafio para a comunidade internacional. Melhorar a saúde das populações mais pobres constitui simultaneamente uma contribuição fundamental para os esforços de redução da pobreza e um imperativo moral.

As orientações políticas actuais relativas aos investimentos nos domínios da saúde, da SIDA e da população encontram-se fixadas num conjunto de comunicações e resoluções comunitárias de 1994. A evolução das abordagens em matéria de ajuda ao desenvolvimento no contexto europeu e mundial e a percepção cada vez mais clara da relação entre saúde e pobreza, justificam uma revisão das orientações em vigor. A política de desenvolvimento comunitária de 2000 erigiu a redução da pobreza em objectivo prioritário da ajuda ao desenvolvimento da Comunidade. Na política comunitária em matéria de desenvolvimento sustentável, o sector da saúde é claramente considerado um indicador de melhores resultados socio-económicos e uma condição prévia para o equilíbrio socio-económico necessário, no qual assenta o desenvolvimento sustentável. A convergência crescente dos objectivos de desenvolvimento em toda a UE em torno dos objectivos de desenvolvimento do milénio proporciona uma oportunidade para acelerar a coordenação das políticas e abordagens da Comunidade e dos Estados-Membros no domínio da saúde.

Os investimentos efectuados pela CE no domínio dos conhecimentos e do apoio às políticas e programas nos sectores da saúde, da SIDA e da população nos países em desenvolvimento foram significativos, sendo a actual carteira da CE para a saúde e o desenvolvimento de 1,4 mil milhões de euros (secção 6). Esta experiência aprofundada justifica a prossecução e o aumento dos investimentos destinados a melhorar os resultados no sector da saúde através da execução de uma abordagem multisectorial a nível nacional e da realização de esforços adicionais a nível regional e mundial.

A presente comunicação precisa as relações existentes entre saúde e pobreza. Evidencia os elementos essenciais de uma abordagem coerente em matéria de desenvolvimento destinada a melhorar a saúde e o bem-estar e institui, pela primeira vez, um quadro político comunitário único destinado a orientar a ajuda futura nos domínios da saúde, da SIDA, da população e da pobreza no contexto da ajuda global da CE aos países em desenvolvimento<sup>1</sup>.

## 2. SAÚDE E POBREZA: RAZÕES PARA INVESTIR NA SAÚDE

**As populações pobres encontram-se privadas de recursos e de oportunidades e não conseguem concretizar as suas potencialidades.** Vivem em condições precárias marginais e

---

<sup>1</sup> Lista dos países e territórios em desenvolvimento estabelecida pelo CAD. Beneficiários de ajuda pública ao desenvolvimento em Janeiro de 2001.

a sua capacidade de resistência a choques é limitada. Cerca de metade da população mundial subsiste com menos de 2 USD diários. O acesso limitado à educação restringe as possibilidades de emprego e de acesso à informação que poderiam melhorar o seu bem-estar. A sua exclusão geográfica e social coloca entraves adicionais ao seu acesso ao emprego e aos mercados. As doenças e as mortes prematuras devidas à má nutrição, à falta de higiene, à falta de água potável, a estilos de vida pouco saudáveis e a cuidados de saúde inadequados, acarretam perdas significativas em termos de capital humano. Todos os indicadores sociais pioram no que diz respeito às populações mais pobres, sendo as mulheres e as raparigas frequentemente as mais desfavorecidas.

**A saúde das pessoas e das populações constitui uma determinante fundamental do crescimento económico e do desenvolvimento social.** Existe uma forte correlação entre os investimentos na saúde pública, a melhoria dos resultados sanitários e o crescimento económico. Um aumento no nível de saúde melhora a qualidade de vida, alarga as oportunidades e preserva os meios de subsistência. Existe uma relação análoga entre o estado do ambiente e a saúde das populações expostas a esse ambiente. À medida que se verificam melhorias na situação sanitária, os pais investem mais na educação dos filhos. A melhoria do desenvolvimento intelectual e do bem-estar físico conduz a uma maior produtividade e a um aumento do rendimento *per capita*, bem como a um alargamento do período de produtividade económica dos indivíduos. As melhorias no sector da saúde têm como consequência taxas de natalidade e de dependência mais baixas. As taxas de mortalidade infantil e juvenil são especialmente sensíveis à segurança económica, verificando-se uma correlação entre redução das taxas de mortalidade infantil, aumento do crescimento económico e redução das taxas de crescimento da população. Uma população saudável pode melhorar o bem-estar social e a estabilidade macro-económica através de um aumento das receitas fiscais e de uma redução do ónus das despesas no sector da saúde.

**A doença gera pobreza**, agindo através de um conjunto directo e indirecto de mecanismos. A doença, a má nutrição e a alta taxa de natalidade fazem com que as famílias se tornem ou permaneçam pobres. As populações mais pobres são as mais afectadas pelas doenças transmissíveis, pelas taxas de natalidade mais altas, frequentemente destinadas a compensar taxas de mortalidade infantil elevadas, e pelas taxas mais altas de mortalidade infantil e materna. Dispõem do acesso mais limitado aos serviços de saúde oficiais e tendem a subutilizar os serviços de saúde disponíveis, em especial os serviços preventivos, que encaram como não satisfazendo as suas necessidades imediatas. As populações pobres dispõem de uma fraca capacidade financeira de resposta a doenças catastróficas susceptíveis de os fazer cair numa situação de endividamento e de miséria da qual dificilmente conseguem sair. Na Ásia do Leste, 50 % das crises financeiras das famílias são provocadas por esse tipo de eventos. As populações pobres são também especialmente vulneráveis às catástrofes naturais ou provocadas pelo homem. Vivendo frequentemente, em áreas sensíveis de um ponto de vista ecológico, tais choques podem precipitá-las numa miséria ainda mais profunda.

**O custo elevado destas doenças reduz o crescimento económico e limita ainda mais os recursos de que os governos dispõem para investir na saúde pública**, bem como os esforços de luta contra a pobreza. Segundo as estimativas do Banco Mundial é possível que muitos países africanos percam 0,5-1,2 % de crescimento anual *per capita* unicamente devido ao VIH/SIDA, não tendo o impacto total desse vírus sido ainda calculado. A malária na África subsariana é directamente responsável por uma perda de 7,4 % do PNB total. Verifica-se uma tomada de consciência crescente, atestada pelos trabalhos aprofundados recentemente efectuados pela comissão responsável pelas questões macroeconómicas e pela saúde no

âmbito da OMS (CMH)<sup>2</sup>, que a dimensão e a duração desses efeitos são bastante mais profundas do que se pensava anteriormente. O rendimento total dos investimentos no sector da saúde nos países em desenvolvimento está estimado pela CMH em 18 % por ano. Esta comissão calcula ainda, de forma prudente, que um esforço mundial de envergadura para combater doenças susceptíveis de prevenção geraria, pelo menos, 168 mil milhões de USD anuais em receitas adicionais. De acordo com estimativas mais específicas, poderão realizar-se economias globais de, por exemplo, 1,5 mil milhões de USD por ano, assim que a poliomielite for erradicada e terminarem todas as medidas de controlo<sup>3</sup>. Estas estimativas não têm em conta os benefícios adicionais decorrentes da melhoria das perspectivas de crescimento económico.

### 3. O AMBIENTE MUNDIAL DA SAÚDE

#### Melhorias na saúde mundial, mas benefícios desiguais e novas ameaças

Nos últimos 40 anos assistimos a **melhorias sem precedentes** na saúde mundial. A esperança média de vida aumentou, em especial nos países em desenvolvimento, a taxa de natalidade diminuiu, as taxas de mortalidade infantil e juvenil baixaram para metade, as taxas de subalimentação diminuíram um terço e a percentagem da população com acesso a água salubre duplicou atingindo 70%. A nível da saúde pública, registaram-se sucessos significativos; a varíola foi erradicada e a pólio poderá sê-lo em breve. **Contudo, estes benefícios não foram repartidos de maneira equitativa.** Numa grande parte dos países em desenvolvimento, a mortalidade infantil continua a ser 20 vezes mais elevada no que nos países desenvolvidos, a subalimentação e as doenças abundam e metade da população não tem ainda acesso a água salubre e a um sistema de saneamento básico.

A **globalização** oferece possibilidades enormes, mas introduz igualmente desafios consideráveis a todas as sociedades, desenvolvidas e em desenvolvimento. É possível continuar a melhorar a saúde através de uma maior partilha de conhecimentos, de um maior acesso dos países em desenvolvimento aos mercados mundiais, de um aumento do investimento nos sectores da saúde, da educação, da segurança alimentar e do desenvolvimento de novas tecnologias que salvam vidas humanas. Contudo, existem igualmente ameaças de ordem social, ambiental e sanitária, como a pandemia de VIH/SIDA, o aumento rápido da resistência microbiana, o aparecimento ou o regresso de doenças infecciosas, a migração de mão-de-obra qualificada, a degradação do ambiente, a destruição de práticas tradicionais e a questão da acessibilidade económica dos medicamentos. É nos países em desenvolvimento que o **desafio do desenvolvimento sustentável** se mostra mais agudo. Uma falta de determinação para lutar contra as enormes desigualdades entre países e dentro dos mesmos constitui não só um fracasso enquanto tal, mas poderá destruir os progressos realizados até à data.

#### Condições que influenciam a saúde e o bem-estar das populações pobres

---

<sup>2</sup> Comissão responsável pelas questões macroeconómicas e pela saúde, *Relatório provisório*, Outubro de 2001, *Relatório final*, Dezembro de 2001.

<sup>3</sup> As análises económicas da erradicação das doenças continuam a ser problemáticas e de certo modo controversas. Este número resulta da análise mais abrangente disponível, embora essencialmente centrada nos custos e benefícios nos países industrializados. Fonte: "Theme Papers, Disease eradication as a public health strategy: OMS 2000, 78(3)".

**O fardo das doenças que afectam as populações mais pobres traduz-se essencialmente pela persistência de um número elevado de doenças e de mortes precoces imputáveis a um pequeno número de factores que poderiam ser evitados ou geridos:**

1) **Doenças transmissíveis**, nomeadamente VIH/SIDA, malária, tuberculose, infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas, doenças parasitárias e doenças susceptíveis de prevenção através de vacinas, que afectam todas de forma desproporcionada as populações mais pobres; 2) **saúde reprodutiva**, incluindo as doenças sexualmente transmitidas, o aborto e a saúde materna, aspectos que afectam sobretudo as mulheres pertencentes às populações mais pobres; 3) **deficiências nutritivas**, que afectam sobretudo as crianças pertencentes às populações mais pobres; 4) **doenças relacionadas com o estilo de vida**, em especial as doenças causadas pela utilização crescente do tabaco nos países em desenvolvimento. As características e a dimensão destes factores encontram-se descritas no Anexo 3.

**Os seguintes factores adicionais contribuem para o fardo das doenças e afectam o bem-estar das populações mais pobres:**

**Os níveis elevados de crescimento da população** exercem uma enorme pressão sobre as sociedades, incluindo muitas daquelas que se encontram mais afectadas pelo fardo das doenças. A população mundial triplicou nos últimos 70 anos, tendo passado de 2 mil milhões para 6,1 mil milhões de pessoas<sup>4</sup>, e atingirá 9,3 mil milhões em 2050, sendo os países em desenvolvimento responsáveis por 95% deste crescimento. O crescimento rápido da população implica uma redução do investimento familiar em cada criança, o que afecta as perspectivas em termos de saúde e de educação, causando ainda um decréscimo da produção de alimentos e danos para o ambiente. Haverá um aumento dos idosos, dos pobres e dos jovens com menos de 18 anos, que representam 50% da população dos países em desenvolvimento.

**A desigualdade entre os sexos no plano da saúde:** cerca de 70% dos pobres do mundo são mulheres e raparigas<sup>5</sup>. Elas são as maiores vítimas da doença, têm menos probabilidades de beneficiar dos serviços de saúde, e a sua assistência é caracterizada pela doença, por gravidezes com altos níveis de morbilidade e de mortalidade e por trabalhos muito duros. O termo da gravidez constitui o exemplo mais gritante da persistência da desigualdade entre os sexos em termos de saúde. Os decessos maternos criam disfunções suplementares, problemas de saúde persistentes e produzem um impacto duradouro sobre as famílias. Existe uma forte correlação entre a educação das mulheres, a utilização dos serviços de saúde (reprodutiva), a situação sanitária e a mortalidade infantil das gerações futuras; no entanto, as raparigas continuam a ter menos probabilidades de receber instrução do que os rapazes. A instrução influencia de uma forma positiva as relações entre os géneros e a capacidade de efectuar escolhas com conhecimento de causa.

Os **factores ambientais** são responsáveis por 20% do total das doenças nos países em desenvolvimento, ascendendo este valor a 30% no que diz respeito à África subsariana. A falta de acesso a água salubre e a sistemas de saneamento a preços acessíveis é uma das principais causas das doenças, incluindo das doenças mortais, nos países em desenvolvimento. Segundo as estimativas, as doenças veiculadas pela água causam a morte de três milhões de pessoas por ano, em especial crianças de pouca idade, representando a melhoria do acesso à

---

<sup>4</sup> UNFPA, "The State of the World Population", 2001.

<sup>5</sup> UNDP, "Human Development Report: Gender and Human Development", 1995.



água salubre a prioridade sanitária mais importante para as populações pobres. Na ausência de um plano de acção para a melhoria do abastecimento e da utilização de energia, o aumento da população conduzirá a um nível mais elevado de emissões de gases com efeito de estufa, à medida em que o consumo de energia aumentar, o que contribuirá para a alteração climática. Uma consequência será o aumento da propagação de doenças transmitidas por vectores, incluindo eventualmente o regresso da malária a regiões das quais já havia sido erradicada, um aumento dos riscos de inundação, de degradação dos solos e de conflitos.

A utilização crescente de fertilizantes e de pesticidas, necessária para aumentar o rendimento das colheitas, perturbará ainda mais o equilíbrio ecológico. O recuo mundial da biodiversidade afecta igualmente a saúde e a capacidade de produção. A queima da biomassa tradicional para efeitos de cozinha e de aquecimento representa mais de metade do consumo de energia em muitos países em desenvolvimento, e constitui um grave risco para a saúde, em especial das mulheres e das crianças, devido à fraca qualidade do ar dentro das casas resultante do fumo. A ausência de controlo do impacto ambiental da industrialização pode provocar, directa ou indirectamente, ameaças adicionais à saúde pública. O conjunto destas tendências negativas reflecte-se de forma desproporcionada nas oportunidades actuais e futuras de criação de meios de subsistência das populações mais pobres, excessivamente dependentes dos rendimentos gerados pelos recursos ambientais primários.

**Os actuais investimentos no sector da saúde nos países em desenvolvimento** com incidência sobre as acções desenvolvidas, nomeadamente, nos domínios da saúde pública, dos serviços de saúde individuais e da educação são insuficientes e frequentemente ineficazes. Os países em desenvolvimento deparam-se com escolhas difíceis quando os seus orçamentos se encontram abaixo do mínimo necessário para proporcionar um sistema de saúde básico à população. As políticas e os planos são frequentemente excessivamente ambiciosos, dotados de recursos insuficientes e incapazes de estabelecer as intervenções prioritárias em função dos melhores resultados a nível da saúde e da redução da pobreza. Os custos necessários à prestação de cuidados de saúde começam a estar mais bem identificados. Segundo as estimativas da CMH, serão necessários investimentos públicos de 30-40 USD por habitante e por ano para proporcionar um sistema de prestação de cuidados básicos de saúde susceptível de reduzir de forma significativa as mortes evitáveis nos países de rendimento baixo<sup>6</sup>. Segundo a OMS, esse valor será de 60 USD por habitante e por ano<sup>7</sup> tratando-se de um sistema de prestação de cuidados de saúde mais abrangente. Em comparação, o nível médio de despesas nos 49 países menos avançados (PMA) é de 11 USD por ano e por habitante<sup>8</sup>. Embora com grandes variações, os recursos são manifestamente insuficientes. O compromisso assumido pelos líderes africanos na Cimeira de Abuja<sup>9</sup> no sentido da afectação de 15% dos orçamentos nacionais ao sector da saúde é muito louvável. Contudo, para ser alcançado um nível de desenvolvimento sustentável, o processo de aumento das receitas internas e a sua afectação aos sectores sociais terá de ser apoiado por esforços muito maiores da comunidade internacional.

---

<sup>6</sup> *Comissão encarregada das questões macroeconómicas e da saúde*, 2001. Nota: não se incluem elementos importantes como o planeamento familiar, os hospitais terciários e as urgências, que deveriam igualmente fazer parte de qualquer sistema de saúde inteiramente operacional. Países de rendimento baixo – PNB *per capita* inferior a 760 USD em 1998.

<sup>7</sup> *World Health Report*, 2000.

<sup>8</sup> *Comissão encarregada das questões macroeconómicas e da saúde*, 2001. Nota: este valor inclui os investimentos totais dos sectores público e privado e dos doadores.

<sup>9</sup> Cimeira africana sobre o VIH/SIDA, a tuberculose e outras doenças infecciosas relacionadas, Abuja, Abril de 2001.

#### **4. ORIENTAÇÃO NO SENTIDO DE UMA AJUDA AO DESENVOLVIMENTO MAIS EFICAZ NO DOMÍNIO DA SAÚDE**

##### **A luta contra a pobreza como objectivo central e objectivos claros a nível internacional**

A saúde e a necessidade de melhorar de forma decisiva os resultados nesse âmbito das populações mais pobres constituem uma prioridade da ordem de trabalhos internacional para o desenvolvimento, tendo ocupado uma posição proeminente nos principais **fóruns internacionais** dos últimos anos consagrados à questão do **desenvolvimento**, nomeadamente as conferências da ONU e as sessões extraordinárias do Cairo, Pequim, Copenhaga e Nova Iorque, bem como as cimeiras do G8. A cimeira de Joanesburgo representa mais uma oportunidade para reforçar os laços entre saúde e desenvolvimento sustentável a nível global e, especialmente, para demonstrar a experiência da União Europeia no domínio do desenvolvimento sustentável. Mais recentemente, os membros da Organização Mundial do Comércio afirmaram que o Acordo TRIPS<sup>10</sup> não impede, nem deverá impedir, os Membros de adoptarem medidas de protecção da saúde pública.

A maior parte dos governos e organizações internacionais estão empenhados em concretizar um conjunto de oito **objectivos de desenvolvimento do milénio** ambiciosos e interligados (anexo I). Esses objectivos centram-se na redução para metade até 2015 da percentagem da população que vive numa situação de extrema pobreza. Os objectivos no sector da saúde destacam-se neste contexto, sublinhando a relação que existe entre a redução global da pobreza e os investimentos no sector da saúde. As tendências actuais sugerem que estes objectivos só poderão ser realizados através de uma utilização mais eficaz das intervenções existentes, paralelamente a um reforço considerável dos investimentos futuros e da aplicação de abordagens e de medidas de incentivo mais eficazes em matéria de saúde pública. A prossecução das actividades destinadas a concretizar esses objectivos e a traduzir os compromissos internacionais numa estratégia acompanhada de indicadores de saúde intercalares e nacionais é um processo contínuo, que exige um acompanhamento constante e uma avaliação periódica. Esta questão é desenvolvida no ponto 6 abaixo.

##### **Melhorar a eficácia da ajuda ao desenvolvimento no domínio da saúde**

###### **Abordagens em matéria de desenvolvimento**

Uma série de abordagens actualmente em execução tanto a nível nacional como mundial oferecem a possibilidade de prestar uma ajuda ao desenvolvimento mais eficaz e de melhorar os resultados sanitários no que diz respeito às populações mais pobres. O Anexo 4 apresenta em pormenor as abordagens em matéria de desenvolvimento<sup>11</sup>.

A nível nacional, **uma maior apropriação, uma boa governação e uma gestão** são surgem como requisitos essenciais da eficácia e eficiência das políticas em matéria de desenvolvimento. A adopção cada vez mais frequente de **estratégias de luta contra a pobreza** (reflectidas nos quadros nacionais para o desenvolvimento, ou, em certos casos, em

---

<sup>10</sup> Acordo relativo aos aspectos dos direitos de propriedade intelectual relacionados com o comércio e Declaração Ministerial da OMC sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública adoptado em Doha, em 14 de Novembro de 2001, ponto 4.

<sup>11</sup> Para mais informações sobre os princípios chave que permitem respeitar os compromissos em matéria de pobreza e de desenvolvimento consignados na Declaração do Milénio das Nações Unidas, consultar o relatório do *Grupo de alto nível sobre o financiamento do desenvolvimento*, preparado por E. Zedillo (55a sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas de 26.7.2001).

**Documentos de Estratégia para a Redução da Pobreza (DERP)** enquanto enquadramentos para a orientação da ajuda ao desenvolvimento concedida por todos os doadores oferece a possibilidade de obter uma maior **coerência das políticas** conduzidas nos diferentes sectores. As estratégias de luta contra a pobreza permitem assegurar que as políticas e os investimentos relevantes efectuados em **sectores com um impacto sobre a saúde** (por exemplo, educação, segurança alimentar, salubridade da água e sistemas de saneamento, fontes não poluentes de energia para consumo familiar, fiscalidade, política comercial e de investimentos e micro-créditos) sejam coerentes e se traduzam numa melhoria da saúde. A nível mundial, é necessário promover a **coerência das acções previstas pelas políticas e instituições internacionais de desenvolvimento**, e também no âmbito das regras e tratados multilaterais relativos às políticas comerciais e de investimento, de desenvolvimento económico, de ambientes, laborais e de protecção da propriedade intelectual.

O apoio crescente a **abordagens sectoriais globais (ASG)** oferece novas possibilidades de aumentar a eficácia e a eficiência da ajuda, embora a experiência de que se dispõe em relação a esse tipo de abordagens seja ainda limitada e estas não se dirijam especificamente às populações pobres. Uma maior eficácia da ajuda passa igualmente por uma harmonização das políticas e procedimentos operacionais dos doadores, uma melhor focalização da ajuda, uma concentração das actividades dos doadores nos domínios em que cada qual é susceptível de proporcionar o maior valor acrescentado e pela continuação da **desvinculação da ajuda ao desenvolvimento e uma redução mais substancial da dívida**<sup>12</sup>. As tecnologias da informação e de comunicação poderão igualmente servir para aumentar a eficácia da gestão dos recursos e a criação de sistemas de informação adequados, bem como nos serviços de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente através de aplicações à distância.

### **Políticas sanitárias orientadas para as populações mais pobres**

Os governos devem **garantir que as políticas sanitárias são coordenadas e orientadas para as populações mais pobres**. A prestação de serviços de saúde individuais e colectivos acessíveis, a promoção de políticas em outros sectores que se repercutem sobre a saúde e que beneficiam em especial as populações mais pobres e a criação de mecanismos de financiamento equitativos que reduzem a pressão exercida sobre a utilização dos serviços de saúde, fazem todos parte de uma política sanitária orientada para as populações mais pobres.

As estratégias em favor das populações pobres pressupõem uma focalização sobre os serviços a elas destinados, a luta contra as doenças relacionadas com a pobreza e/ou a reafecção dos recursos em favor das áreas geográficas mais desfavorecidas. As intervenções clássicas no domínio da saúde pública dirigem-se por natureza às populações pobres. Essas intervenções dizem respeito, nomeadamente, à protecção do ambiente, à prestação de informações públicas sobre os riscos em matéria de saúde, à regulamentação dos prestadores de serviços de saúde, a programas de enriquecimento alimentar e a medidas para garantir a salubridade da água e a segurança no local de trabalho.

A expansão de protecção social, incluindo **mecanismos de financiamento equitativos** que suprimam obstáculos, incentivem as camadas mais desfavorecidas a recorrerem aos serviços existentes e as protejam do risco de empobrecimento derivado das despesas com a saúde. Na

---

12 O ónus persistente da dívida entrava os esforços de desenvolvimento e a iniciativa em favor dos países pobres altamente endividados (HIPC), lançada em 1996, tem por finalidade proporcionar uma redução da dívida aos países mais pobres e mais endividados do mundo, devendo as economias decorrentes desta redução ser afectadas à realização de investimentos nos sectores sociais.

maior parte dos países pobres, a prestação de cuidados de saúde é financiada de forma insuficiente através da fiscalidade. O carácter limitado dos recursos disponíveis levou muitos países a introduzir um elemento de partilha dos custos, com a criação de redes de segurança social, para garantir que os serviços básicos continuem acessíveis. Os pagamentos directos efectuados pelos pobres deverão ser reduzidos gradualmente e a partilha dos riscos deverá ser alargada através de sistemas de seguro comunitários, privados, sociais e nacionais. É importante assegurar que as despesas públicas se focalizem nas actividades mais susceptíveis de contribuir para a melhoria dos resultados sanitários das populações mais pobres e que as dotações orçamentais sejam adequadas à distribuição demográfica, às doenças, ao custo da prestação dos serviços e aos níveis de pobreza.

### **Um ambiente são**

As más condições de saúde podem ser melhoradas através de um melhor controlo das condições ambientais, especialmente da qualidade da água e do ar, bem como através de um reforço da assistência ao controlo da poluição provocada pela industrialização, muita vezes objecto de controlos insuficientes.

### **Incentivar a responsabilidade das empresas**

Nos últimos anos verificou-se um crescimento tão acentuado dos movimentos de capitais a nível mundial, que o volume actual de investimento estrangeiro directo corresponde a mais do triplo do nível da ajuda ao desenvolvimento. As empresas multinacionais podem contribuir de forma significativa para o desenvolvimento económico nos países em desenvolvimento. O impacto positivo destes investimentos no desenvolvimento sustentável em geral, e a nível social, em particular, pode ser optimizado através de regulamentação adequada, que incentive as empresas multinacionais a aderir a normas mais elevadas em matéria de responsabilidade social. Uma maneira de incentivar as boas práticas consiste em encorajar as empresas europeias a utilizarem as orientações da OCDE para os investidores estrangeiros<sup>13</sup>.

### **Inverter a tendência para o declínio da ajuda global ao desenvolvimento**

A Comunidade e os seus Estados-Membros estão a renovar os seus esforços de forma concertada no sentido de respeitar o compromisso de longa data de afectar 0,7 % do PNB ao desenvolvimento (declaração do Conselho de Novembro de 2001). Os níveis de ajuda diminuíram durante uma grande parte dos anos 90, tendo os doadores, em 2000, consagrado unicamente 0,22 % do PNB (53,06 mil milhões de USD)<sup>14</sup> aos esforços de desenvolvimento. A contribuição da UE representa 0,33 % do seu PNB (25,4 mil milhões de USD). Apenas uma parte insuficiente deste apoio ao desenvolvimento foi afectada aos países mais necessitados – a ajuda aos países mais pobre, em 1999, representou unicamente 0,06 % do PNB dos doadores. A concretização do objectivo de 0,7 % poderá permitir libertar um montante adicional de 125 mil milhões de USD anuais. Segundo as estimativas do Banco Mundial, o objectivo central de redução da pobreza para metade até 2015 exigirá uma duplicação rápida dos fluxos de APD<sup>15</sup>.

### **Investimentos em bens públicos mundiais**

---

13 Orientações da OCDE para as empresas multinacionais: Revisão 2000..

14 Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) da OCDE, Abril de 2000.

15 "Financing for Development", Relatório preparado pelo Banco Mundial e pelo FMI, Agosto de 2001.

Existe um reconhecimento crescente da importância de determinados bens públicos mundiais (BPM), em especial no que se refere à necessidade de incentivar a investigação e o desenvolvimento de novos produtos. Isto exige a concessão de incentivos às empresas, bem como a criação de abordagens e parcerias inovadoras e de novos instrumentos financeiros. Actualmente, tanto o sector público como o sector privado consagram menos de 10 % do seu orçamento de investigação no domínio da saúde aos problemas sanitários dos países em desenvolvimento. Apenas 2 % do financiamento global da investigação e do desenvolvimento é consagrado à investigação relativa às principais doenças transmissíveis<sup>16</sup>. No entanto, os investimentos no desenvolvimento, por exemplo, uma vacina contra a SIDA ou de erradicação da poliomielite, demonstram que os recursos podem beneficiar todas as sociedades, pelo que não deverão provir unicamente da ajuda ao desenvolvimento ou de financiamentos públicos existentes. As necessidades mais urgentes incluem o desenvolvimento de vacinas, de novos medicamentos e de métodos de diagnóstico no que se refere ao VIH/SIDA, à malária e à tuberculose. O Programa de Acção da CE sobre Doenças Transmissíveis preconiza uma atenção especial aos bens públicos mundiais, paralelamente a outras acções destinadas a melhorar o impacto das intervenções existentes, bem como a acessibilidade económica dos medicamentos. O financiamento da CE previsto no último Programa Quadro a favor do desenvolvimento clínico de vacinas contra a SIDA e a malária constitui igualmente um bom exemplo do investimento da Comunidade Europeia nos bens públicos mundiais.

### **Parcerias entre os sectores público e privado**

A fim de enfrentar os principais desafios em matéria de saúde pública e de responder a preocupações específicas, foi criado um número crescente de **parcerias mundiais entre os sectores público e privado**. A título de exemplo, referimos a recente parceria para a erradicação da tuberculose ("STOP TB"), para o recuo da malária ("Roll Back Malaria"), a iniciativa internacional para o desenvolvimento de uma vacina contra a SIDA ("International AIDS Vaccine Initiative (IAVI)") e a operação medicamentos contra a malária ("Medicines for Malaria Venture"). Muitos dos grupos europeus de investigação e desenvolvimento no domínio das vacinas, financiados no âmbito do Quinto Programa-Quadro, são parcerias eficazes entre os sectores público e privado, com um ou vários parceiros industriais privados. A fundação filantrópica Gates financiou em grande parte a Aliança Mundial para as Vacinas e a Imunização (GAVI), que está a revitalizar os esforços internacionais de promoção da vacinação. O Fundo Mundial de luta contra o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária, recentemente instituído, é a mais recente parceria deste tipo. Algumas destas parcerias começaram a produzir resultados, embora o facto de existir uma multiplicidade de sistemas diversos, cada qual centrado numa questão ou doença diferente, apresente riscos a nível da coerência das acções desenvolvidas.

Em geral, as parcerias entre os sectores público e privado estão a desempenhar um papel cada vez mais importante a nível nacional, reforçando os processos de cada país e permitindo o desenvolvimento de sistemas de saúde equitativos.

## **5. CONTRIBUIÇÃO DA CE PARA A MELHORIA DA SAÚDE**

**A política de desenvolvimento da Comunidade Europeia**<sup>17</sup>, como exposto na Declaração Comum de Novembro de 2000 (Anexo 6), tem por objectivo contribuir para a redução da

---

16 Fórum mundial para a investigação no domínio da saúde, 1999

17 A política de desenvolvimento da Comunidade Europeia, Com (2000) 212.

pobreza através da concessão de apoio ao desenvolvimento económico, social e ambiental sustentável e a integração dos países em desenvolvimento na economia mundial. Os **princípios-chave** da ajuda e das políticas em favor das populações pobres, que visam criar um ambiente propício ao crescimento e à redução da pobreza, são enunciados no ponto 4. Neste ponto são expostos um conjunto de prioridades comunitárias que deverão permitir uma melhoria da saúde a nível nacional, regional e mundial, bem como novos modos de colaboração com os Estados-Membros e outros parceiros, incluindo as agências multilaterais, a Nações Unidas, a sociedade civil e o sector privado.

### **Quadro de acção comunitária em matéria de saúde e de pobreza - aumento dos investimentos com vista à melhoria da saúde**

As **orientações comunitárias actuais relativas à ajuda no domínio da saúde, da SIDA e da população** encontram-se expostas numa série de comunicações e de resoluções de 1994 (Anexo 2). O apoio evoluiu ao longo dos anos: depois de se ter centrado inicialmente no desenvolvimento das infra-estruturas sanitárias, passou a focalizar-se na prestação de serviços de saúde primários, no reforço institucional e no desenvolvimento dos recursos humanos. A concessão de um apoio específico às políticas e programas no domínio do VIH/SIDA permaneceu uma constante, enquanto um apoio mais vasto foi concedido, nomeadamente, à aquisição de medicamentos essenciais, às acções de reabilitação, ao financiamento da saúde e ao reforço dos sistemas sanitários.

Mais recentemente, a CE adquiriu experiência a nível nacional, através do desenvolvimento de abordagens sectoriais e de sistemas de co-financiamento ou de “cabazes de fundos” com outros doadores e, a nível mundial, através da formulação de políticas e de estratégias, o que lhe permitiu contribuir activamente para influenciar a política internacional e a coerência das acções externas. A Comissão desempenhou cada vez mais um papel de coordenação a nível da União Europeia para as questões de saúde e de desenvolvimento, tendo desenvolvido uma estreita cooperação com a sociedade civil e um diálogo com o sector privado. O programa de acção da Comunidade relativo à luta contra as principais doenças transmissíveis no contexto da redução da pobreza publicado em Fevereiro de 2001 traduz estes esforços.

Os objectivos gerais da política comunitária em matéria de saúde e de pobreza são os seguintes:

- Melhorar, a nível nacional, os resultados no domínio da saúde, da SIDA e da população, em especial no que diz respeito às populações mais pobres;
- Maximizar os benefícios no sector da saúde e minimizar os eventuais efeitos negativos sobre a saúde da ajuda comunitária concedida a outros sectores;
- Assegurar às camadas mais vulneráveis da população uma protecção contra a pobreza, através da concessão de apoio a mecanismos justos e equitativos de financiamento da saúde;
- Investir no desenvolvimento de bens públicos mundiais específicos.

A fim de concretizar os objectivos precedentes, a CE identificou um conjunto de prioridades interligadas e que se reforçam mutuamente, às quais as intervenções da CE proporcionam um valor acrescentado especial. O nível nacional permanecerá o quadro principal no qual se realizarão os investimentos comunitários no sector da saúde, e o apoio a actividades a nível

regional e mundial irá reforçar e complementar os objectivos no domínio da saúde dos países e das comunidades. Em geral, prevê-se que as intervenções da CE aumentem. Além disso, a Comunidade intensificará os seus esforços no sentido de se pronunciar com uma voz única (a Comunidade e os seus Estados-Membros) a nível nacional e regional e no âmbito das instâncias internacionais.

### **Nível nacional**

A Comunidade concluiu parcerias fortes e duradouras com a maior parte dos países em desenvolvimento nos quais se encontra igualmente presente. A Comunidade prestará um apoio a longo prazo às políticas e práticas que deixam antever os melhores resultados no sector da saúde para as populações mais pobres, e fixará as prioridades das suas acções em função dos seguintes problemas sanitários que afectam de forma desproporcionada as populações mais pobres:

- Promoção da saúde pública - em especial esforços de prevenção, incluindo a educação e a informação acerca da transmissão das doenças e controlo do tabagismo;
- Reforço dos sistemas de saúde com vista a melhorar o acesso a serviços de qualidade;
- Garantia de sistemas de financiamento do sector da saúde em favor das populações pobres e protecção social;
- Doenças transmissíveis - em especial a integração do VIH/SIDA nas políticas e programas comunitários, malária e tuberculose;
- Saúde e direitos em matéria de sexualidade e reprodução - em especial saúde materna;

Os aspectos acima referidos serão tratados através das seguintes acções:

- Execução de uma estratégia global de programação a nível nacional que relacione, na medida do possível, todos os recursos e instrumentos em apoio de um quadro de acção em matéria de saúde do qual o país se possa apropriar;
- Reforço, a nível nacional, do diálogo de política macroeconómica com interesse para os sectores sociais, em especial os sectores da saúde e da educação, a fim de manter e, se possível, aumentar, os orçamentos do sector social e de trabalhar para tornar a sua distribuição mais equitativa;
- Garantia de que os documentos de estratégia por país (DEP) reflectem os princípios de base do apoio da CE em favor da saúde, da SIDA e da população nos países em desenvolvimento<sup>18</sup>;
- Garantia, a nível da planificação das políticas e da concepção e execução de programas e projectos, da coerência entre o sector da saúde e outros sectores com uma incidência especial sobre os resultados sanitários;

---

18 Ver as orientações em matéria de programação: apoio comunitário em favor da saúde, da SIDA e da população, Outubro de 2001.

- Manutenção e, se possível, aumento da ajuda ao sector da saúde nos países em desenvolvimento;
- Reforço da ajuda ao desenvolvimento dos recursos humanos e reforço das capacidades institucionais;
- Reforço do apoio em favor do controlo das afectações ao sector social dos orçamentos nacionais e melhoria dos resultados sanitários no âmbito do processo previsto pelos DERP;
- Apoio à aquisição de conhecimentos e gestão, reforço das capacidades e difusão das melhores práticas baseadas em estratégias cientificamente fundamentadas nos países em desenvolvimento.

Os beneficiários da ajuda comunitária serão os países de rendimento baixo<sup>19</sup>; contudo, as prioridades serão fixadas de maneira flexível e serão tidos em conta aspectos diversos do rendimento. Nos países de rendimento médio<sup>20</sup>, o objectivo principal será o da reforma dos sistemas de saúde de modo a se tornarem mais equitativos e eficazes, paralelamente ao apoio às populações que apresentam resultados sanitários preocupantes.

A Comunidade trabalhará em estreita cooperação com os parceiros para o desenvolvimento, incluindo os governos, a sociedade civil e o sector privado e, se for caso disso, incentivará a organização de fóruns regulares de consulta entre as diferentes partes interessadas. Maximizará ainda as possibilidades de cooperação com os Estados-Membros e os outros doadores.

A abordagem nacional específica, o nível da ajuda e os instrumentos utilizados (Anexo 5) serão definidos de forma mais precisa pela qualidade da gestão macroeconómica e orçamental, pelo nível de dependência da ajuda e pela qualidade das políticas e da gestão sectorial do país em questão. A ajuda orçamental, o apoio ao sector social e o apoio aos programas e projectos podem ser complementares, desde que apoiem um quadro de acção definido a nível nacional. Nos casos em que o apoio orçamental não seja adequado, o financiamento comunitário apoiará programas e projectos que se inscrevam num quadro nacional e centrar-se-á no reforço das capacidades. Na ausência de um quadro nacional, a Comunidade facilitará a passagem para uma abordagem sectorial. Na maior parte dos países em desenvolvimento, a Comunidade continuará, durante um período transitório de reforço das capacidades e da confiança, a conceder um apoio financeiro diversificado (projectos, fundos sectoriais comuns, apoio orçamental específico).

Tendo em conta a reforma em curso do Serviço Externo da Comissão, incluindo a desconcentração da gestão da assistência externa, prevê-se que os efectivos das Delegações da CE sejam reforçados de forma a poderem responder às necessidades que se fazem sentir no domínio do desenvolvimento social.

### **Valor acrescentado regional**

A Comunidade Europeia encarna a experiência colectiva de integração regional da União Europeia. A Comunidade tem um papel especial a desempenhar na concessão de apoio à

---

19 Países de rendimento baixo – PNB per capita inferior a 760 USD em 1998.

20 Países de rendimento médio - PNB per capita de 761-3030 USD em 1998 (rendimento médio inferior) e de 3031-9360 USD em 1998 (rendimento médio superior).



integração regional, a fim de ajudar na resolução dos desafios transfronteiras que se colocam. O apoio regional passado e actual da CE inclui os domínios do VIH/SIDA no Sul da África, a prevenção da malária na Ásia do Sudeste, a saúde reprodutiva na Ásia e a política e prática em matéria de vacinação e farmacêutica na África Ocidental. Consideram-se prioritárias para a concessão de uma ajuda comunitária as seguintes áreas, nas quais uma abordagem regional pode implicar um valor acrescentado especial:

- As experiências realizadas no domínio da reforma do sector da saúde e das estratégias e instrumentos em matéria de prestação de cuidados de saúde ligados às prioridades de saúde pública; descentralização, desenvolvimento dos recursos humanos, acompanhamento e avaliação dos resultados no domínio do desenvolvimento social;
- Inquéritos demográficos, controlo epidemiológico integrado das doenças e preparação para as epidemias;
- Questões ligadas à política farmacêutica, incluindo a regulamentação dos medicamentos, as aquisições regionais e o reforço das capacidades para a execução do Acordo TRIPS;
- Apoio aos domínios da investigação, do desenvolvimento, do fornecimento e da protecção de bens públicos, em especial vacinas contra a SIDA e a malária, bem como no domínio dos conhecimentos, da educação, da segurança alimentar, do ambiente, da paz, da segurança e da estabilidade financeira.

Os aspectos acima referidos serão tratados através dos seguintes meios:

- Inserção nos acordos de parceria económica regionais de elementos que permitam garantir um tratamento adequado das questões sanitárias;
- Apoio em favor da realização de análises críticas da capacidade das instituições regionais;
- Desenvolvimento de parcerias com os governos, as instituições regionais, as agências multilaterais e bilaterais, as Nações Unidas, os grupos da sociedade civil, os bancos de desenvolvimento e o sector privado;
- Apoio à aquisição e gestão de conhecimentos, ao reforço das capacidades e à difusão das melhores práticas baseadas em estratégias cientificamente fundamentadas.

Os instrumentos de financiamento comunitário existentes permitem a concessão de um apoio adequado às actividades regionais. A CE estudará a possibilidade de fornecer assistência técnica regional, no âmbito de acordos de colaboração com os Estados-Membros. Os casos passados e actuais de destacamento, pelos Estados-Membros interessados, de peritos regionais no domínio da saúde junto de uma Delegação da CE, revelaram-se extremamente eficazes, e será examinada a possibilidade de novas formas de assistência. Serão igualmente exploradas outras medidas de acompanhamento no sentido de uma estratégia sectorial, em conformidade com as estratégias de redução da pobreza.

### **Coordenação, complementaridade e sinergia com os Estados-Membros**

Os Estados-Membros basearam-se na sua história e experiência diversas para a formulação das suas políticas de desenvolvimento, o que os conduziu a adoptarem uma ampla gama de abordagens em matéria de melhoria da situação sanitária nos países em desenvolvimento

(Anexo 6). Os domínios nos quais desenvolveram determinados pontos fortes e conhecimentos são, conseqüentemente, variáveis, embora exista entre eles um elevado nível de complementaridade e de sinergia. Juntamente com a Comunidade, representam um conjunto precioso de conhecimentos, de recursos e de experiências susceptíveis de utilização.

Embora subsistam diferenças a nível das abordagens e dos instrumentos, verifica-se uma convergência crescente em torno dos objectivos de desenvolvimento do milénio. À medida que o processo de colaboração em matéria sanitária a nível da União Europeia se aprofunda, haverá mais domínios de consenso e níveis mais elevados de coordenação e de complementaridade que proporcionarão oportunidades de se apoiar nas melhores práticas e de maximizar o impacto da ajuda europeia ao desenvolvimento no sector da saúde.

A **nível nacional**, a coordenação das políticas e da programação deve ser assegurada no âmbito do processo de estratégia nacional. O **documento de estratégia por país** constitui o principal instrumento plurianual de orientação, de gestão e de reexame da ajuda comunitária ao desenvolvimento. Baseia-se no quadro nacional de desenvolvimento existente, incluindo, em determinados casos, no DERP, sendo desenvolvido com os governos e em consulta com os Estados-Membros, os outros doadores e a sociedade civil. As possibilidades de parceria, de coordenação e de co-financiamento entre os Estados-Membros da União Europeia aumentam à medida que a política evolui para mecanismos de apoio sectorial e, em certos países, para a concessão de apoio orçamental. O reforço das parcerias CE a nível nacional destinar-se-á a facilitar a coordenação operacional, a harmonização dos procedimentos, a realização de controlos conjuntos e, eventualmente, a concessão de um apoio financeiro unificado.

A **nível da sede e das delegações**, a experiência adquirida nos últimos anos em matéria de coordenação no âmbito de grupos de peritos e de parcerias com organizações multilaterais produziu resultados tangíveis. Convém reforçar o grupo de peritos da CE encarregado das questões relativas à saúde, à SIDA e à população, que permite a realização de discussões informais sobre questões prioritárias e consultas para a elaboração de políticas e de estratégias. Os esforços concertados no domínio do diálogo político internacional deverão ser intensificados. As realizações recentes conjuntas incluem os progressos alcançados a nível da desvinculação da ajuda e a instituição de uma plataforma de investigação comum da União Europeia em matéria de doenças transmissíveis. A iniciativa para o estabelecimento do programa de acção contra as principais doenças transmissíveis constitui mais um exemplo de uma coordenação estreita da CE.

A CE dará prioridade às seguintes áreas de trabalho, em coordenação com os Estados-Membros e em complemento às actividades dos mesmos:

- Identificação de medidas práticas para a melhoria da coerência entre as actividades e as políticas sectoriais da CE;
- Aumento da participação da CE em parcerias entre o sector público e privado, bem como em parcerias com outros doadores;
- Reforço da coordenação operacional entre a CE e os Estados-Membros nos países em desenvolvimento;

As áreas a seguir identificadas poderão ser tratadas através das seguintes medidas:

- Identificação das vantagens comparativas respectivas da Comunidade Europeia e dos seus Estados-Membros em matéria de saúde e de pobreza e preparação de uma proposta relativa à melhor forma de repartir as responsabilidades e programas de trabalho, a fim de maximizar a complementaridade da CE a nível nacional e mundial;
- Reforço do papel da Comissão no que diz respeito à coordenação da política da União Europeia nos sectores social e da saúde e à garantia da complementaridade da ajuda comunitária;
- Partilha de informações e de saber-fazer, através de um estabelecimento sistemático de redes em estreita parceria com os países em desenvolvimento. A criação e a manutenção de um sítio web da CE em matéria de saúde e de pobreza e de uma base de dados acessível ao público contendo informações sobre as intervenções sanitárias da CE e dos seus Estados-Membros constituem exemplos de actividades susceptíveis de serem exploradas nesse domínio;
- Reforço das actividades do grupo de peritos em matéria sanitária da CE e dos Estados-Membros a nível da sede;
- Organização de fóruns regulares nacionais e de missões conjuntas consagrados à cooperação da CE no domínio da saúde. A desconcentração dos organismos de ajuda da CE e dos Estados-Membros deverá facilitar a cooperação a nível nacional, através da disponibilização de um número crescente de pessoal especializado e directamente responsável no local;
- Maximização da utilização de pessoal especializado dos Estados-Membros com uma vasta gama de conhecimentos periciais no domínio sanitário, melhorando a sua afectação e, sendo caso disso, reagrupando-o de forma a obter uma massa crítica de conhecimentos europeus em matéria de saúde e de pobreza a nível nacional e regional;
- Sensibilização e orientação do pessoal que trabalha em sectores diversos do sector sanitário, de modo a aumentar as suas responsabilidades em matéria de saúde e de pobreza.

O reforço da ênfase sobre as medidas destinadas a garantir uma parceria integral e activa entre a Comunidade e os Estados-Membros em matéria de saúde e população e pobreza exige instrumentos de financiamento flexíveis e recursos humanos adaptados.

### **Contribuição ao nível mundial – cooperação com os parceiros internacionais**

Conforme foi assinalado no ponto 4, incumbe à Comunidade Europeia e aos seus Estados-Membros manter os princípios enunciados nos acordos internacionais, como os programas de acção do Cairo (1994), de Copenhaga e de Pequim (1995) ou a Declaração da SEAGNU sobre o VIH/SIDA, bem como contribuir para a concretização dos objectivos de desenvolvimento do milénio. As actividades iniciadas ou financiadas pela Comunidade influenciaram a política internacional em matéria sanitária. Os investimentos da CE apoiaram igualmente a criação de conhecimentos e o reforço das capacidades a nível mundial, tal como o demonstram as parcerias em matéria de investigação no domínio do VIH/SIDA instituídas com o Banco Mundial e a ONUSIDA.

A Comunidade é um importante doador das agências das Nações Unidas<sup>21</sup>, participando ainda de forma activa nas actividades do G8. O estabelecimento de relações transnacionais fortes com parceiros específicos como os Estados Unidos, o Canadá e o Japão permitiu reforçar o impacto no âmbito dos debates internacionais, dos princípios comunitários em matéria de saúde e de pobreza, tendo ainda preconizado um aumento dos recursos afectados ao sector da saúde nos países em desenvolvimento. A Comissão está a desempenhar um papel activo na coordenação da posição a adoptar pela União Europeia no âmbito das negociações relativas à convenção mundial sobre o tabaco, iniciadas pela OMS. O impacto dessa convenção sobre os países em desenvolvimento reveste-se da maior importância.

A nova ordem de trabalhos mundial em matéria de saúde e de pobreza exige o reforço das parcerias internacionais com as principais agências. Para tal, os domínios seguintes serão retidos como prioridades da ajuda comunitária:

- Continuação da focalização da CE sobre iniciativas mundiais relativas a bens públicos mundiais específicos, doenças transmissíveis, saúde reprodutiva, tabaco, financiamento equitativo e protecção social;
- Coerência das acções no âmbito de outros sectores de competência da CE, nomeadamente, o comércio, a investigação e o desenvolvimento, a educação, a segurança alimentar, a agricultura e o ambiente;
- Participação activa na concepção e concretização de iniciativas mundiais públicas/privadas, tais como o fundo mundial de luta contra o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária;
- Manutenção de um perfil elevado em matéria de saúde e de pobreza no âmbito do G8 e de outras instâncias internacionais;
- Estudo das possibilidades de conclusão ou de aprofundamento de parcerias com os bancos internacionais de desenvolvimento e as agências especializadas das Nações Unidas, bem como o estabelecimento de relações com outras organizações internacionais;
- Continuação de uma cooperação estreita com a OMS no que diz respeito às políticas sanitária e farmacêutica e às questões normativas, bem como com a ONUSIDA no que se refere às especificidades da política e das operações no domínio do VIH/SIDA;
- Continuação da cooperação com a UNFPA e a UNICEF no âmbito de parcerias nacionais e regionais para a prestação de serviços e o fornecimento de bens;
- Reforço da contribuição da Comissão no âmbito do Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) da OCDE;
- Colaboração estreita com o Banco Mundial no âmbito do apoio aos DERP e em matéria de política, de programação, de investigação e das acções relativas à saúde e à pobreza nos países em desenvolvimento.

---

21 A melhoria da coordenação com as Nações Unidas constitui uma prioridade comunitária, sendo a ajuda ao desenvolvimento o objectivo principal do reforço de cooperação. Para mais pormenores, ver a comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu: criação de uma parceria eficaz com as Nações Unidas nos domínios do desenvolvimento e dos assuntos humanitários (Abril de 2000).

- Exame das possibilidades de reforço da cooperação com as parcerias mundiais entre os sectores público e privado, tais como, nomeadamente, a GAVI e a IAVI, e do apoio que lhes é concedido.

As áreas anteriormente referidas serão tratadas através das seguintes medidas:

- Intensificação dos esforços para falar com uma só voz (Comunidade e Estados-Membros) nas instâncias internacionais<sup>22</sup>;
- Reforço dos esforços de apresentação, explicação e projecção das prioridades políticas comunitárias no contexto mundial;
- Aumento da presença e da contribuição comunitárias nas diversas entidades de gestão dos organismos das Nações Unidas e de outras instâncias internacionais;
- Exame das oportunidades de colaboração com o sector privado com ou sem fins lucrativos.

A fim de utilizar a possibilidade de criar de parcerias inovadoras com diferentes actores, bem como de contribuir, sempre que adequado e mediante a apresentação de uma justificação adequada, para iniciativas mundiais, os instrumentos de financiamento da Comunidade poderão ter de ser revistos. Uma primeira tentativa nesse sentido consistiu na proposta actual de revisão do regulamento relativo à rubrica orçamental especial para as doenças relacionadas com a pobreza (B7-6211), cuja adopção está prevista para 2002 e que prevê um apoio financeiro em favor de uma participação plena da Comunidade a nível mundial.

### **Organizações da sociedade civil e organizações não governamentais**

A comunidade de ONG soube exprimir os seus pontos de vista de modo convincente, tendo influenciado as acções recentes em matéria de redução da dívida, de acessibilidade dos medicamentos em termos de preço e de patentes. Tem ainda desempenhado uma função de barómetro da eficácia e das lacunas da ajuda ao desenvolvimento. A Comissão reforçará ainda a cooperação com as ONG/OSC, a fim de promover e de influenciar o diálogo político e a estratégia sobre as principais questões sanitárias e de desenvolvimento.

A nível nacional, a CE continuará a incluir as ONG/OSC em programas na sua qualidade de importantes parceiros para a prestação de serviços e a avaliação dos resultados e do desempenho. Uma parte significativa dos investimentos da União Europeia é canalizada através de projectos e de programas com o sector privado sem fins lucrativos (Anexo 5). A Comissão continuará a desenvolver actividades destinadas a assegurar a coerência entre o trabalho das ONG/OSC e o dos governos, dos doadores e dos outros parceiros e instituirá um grupo de trabalho em matéria de saúde e de pobreza no qual participarão a CE e a sociedade civil. O objectivo é reforçar e manter uma relação de trabalho de confiança entre a Comissão e os representantes da sociedade civil. Trata-se de uma forma de reconhecer que existem formas e meios para a Comissão melhorar a sua transparência e abertura, em especial no domínio político. Poderão ser organizadas reuniões numa base semestral, nas quais participarão todas as partes interessadas, isto é, ONG/OSC, representantes das empresas e dos sindicatos, membros do Parlamento Europeu e representantes dos Estados-Membros. Essas reuniões não

---

22 O artigo 180º do Tratado CE prevê uma maior coordenação das posições da Comunidade e dos Estados-Membros no âmbito das instâncias internacionais.

deverão sobrepor-se a outros fóruns regulares de consulta entre a Comunidade e a sociedade civil.

### **Sector privado**

A epidemia do VIH/SIDA levou várias multinacionais, empresas privadas e investidores nos países em desenvolvimento a reverem e alargarem a sua participação nos domínios da protecção sanitária e social. O sector privado poderá ainda prestar uma maior contribuição para o sector da saúde nos países em desenvolvimento, por exemplo, através do fundo mundial de luta contra o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária, do reforço dos compromissos em matéria de responsabilidade empresarial e da promoção da aplicação generalizada de um sistema de preços diferenciados.

A cooperação da Comunidade com o sector privado com fins lucrativos tem sido limitada; começou a revestir-se de um carácter mais activo no âmbito do programa de acção da Comunidade relativo à luta contra as doenças transmissíveis no contexto da redução da pobreza (Fevereiro de 2001). Será concedida uma maior atenção ao desenvolvimento de mecanismos de colaboração com este sector, em especial nos seguintes domínios:

- Exame de novas medidas de incentivo destinadas a promover o empenho das multinacionais e de outras empresas privadas no desenvolvimento de bens públicos mundiais;
- Reforço da cooperação com os investidores privados, de forma a aumentar a sua responsabilização pelo sector da saúde nos países em desenvolvimento;
- Estudo das possibilidades de aumentar as capacidades de produção local de produtos farmacêuticos nos países em desenvolvimento. Os projectos viáveis serão apoiados pelas facilidades de investimento existentes concedidas pelo BEI ao sector privado;

As empresas europeias serão incentivadas a utilizar as orientações da OCDE para investidores estrangeiros e a controlar os resultados obtidos.

## **6. CONTROLO DOS INVESTIMENTOS E DO IMPACTO DA AJUDA COMUNITÁRIA AO DESENVOLVIMENTO SOBRE O SECTOR DA SAÚDE**

Após uma focalização inicial sobre investimentos em projectos específicos, a ajuda comunitária ao desenvolvimento nos domínios da saúde, da SIDA e da população orientou-se para a concessão de apoio sectorial e de apoio orçamental geral. Do mesmo modo, o controlo, inicialmente centrado sobre entradas e resultados comunitários específicos, orientou-se para uma avaliação dos resultados em relação a um quadro de desenvolvimento sectorial ou nacional. Esta avaliação é efectuada conjuntamente com todos os parceiros para o desenvolvimento. Existe ainda uma evolução no sentido de controlar os resultados obtidos a um nível mais elevado e mundial em vez de entradas e resultados, embora estes últimos continuem a constituir medidas intercalares importantes.

A avaliação dos resultados em função do quadro de desenvolvimento nacional permite aos parceiros para o desenvolvimento compreenderem e gerirem melhor as limitações subjacentes que restringem a eficácia da execução das políticas e estratégias, no domínio da saúde, focalizadas sobre a redução da pobreza e as camadas mais desfavorecidas da população.

A Comissão trabalhará com os parceiros de desenvolvimento no sentido da definição de abordagens eficazes em matéria de controlo da concretização dos objectivos temáticos e sectoriais a nível nacional e mundial.

### **Nível nacional: ligação das entradas ao desempenho e aos resultados no sector da saúde**

Os sistemas sanitários de muitos países em desenvolvimento encontram-se em situação de penúria de recursos. Incumbe aos próprios países em desenvolvimento mobilizar uma grande parte do volume acrescido de investimentos necessários à melhoria dos resultados sanitários. Iniciativas como a adoptada pelos governos africanos (Abuja 2001) de afectarem 15% dos seus orçamentos nacionais à saúde são louváveis, mas, no que diz respeito à maior parte dos países de rendimento baixo, a comunidade internacional terá de completar os investimentos públicos e privados realizados a nível nacional com a concessão de apoio financeiro a longo prazo. Muitos países necessitarão mais de ajuda técnica e de ajuda ao desenvolvimento das suas capacidades técnicas do que de contribuições financeiras volumosas.

Os países e os seus parceiros para o desenvolvimento deverão avaliar todas as entradas, incluindo recursos públicos, privados (que representam uma percentagem significativa em vários países) e dos doadores. Os quadros nacionais de avaliação terão de avaliar o conjunto dos investimentos realizados no sector sanitário, incluindo a concessão de apoio directo ao sector da saúde, o apoio a outros sectores com um impacto sobre o sector da saúde e o apoio macroeconómico.

- Através da realização de um diálogo político a nível nacional, a CE contribuirá para a obtenção de um volume de investimentos suficiente para permitir a melhoria dos resultados sanitários. Para tal, a CE irá recorrer a um conjunto de instrumentos, incluindo o apoio macro-económico, a redução da dívida relacionada com os orçamentos do sector social e a concessão de financiamentos para iniciativas específicas ou em casos de défice de financiamento manifestos.

As estratégias nacionais apresentam raramente uma análise coerente da forma como o apoio a programas, sectorial ou macro-económico se traduzirá numa melhoria da situação sanitária das populações pobres. As medidas adoptadas consistem frequentemente na realização de investimentos directos no sector da saúde sem considerar se eventuais intervenções alternativas noutros sectores não teriam um maior impacto sobre as doenças que afectam as populações pobres ou sobre a saúde mundial.

Para constituir uma base dos procedimentos de revisão orçamental e sectorial, muitos países estão em vias de estabelecer um conjunto de indicadores de referência para medir o funcionamento do sistema sanitário e os progressos realizados na obtenção de resultados concretos no plano sanitário, no âmbito da redução da pobreza e dos objectivos de desenvolvimento do milénio. Esses indicadores são normalmente constituídos por uma mistura de entradas, de resultados e de processos, bem como, em menor grau, por dados sobre o impacto. Embora por vezes se revelem imperfeitos, a experiência e o reforço das capacidades permitirão melhorar os indicadores específicos de cada país.

Os indicadores deverão ser avaliados do ponto de vista da utilidade que apresentam para a medição das melhorias da situação sanitária das populações pobres. A Comunidade tenciona ligar o apoio futuro aos resultados obtidos em relação aos objectivos fixados com os países e os seus parceiros. A definição de um número limitado de indicadores de resultado constitui um verdadeiro desafio na ausência de sistemas estatísticos suficientemente desenvolvidos,

podendo ainda incentivar erroneamente uma focalização exclusiva em áreas-chave nas quais os resultados serão objecto de medição.

- A CE irá testar a utilidade dos indicadores intercalares num determinado número de países em que a ajuda futura será prestada sob forma de apoio sectorial ou macroeconómico.
- A Comissão irá iniciar actividades relativas aos indicadores intercalares com os Estados-Membros e no âmbito do CAD/OCDE.

Os sistemas estatísticos normais são frequentemente imperfeitos e limitados aos prestadores do sector público e do sector privado sem fins lucrativos. Os dados agregados podem ocultar variações amplas e desigualdades profundas, não se encontrando frequentemente ligados à tomada de decisões políticas ou às afectações financeiras. Contudo, alguns países estão a melhorar a gestão das informações e o controlo dos resultados através da desagregação de dados (em função do género, do nível de rendimento, da área geográfica e do prestador de serviços), da apresentação de uma análise e de um *feedback* aprofundados aos prestadores e de uma interacção com os responsáveis pela tomada de decisões políticas.

- A Comunidade continuará a facilitar os trabalhos destinados a reforçar os sistemas e as capacidades de controlo, em cooperação com os países parceiros e outros parceiros-chave.

### **Investimentos a nível regional e mundial**

As novas parcerias a nível mundial oferecem possibilidades acrescidas de canalizar mais recursos e de uma forma mais eficiente à melhoria dos resultados sanitários. Não existe um sistema eficaz de controlo do conjunto dos investimentos em matéria sanitária. Os objectivos de desenvolvimento do milénio constituem indicadores de alto nível, aceites como referência a nível internacional. A comunidade para o desenvolvimento está a desenvolver vários esforços no sentido do estabelecimento de um número limitado de indicadores intercalares fundamentais susceptíveis de serem utilizados por todos os parceiros para o desenvolvimento. Os resultados mundiais no domínio da saúde são controlados pela OMS.

- A CE desempenhará um papel de importância crescente em áreas estratégicas nas quais a contribuição da UE pode ser decisiva para a concretização dos objectivos de desenvolvimento do milénio.
- A CE contribuirá para as actividades relativas aos indicadores de alto nível, em colaboração com os Estados-Membros e no âmbito do CAD/OCDE.

### **Controlo da gestão da ajuda comunitária**

A ajuda comunitária às actividades relacionadas com a saúde, a SIDA e a demografia ultrapassou os 700 milhões de euros em 1998, o que corresponde a 8% do orçamento comunitário. A carteira total para 1995-2000 eleva-se a 1,4 mil milhões de euros (Anexo5). Está actualmente a ser efectuada uma avaliação da carteira. As recomendações iniciais incluem nomeadamente: a necessidade de estratégias diferenciadas; o papel crucial da desconcentração da ajuda comunitária; a necessidade de prosseguir o apoio institucional aos países com vista ao desenvolvimento de estratégias de saúde adequadas; a necessidade de uma coerência, coordenação e complementaridade mais profundas; e a necessidade de desenvolver um conjunto de indicadores adequados destinados a medir os progressos alcançados. A presente comunicação inclui estas e outras recomendações de avaliações anteriores do



Programa comunitário em matéria de SIDA/VIH, bem como a utilização de rubricas orçamentais especiais para SIDA e população.<sup>23</sup>

A gestão da ajuda comunitária no sector da saúde e da luta contra a pobreza será controlada avaliada de forma mais profunda através de um processo contínuo, em ligação com o procedimento orçamental, a revisão das dotações, as avaliações sectoriais e temáticas, bem como no âmbito de um relatório anual sobre o desempenho, apresentado no relatório anual sobre a política de desenvolvimento da CE. Os mecanismos criados e os princípios orientadores que asseguram a utilização efectiva dos resultados das revisões e avaliações serão apresentados mais pormenorizadamente num programa de trabalho específico, na sequência da presente comunicação.

O financiamento da CE fornecido no âmbito desta política comunitária será sujeito à supervisão e controlo financeiro da Comissão, em conformidade com as modalidades habituais fixadas pela Comissão no respeito da legislação em vigor, em especial o Regulamento Financeiro aplicável ao orçamento geral das Comunidades Europeias e o Regulamento Financeiro do FED.

## **7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

O presente quadro político representa a resposta global da Comunidade aos compromissos assumidos pela comunidade internacional no sentido de contribuir para os objectivos de desenvolvimento do milénio relacionados com a saúde e com a pobreza. A cimeira de Joanesburgo proporciona uma oportunidade de avançar neste trabalho, reforçando o objectivo comum de melhorar o desenvolvimento sustentável. Uma resposta eficaz por parte da CE exigirá que a Comunidade e os seus Estados-Membros se esforcem por desenvolver uma acção coerente, em colaboração com os países parceiros, os parceiros internacionais e da sociedade civil, o sector privado, a ONU e outras organizações e intervenientes multilaterais.

A escolha da política proposta coloca diferentes desafios à Comunidade. É necessário considerar atentamente novos métodos de trabalho e de reforço dos investimentos. Não é possível tratar de uma só vez o conjunto dos seguintes domínios: a procura de uma maior coerência entre políticas, a opção de focalizar o sector da saúde através de outros sectores, o compromisso no sentido de ligar as entradas ao desempenho e aos resultados no sector da saúde, de aumentar os investimentos e os recursos sempre que possível e a necessidade de fazer com que os instrumentos comunitários respondam de uma forma eficaz e eficiente à procura crescente. O principal desafio situar-se-á provavelmente na questão da complementaridade da UE, na repartição de funções entre a Comunidade e os seus Estados-Membros e no reforço da cooperação entre a Comunidade e os Estados-Membros, para que todos falem com uma só voz nas parcerias e fóruns de desenvolvimento.

---

23 'Evaluation de l'aide de la coopération Nord-Sud en matière de lutte contre l'expansion de l'épidémie du HIV/SIDA et aide aux politiques et programmes démographiques dans les pays en développement 1997 - 1999', por Jean-Claude Deheneffe, et al., Novembro de 2000; 'Evaluation of the EC AIDS/HIV Programme in developing countries', por Health Research for Action (HERA), Dezembro de 1996

A presente comunicação será completada com um programa de actividades abrangente que precisará as prioridades de acção e os recursos humanos e financeiros necessários, compatíveis com a programação e instrumentos financeiros existentes. As necessidades em termos de recursos humanos e administrativos serão cobertas com a dotação concedida à DG que assegura a gestão no âmbito do processo anual de atribuição das dotações.

## Anexo 1: Objectivos de desenvolvimento do milénio

<b>Millennium Development Goals (MDGs)</b>	
Goals and Targets	Indicators
<b>Goal 1: Eradicate extreme poverty and hunger</b>	
<b>Target 1:</b> Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people whose income is less than one dollar a day	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proportion of population below \$1 per day</li> <li>2. Poverty gap ratio [incidence x depth of poverty]</li> <li>3. Share of poorest quintile in national consumption</li> </ol>
<b>Target 2:</b> Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people who suffer from hunger	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Prevalence of underweight children (under-five years of age)</li> <li>5. Proportion of population below minimum level of dietary energy consumption</li> </ol>
<b>Goal 2: Achieve universal primary education</b>	
<b>Target 3:</b> Ensure that, by 2015, children everywhere, boys and girls alike, will be able to complete a full course of primary schooling	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Net enrolment ratio in primary education</li> <li>7. Proportion of pupils starting grade 1 who reach grade 5</li> <li>8. Literacy rate of 15-24 year olds</li> </ol>
<b>Goal 3: Promote gender equality and empower women</b>	
<b>Target 4:</b> Eliminate gender disparity in primary and secondary education preferably by 2005 and to all levels of education no later than 2015	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Ratio of girls to boys in primary, secondary and tertiary education</li> <li>10. Ratio of literate females to males of 15-24 year olds</li> <li>11. Share of women in wage employment in the non-agricultural sector</li> <li>12. Proportion of seats held by women in national parliament</li> </ol>
<b>Goal 4: Reduce child mortality</b>	
<b>Target 5:</b> Reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Under-five mortality rate</li> <li>14. Infant mortality rate</li> <li>15. Proportion of 1 year old children immunised against measles</li> </ol>
<b>Goal 5: Improve maternal health</b>	
<b>Target 6:</b> Reduce by three-quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Maternal mortality ratio</li> <li>17. Proportion of births attended by skilled health personnel</li> </ol>
<b>Goal 6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases</b>	
<b>Target 7:</b> Have halted by 2015, and begun to reverse, the spread of HIV/AIDS	<ol style="list-style-type: none"> <li>18. HIV prevalence among 15-24 year old pregnant women</li> <li>19. Contraceptive prevalence rate</li> <li>20. Number of children orphaned by HIV/AIDS</li> </ol>
<b>Target 8:</b> Have halted by 2015, and begun to reverse, the incidence of malaria and other major diseases	<ol style="list-style-type: none"> <li>21. Prevalence and death rates associated with malaria</li> <li>22. Proportion of population in malaria risk areas using effective malaria prevention and treatment measures</li> <li>23. Prevalence and death rates associated with tuberculosis</li> <li>24. Proportion of TB cases detected and cured under DOTS (Directly Observed Treatment Short Course)</li> </ol>
<b>Goal 7: Ensure environmental sustainability*</b>	
<b>Target 9:</b> Integrate the principles of sustainable development into country policies and programmes and reverse the loss of environmental resources	<ol style="list-style-type: none"> <li>25. Proportion of land area covered by forest</li> <li>26. Land area protected to maintain biological diversity</li> <li>27. GDP per unit of energy use (as proxy for energy efficiency)</li> <li>28. Carbon dioxide emissions (per capita) [Plus two figures of global atmospheric pollution: ozone depletion and the accumulation of global warming gases]</li> </ol>
<b>Target 10:</b> Halve, by 2015, the proportion of people without sustainable access to safe drinking water	<ol style="list-style-type: none"> <li>29. Proportion of population with sustainable access to an improved water source</li> </ol>
<b>Target 11:</b> By 2020, to have achieved a significant improvement in the lives of at least 100 million slum dwellers	<ol style="list-style-type: none"> <li>30. Proportion of people with access to improved sanitation</li> <li>31. Proportion of people with access to secure tenure [Urban/rural disaggregation of several of the above indicators may be relevant for monitoring improvement in the lives of slum dwellers]</li> </ol>

<b>Goal 8: Develop a Global Partnership for Development*</b>	
<p><b>Target 12:</b> Develop further an open, rule-based, predictable, non-discriminatory trading and financial system</p> <p>Includes a commitment to good governance, development, and poverty reduction – both nationally and internationally</p>	<p><i>Some of the indicators listed below will be monitored separately for the Least Developed Countries (LDCs), Africa, landlocked countries and small island developing states.</i></p> <p><u>Official Development Assistance</u></p> <p>32. Net ODA as percentage of DAC donors' GNI [targets of 0.7% in total and 0.15% for LDCs]</p> <p>33. Proportion of ODA to basic social services (basic education, primary health care, nutrition, safe water and sanitation)</p> <p>34. Proportion of ODA that is untied</p> <p>35. Proportion of ODA for environment in small island developing states</p> <p>36. Proportion of ODA for transport sector in land-locked countries</p>
<p><b>Target 13:</b> Address the Special Needs of the Least Developed Countries</p> <p>Includes: tariff and quota free access for LDC exports; enhanced programme of debt relief for HIPC and cancellation of official bilateral debt; and more generous ODA for countries committed to poverty reduction</p>	<p><u>Market Access</u></p> <p>37. Proportion of exports (by value and excluding arms) admitted free of duties and quotas</p> <p>38. Average tariffs and quotas on agricultural products and textiles and clothing</p> <p>39. Domestic and export agricultural subsidies in OECD countries</p> <p>40. Proportion of ODA provided to help build trade capacity</p>
<p><b>Target 14:</b> Address the Special Needs of landlocked countries and small island developing states</p> <p>(through Barbados Programme and 22nd General Assembly provisions)</p>	<p><u>Debt Sustainability</u></p> <p>41. Proportion of official bilateral HIPC debt cancelled</p> <p>42. Debt service as a percentage of exports of goods and services</p> <p>43. Proportion of ODA provided as debt relief</p> <p>44. Number of countries reaching HIPC decision and completion points</p>
<p><b>Target 15:</b> Deal comprehensively with the debt problems of developing countries through national and international measures in order to make debt sustainable in the long term</p>	
<p><b>Target 16:</b> In cooperation with developing countries, develop and implement strategies for decent and productive work for youth</p>	<p>45. Unemployment rate of 15-24 year olds</p>
<p><b>Target 17:</b> In cooperation with pharmaceutical companies, provide access to affordable, essential drugs in developing countries</p>	<p>46. Proportion of population with access to affordable essential drugs on a sustainable basis</p>
<p><b>Target 18:</b> In cooperation with the private sector, make available the benefits of new technologies, especially information and communications</p>	<p>47. Telephone lines per 1000 people</p> <p>48. Personal computers per 1000 people</p> <p><i>Other Indicators TBD</i></p>

\* The selection of indicators for Goals 7 and 8 is subject to further refinement

## **Anexo 2: Evolução da política da CE em matéria de saúde, de SIDA e de população (1990-2000)**

### Saúde

(Comunicação da Comissão – COM (94) 77)

Prioridades estratégicas:

- (1) Garantir que a dimensão sanitária seja tomada em conta de uma forma mais sistemática nas políticas de desenvolvimento, em especial no âmbito de programas de ajustamento estrutural;
- (2) Ajudar a corrigir os desequilíbrios estruturais dos sistemas sanitários, dirigindo a acção para os serviços básicos;
- (3) Facilitar as reformas estruturais através do reforço das capacidades a nível central e da concessão de apoio à descentralização;
- (4) Ajudar os países a desenvolverem sistemas destinados a medir e mobilizar recursos de uma forma mais eficiente.

### VIH/SIDA

(Comunicação da Comissão – COM (94) 79)

Prioridades estratégicas:

- (1) Limitar a propagação da epidemia, evitando ao mesmo tempo a discriminação e a exclusão das pessoas infectadas como o VIH e a SIDA ou em risco;
- (2) Permitir ao sector da saúde lidar com o ónus adicional do VIH/SIDA;
- (3) Atenuar o impacto da epidemia sobre o desenvolvimento económico e social;
- (4) Melhorar o conhecimento científico da doença e as formas de a combater.

(Regulamento do Conselho - 550/97 – actualmente a ser revisto como base do apoio da CE às "doenças relacionadas com a pobreza", a saber, o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose)

Prioridades estratégicas:

- (1) Reduzir a transmissão do VIH/SIDA e a propagação de outras doenças susceptíveis de serem transmitidas por via sexual ou perinatal;
- (2) Reforçar os sistemas sanitários e sociais, a fim de lhes permitir suportarem os custos crescentes ligados à expansão da epidemia;
- (3) Ajudar os governos e as comunidades a avaliarem o impacto da epidemia sobre os diferentes sectores económicos e sociais, bem como na definição e execução de estratégias para lidar com a mesma;
- (4) Desenvolver uma compreensão científica da epidemia e do impacto das intervenções, a fim de melhorar a sua qualidade (excluindo a investigação fundamental).

### População

(Regulamento do Conselho - 1484/97 – actualmente a ser revisto como base do apoio da CE "à saúde e aos direitos em matéria de sexualidade e reprodução")

Prioridades estratégicas:

- (1) Possibilitar às mulheres, aos homens e aos adolescentes fazerem uma escolha livre e informada quanto ao número de filhos que desejam ter e ao intervalo entre os nascimentos;
- (2) Contribuir para a criação de um contexto sociocultural, económico e educativo conducente ao pleno exercício dessa escolha;
- (3) Ajudar a desenvolver ou reformar sistemas de saúde tendo em vista melhorar a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde reprodutiva.

## Doenças transmissíveis

(Comunicação da Comissão - COM(2000) 585 e COM (2001) 96)

Áreas-chave para a acção acelerada:

- (1) Optimizar o impacto das intervenções, dos serviços e dos produtos já existentes no âmbito da luta contra as principais doenças transmissíveis que afectam as populações mais pobres;
- (2) Tornar os preços dos medicamentos essenciais mais acessíveis através de uma abordagem global abrangente e com efeitos de sinergia;
- (3) Aumentar o investimento na investigação e desenvolvimento de bens públicos mundiais específicos dirigidos à luta contra as três principais doenças transmissíveis.

### **Anexo 3: Principais causas de morbidade e de mortalidade nos países em desenvolvimento**

O **VIH/SIDA** está em risco de se transformar na pior epidemia da história da humanidade. Actualmente, 40 milhões de pessoas estão infectadas pelo VIH, tendo a SIDA causado mais do que 22 milhões de mortes. Cinco milhões de pessoas são infectadas cada ano. Cerca de um terço das pessoas infectadas com o VIH estão também infectadas com tuberculose. O VIH/SIDA afecta os indivíduos, as famílias, as comunidades e as sociedades, causando tensões a nível dos sistemas de saúde e de educação e refreando o crescimento económico. A maior parte dos países não conseguiu abordar o problema de uma maneira eficaz, continuando a taxa de pessoas infectadas a aumentar. Existem actualmente 14 milhões de órfãos por causa da SIDA em África e, segundo as estimativas, esse valor será de 40 milhões em 2010. A descoberta de sistemas de tratamento eficazes aumentou as disparidades em termos de sucesso do tratamento entre as sociedades ricas e pobres e entre os indivíduos. O VIH ameaça todos os países e todas as sociedades. A Europa Oriental é a região em que a epidemia regista um crescimento mais rápido, sendo as Caraíbas a segunda região mais afectada, depois da África.

Cinquenta anos após a introdução de um tratamento eficaz, a **tuberculose (TB)** causa ainda dois milhões de mortes por ano, e continua a ser, juntamente com o VIH/SIDA, a principal causa de morte na população adulta. Embora a administração de um tratamento eficaz custe unicamente 10 USD, apenas um quarto dos pacientes a nível mundial recebe um tratamento adequado. O problema da TB não se limita aos países mais pobres. Nos países da antiga União Soviética, 10 % da população prisional sofre de TB activa, sendo as taxas de infecção desta população cem vezes superiores às da população em geral. As formas de TB resistente a medicamentos múltiplos (MDRTB) são frequentes, tendo actualmente sido detectadas em 100 países.

A **malária** causa 500 milhões de casos de infecção e mais de um milhão de mortes por ano, a maior parte em África, onde os esforços de controlo da malária de vários países fracassaram. A doença reapareceu em áreas anteriormente controladas, verificando-se um aumento da resistência aos tratamentos correntes.

As **infecções respiratórias agudas e as doenças diarreicas** continuam a constituir causas principais de morbidez e de mortalidade, em especial nas crianças. Ambas constituem simultaneamente causa e efeito da subalimentação. As doenças diarreicas são o reflexo de uma higiene fraca e um acesso limitado a água salubre. As doenças susceptíveis de prevenção através de vacinas causam três milhões de mortes anualmente.

Cerca de metade da mortalidade infantil nos países de rendimento baixo encontra-se ligada à **subalimentação**, que contribui para a morbidade infantil, juvenil e materna, para a redução da capacidade de aprendizagem, a baixa produtividade e a mortalidade. A redução da subalimentação e a supressão de deficiências micronutritivas específicas constituem elementos fundamentais da estratégia de redução da pobreza.

**Os direitos e a saúde em matéria de sexualidade e reprodução** continuam a constituir uma preocupação fundamental em termos de saúde pública. Acidentes natais e perinatais, só por si, conduzem à perda de 600 000 mulheres e vários milhões de recém-nascidos anualmente. As taxas de mortalidade materna ilustram de forma gritante as desigualdades entre países e no seio dos mesmos. A maioria dessas mortes é causada por complicações relacionadas com o parto, sendo a maior parte evitável através da utilização de tecnologias existentes e pouco

onerosas. Em 2000, segundo as estimativas da OMS, apenas a SIDA se equiparava à mortalidade materna. Apesar dos progressos significativos realizados no que diz respeito ao aumento do acesso à informação e aos produtos relativos à contraceção, os direitos em matéria reprodutiva estão longe de ser uma realidade para uma grande parte da população mundial.

**As causas de morbilidade relacionadas com o estilo de vida** estão a tornar-se bastante mais frequentes nos países em desenvolvimento. As populações com os maiores problemas derivados das doenças transmissíveis deparam-se frequentemente com uma carga adicional devido ao impacto crescente de doenças não transmissíveis, como as doenças cardíacas e os diabetes. As doenças relacionadas com o tabaco revestem-se de uma importância especial (cancro, doenças cardíacas e cerebrais-vasculares e doenças pulmonares), tendo causado mais de quatro milhões de mortes em 1998, dois terços das quais nos países em desenvolvimento. Prevê-se uma duplicação da mortalidade relacionada com o tabaco nos próximos 20 anos. Muitos países deparam-se ainda com o acréscimo dos efeitos negativos sobre a saúde de comportamentos sexuais de alto risco, do abuso de drogas, incluindo álcool, da violência, dos conflitos e dos acidentes rodoviários. As doenças mentais representam nos países em desenvolvimento uma causa de morbilidade muito comum e negligenciada.



#### **Anexo 4: Abordagens em matéria de desenvolvimento**

A **boa governação** é essencialmente e antes de mais uma questão que se coloca a nível nacional. A democracia e o Estado de Direito são condições prévias necessárias para o desenvolvimento sustentado. Até à data, a resposta política aos desafios da governação tem-se revelado insuficiente a todos os níveis – nacional, europeu e internacional, público ou privado. A **inadequação das políticas nacionais** em vários países, incluindo países em desenvolvimento, contribuiu para o alargamento do fosso entre ricos e pobres. O desequilíbrio entre as forças de mercado mundiais, por um lado, e as instituições mundiais de governação, por outro, resultou igualmente naquilo que poderá designar-se "**fosso de governação global**". Ambos os factores geram descontentamento e conflito e comprometem o desenvolvimento sustentável. Um aspecto especialmente significativo da má governação é a **corrupção**, que não só tem efeitos prejudiciais sobre o sistema político e a economia do país em questão, mas também efeitos dissuasivos sobre os investidores estrangeiros e repercussões negativas sobre outros países, que se manifestam através do branqueamento de capitais e da criminalidade internacional.

São necessários **apropriação, empenho político e uma liderança e planeamento eficazes** para fazer progredir um processo de reforma do sector, para garantir um financiamento adequado, tanto dos governos como dos doadores, para estabelecer as prioridades em matéria de investimentos e para assegurar uma distribuição equitativa de recursos no âmbito do sector da saúde. Simultaneamente, são necessários esforços para garantir a responsabilização e para incentivar uma ampla participação dos interessados, incluindo a sociedade civil, no diálogo político, na prestação de serviços e no controlo dos resultados. O fracasso dos sistemas sanitários precedentes motivou uma reavaliação do papel tradicional do governo na sua qualidade de principal prestador de serviços. Reconhece-se cada vez mais que o papel de "**orientador**" é mais eficaz para os governos, assumindo o Estado a responsabilidade pela supervisão, pela regulação e pelo controlo da qualidade do conjunto do sector, partilhando os múltiplos prestadores a responsabilidade pela prestação dos serviços.

**Coerência política no seio da UE.** As políticas internas da UE são susceptíveis de se repercutir de forma negativa sobre outros países, nomeadamente sobre os países em desenvolvimento. As actuais políticas da UE em diversos domínios importantes encontram-se em conflito com os objectivos de promoção da saúde e de redução da pobreza. A coerência política tem **diversas dimensões**: coerência das políticas prosseguidas no âmbito das diversas organizações internacionais, coerência entre as políticas externas; coerência entre as políticas externas e os efeitos externos das políticas internas; coerência entre as políticas comunitárias e as políticas dos Estados-Membros; coerência dentro de um mesmo domínio político. Trata-se de um importante desafio político, sendo, por conseguinte, difícil de concretizar.

As estratégias nacionais de desenvolvimento para a redução da pobreza são elaboradas através de **Documentos de Estratégia para a Redução da Pobreza (DERP)**. Este quadro nacional abrangente destina-se a garantir que todos os investimentos, realizados pelos governos ou pelos doadores, nos sectores relevantes, incluindo no sector da saúde, sejam complementares e contribuam para a mesma finalidade de redução da pobreza. Os doadores, incluindo a CE, estão progressivamente a ligar a sua ajuda a estas estratégias nacionais, que contam com a participação crescente da sociedade civil e do sector privado. Os DERP permitem estabelecer uma hierarquia das acções a desenvolver, de forma a reduzir a pobreza canalizando um volume crescente de ajuda externa através do orçamento nacional.

As abordagens sectoriais (AS) constituem um método potencialmente mais eficaz e eficiente de cooperação entre governos e doadores. Todos os financiamentos relevantes para um determinado sector se destinam a apoiar um programa único de política sectorial e de despesas, sob a liderança do governo, através da adopção de abordagens comuns para todo o sector e da utilização crescente dos procedimentos governamentais para efeitos de desembolso dos fundos e de responsabilização pelos mesmos. Esta abordagem é fruto de dois elementos: interesse em melhorar a repartição do orçamento nacional e dos fluxos dos doadores entre e dentro dos sectores; constatação de que a abordagem tradicional em matéria de projectos não resultou em melhorias sustentáveis a nível dos serviços. Embora já existam resultados positivos, a maior parte das AS encontram-se num estágio inicial de execução. Um dos principais desafios consiste em garantir uma orientação em favor dos pobres no âmbito das AS.

**A desvinculação da ajuda.** Na sequência das recomendações do CAD da OCDE, existe um consenso generalizado ao nível da UE no sentido de explorar opções de uma maior desvinculação da ajuda como meio de melhorar a sua eficiência e eficácia. A UE deu início a este processo relativamente a serviços e bens essenciais para combater o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária.

## **Anexo 5: Principais instrumentos financeiros da ajuda da CE em matéria de saúde, de SIDA e de população**

### **Fundo Europeu de Desenvolvimento (FED)**

A maior parte da cooperação da CE para os 77 países ACP é prestada através do Fundo Europeu de Desenvolvimento (FED), cuja base jurídica se encontra na Parte IV do Tratado de Roma. O Acordo de Cotonu (2000) estabelece a base para os protocolos quinquenais de financiamento do 9º FED (2002-2006).

### **Cooperação económica e técnica com a Ásia e a América Latina**

A cooperação económica e técnica com a Ásia e a América Latina é efectuada no âmbito de um regulamento quadro do Conselho, adoptado em 1992. Além disso, foram assinados acordos de cooperação numa base sub-regional e nacional, que abrangem a cooperação e o comércio. A ajuda concedida anualmente provém directamente do orçamento da Comunidade. No total, cerca de 18 países da América Latina e 17 da Ásia beneficiam da ajuda comunitária no âmbito do programa de cooperação, financiado essencialmente através das rubricas orçamentais B7-300 (Ásia) e B7-310 (América Latina). Está actualmente em curso uma revisão do referido regulamento. Um Acordo com o México evoluiu para uma parceria mais complexa, e está actualmente em curso um novo processo de negociação de outros acordos com o Mercosul e o Chile. As estratégias regionais e nacionais estão a ser reformuladas para permitir uma concentração mais precisa das intervenções prioritárias, que variam de país para país.

### **Cooperação com o Mediterrâneo no âmbito do Programa MEDA**

A Parceria Euromediterrânica foi inaugurada pela Conferência Ministerial da UE de Novembro de 1995 em Barcelona. Esta parceria sublinha a importância do aspecto humano das relações entre as duas regiões. A saúde desempenha um papel proeminente no âmbito dos esforços de promoção do desenvolvimento sustentável e do bem-estar global, sendo apoiada por um aumento significativo da ajuda financeira. O Programa MEDA é o principal instrumento financeiro da UE para a execução da Parceria Euromediterrânica.

### **Rubricas orçamentais específicas relativas ao VIH/SIDA e à população**

A fim de completar os principais instrumentos de cooperação técnica e financeira, foram utilizadas rubricas orçamentais temáticas especiais comunitárias para apoiar as políticas e as estratégias de desenvolvimento fundamentais no domínio do VIH/SIDA e da população. Estes fundos foram concebidos para apoiar experiências relativas a metodologias e estratégias inovadoras, bem como para suprir lacunas de conhecimento. Os regulamentos relativos a estas rubricas orçamentais estão actualmente a ser revistos e dizem respeito à aplicação do Programa de Acção da CE Sobre Doenças transmissíveis, incluindo uma contribuição para o Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose e o apoio da CE à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos em matéria de sexualidade.

### **Co-financiamento das ONG**

Criada em 1976, a rubrica para o co-financiamento das ONG tem vindo a desempenhar um papel de importância crescente no apoio às actividades relacionadas com a saúde, a SIDA e a

população nos últimos anos. Trata-se de um método flexível de financiamento para as ONG europeias que, em colaboração com os seus parceiros nos países em desenvolvimento, são consideradas pela CE como um meio especialmente eficaz de alcançar as comunidades mais pobres e mais marginalizadas. Cerca de 25% dos projectos que são actualmente objecto de co-financiamento com ONG dirigem-se ao sector da saúde.

### **Ajuda humanitária**

A ajuda humanitária da CE abrange um conjunto amplo de intervenções, incluindo a prestação de um apoio de emergência às vítimas de guerras e de catástrofes naturais, a ajuda aos refugiados e a realização de trabalhos de reabilitação e de construção a curto prazo. Em 1993, o ECHO (Serviço Humanitário da Comunidade Europeia) assumiu a responsabilidade pela gestão da ajuda humanitária não alimentar, tendo o financiamento neste domínio aumentado consideravelmente a partir desse ano. A ajuda sanitária e médica representaram desde sempre uma percentagem muito importante do conjunto da ajuda humanitária.

### **Investigação**

A CE apoia a investigação orientada para os problemas da saúde nos países em desenvolvimento no âmbito do orçamento do seu Programa Quadro. Anteriormente, durante a vigência do Quarto Programa Quadro, os financiamentos eram assegurados através do Programa de Cooperação Internacional INCO-DEV, que promove a colaboração activa em investigação entre cientistas dos países em desenvolvimento e cientistas de instituições europeias, com base em parcerias paritárias. Foram financiados no âmbito do INCO mais de 300 projectos de parceria no sector da saúde, incluindo trabalhos no domínio da vacina contra o VIH na China e Tanzânia, e no domínio da vacina contra a tuberculose na Zâmbia e Etiópia.

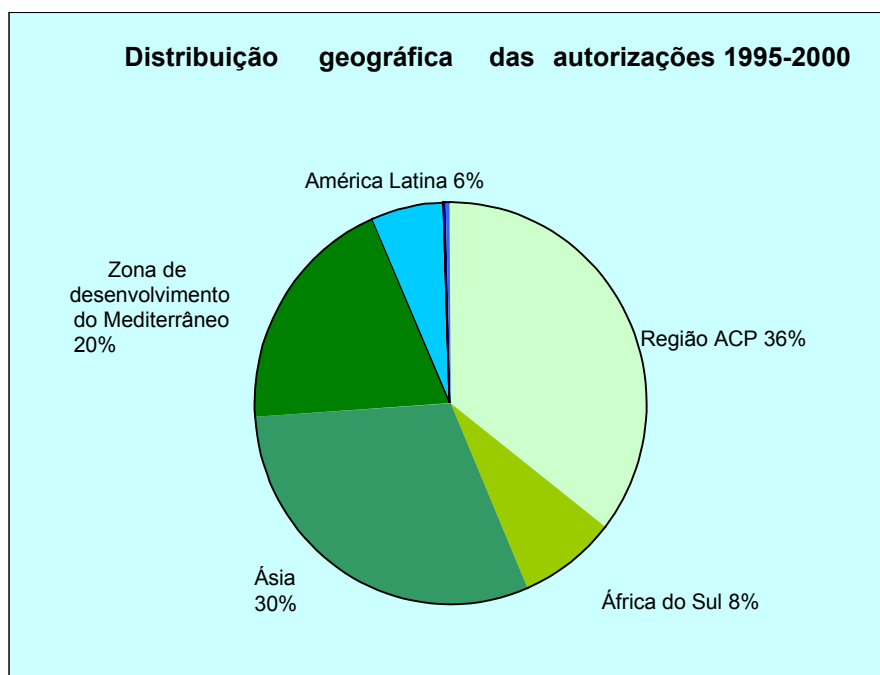
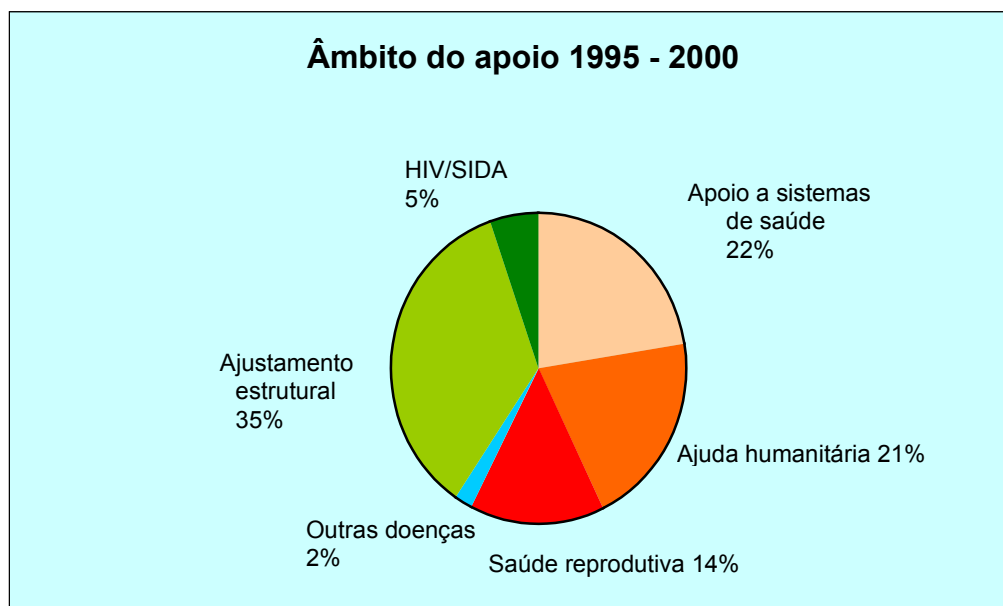
Enquanto parte do Quinto Programa Quadro, as actividades prosseguiram no âmbito dos seguintes programas: “Afirmar o papel internacional da investigação comunitária” e “Melhorar o Potencial Humano”. Foi lançada uma iniciativa específica para intensificar a experimentação no domínio da vacina contra a malária: a rede europeia de experimentação da vacina contra a malária. Tem igualmente aumentado a parte de projectos financiados pela CE no domínio de medicamentos contra a malária. Além disso, existem fundos disponíveis para apoiar a participação de cientistas de países em desenvolvimento em projectos de investigação financiados pela CE.

### **Dotações**

A assistência comunitária no domínio da saúde, do SIDA e da população atingiu o seu valor máximo com mais de 700 milhões de euros em 1998, o que corresponde a 8% do orçamento da Comunidade. A dotação total para o período compreendido entre 1995 e 2000 eleva-se a mais de 1,4 mil milhões de euros. Este valor representa o financiamento do FED, da África do Sul e do ALAMEDA, incluindo apoio orçamental específico para o período compreendido entre 1995 e 2000. Não inclui o financiamento das ONG, de outras rubricas orçamentais especiais, investigação, ajuda orçamental não específica nem a gestão da ajuda humanitária pelo ECHO. Os 1,4 mil milhões de euros incluem 36% de autorizações para intervenções na região ACP, 8% para a África do Sul, 30% para a Ásia, 20% para o Mediterrâneo meridional (MEDA) e 6% para a América Latina. Uma discriminação por instrumentos e domínios revela que 22% foram concedidos a apoio a sistemas de saúde, 21% à ajuda humanitária (excluindo o ECHO), 14% à saúde reprodutiva, 5% ao SIDA, 2% a outras doenças. Segundo estimativas, 35% da dotação total foi autorizada no âmbito da rubrica “Ajustamento Estrutural”. De :

*'Evaluation de l'aide de la CE dans les pays ACP/ALA/MED dans le domaine de la sante'*: por Dr Paud De Caluwe, Jean-Claude Deheneffe, Marlene Abrial, Helene Ryckmans, Delphine Huybrecht, Jean-Pierre Od'Altilia; Instituições que participaram : COTA, AEDES, GRET, IIED. Projecto de relatório publicado em 17.1.2002.

Tipo de autorizações e distribuição geográfica dos investimentos no sector da saúde, do HIV/SIDA e da população  
Dotações totais: 1,4 mil milhões de euros (1995-2000)<sup>24</sup>



<sup>24</sup> Não inclui co-financiamento de ONG, outras rubricas orçamentais especiais, investigação, apoio orçamental não específico ou ajuda humanitária gerida pelo ECHO.

**AUTORIZAÇÕES TOTAIS RELATIVAS A PROJECTOS E PROGRAMAS NO  
DOMÍNIO DA SAÚDE, SIDA E POPULAÇÃO PARA 1995-2000 FINANCIADOS  
ATRAVÉS DOS INSTRUMENTOS DE COOPERAÇÃO FINANCEIROS E  
TÉCNICOS DO FED E ALAMED<sup>25</sup>**

<b>Região</b>	<b>Autorizações totais (milhões de euros)</b>	<b>Pagamentos totais (milhões de euros)</b>	<b>Relação pagamento/ autorizações</b>
Ásia	408,620	36,657	31.03%
América Latina	111,127	28,128	25.31%
Mediterrâneo	285,160	126,813	12.86%
ACP (incluindo África do Sul)	584,970	126,449	21.62%
<b>Total geral</b>	<b>1,389877 milhões de euros</b>	<b>0,318047 milhões de euros</b>	<b>22.88%</b>

<sup>25</sup>

Inventory EuropeAid Office, 7.3.2001. Esta lista não inclui as intervenções financiadas através de outros instrumentos tais como a ajuda orçamental (incluindo ajustamento estrutural), co-financiamento de ONG, investigação, rubricas orçamentais consagradas aos refugiados ou ECHO, nem inclui o financiamento da programação no sector da saúde no âmbito dos Programas PHARE ou TACIS.

## **Anexo 6: Resumo do quadro da política de desenvolvimento comunitária e dos investimentos e política de desenvolvimento e dos Estados-Membros da UE no sector da saúde**

### **Política de desenvolvimento da Comunidade**

A política de desenvolvimento da CE identifica um determinado número de áreas seleccionadas pela contribuição que podem dar para a redução da pobreza e relativamente às quais a acção da Comunidade proporciona um valor acrescentado. As seis áreas prioritárias da política de desenvolvimento da CE são as seguintes: transportes; apoio à integração regional; relações entre comércio e desenvolvimento; apoio às políticas macro-económicas e promoção de um acesso equitativo aos serviços sociais; segurança alimentar e desenvolvimento rural sustentável; reforço das capacidades institucionais. A saúde e a educação encontram-se incluídas na área prioritária *apoio às políticas macro-económicas e promoção de um acesso equitativo aos serviços sociais*. A **Declaração Conjunta do Conselho e da Comissão** de Novembro de 2000 coloca a **ênfase sobre os sectores sociais**: *"Em consonância com o quadro macro-económico, a Comunidade deve, além disso, prosseguir os seus apoios aos sectores sociais (saúde, educação), nomeadamente com vista a garantir um acesso equitativo aos serviços sociais(...). Tendo em conta a dimensão global do problema e a gravidade da situação no que se refere às doenças transmissíveis e seus efeitos sobre a pobreza, uma actuação rápida da Comunidade e dos seus Estados-Membros neste domínio, abordando as suas diferentes dimensões, deve ser considerada uma necessidade absoluta"*. A Declaração concede à Comissão um mandato inequívoco no sentido da promoção da coerência e do desenvolvimento sustentável: *"Impõem-se a necessidade de uma maior coerência entre as diversas políticas comunitárias centradas no desenvolvimento sustentável (...). A consecução deste objectivo passa por uma análise sistemática e aprofundada dos eventuais efeitos indirectos das medidas em causa em domínios particularmente sensíveis, bem como pela ponderação da problemática do desenvolvimento no âmbito do processo de tomada de decisões a nível da Comissão"*. Na maior parte dos países, a ajuda ao desenvolvimento da CE será **limitada a um ou dois sectores, e possivelmente ao apoio macro-económico**. Tendo em conta esta limitação, o apoio directo ao sector social, em especial ao sector da saúde, poderá nem sempre figurar de forma proeminente no pacote de ajuda da UE aos países em desenvolvimento. Contudo, a contribuição total da Comunidade para o sector da saúde nos países em desenvolvimento continuará a ser substancial, através do apoio macro-económico e do apoio a outros sectores.



### Investimentos totais dos Estados-Membros da UE no sector da saúde nos países em desenvolvimento

Estado-Membro	Total APD/PNB 2000	Autorizações totais para o sector da saúde da APD - 1999 <sup>26</sup>	Estado-Membro	Total APD/PNB 2000	Autorizações totais para o sector da saúde da APD - 2000	Estado-Membro	Total APD/PNB 2000	Autorizações totais para o sector da saúde da APD - 2000
Áustria	0,25	13,4	Alemanha	0,27	2,8	Países Baixos	0,82	5,0
Bélgica	0,36	12,9	Grécia	0,19	4,3	Portugal	0,26	3,0
Dinamarca	1,06	14,0	Irlanda	0,30	10,1	Espanha	0,24	6,0
Finlândia	0,31	6,4	Itália	0,13	5,2	Suécia	0,81	4,2
França	0,33	3,8	Luxemburgo	0,70	14,5	Reino Unido	0,31	5,8

### Políticas de desenvolvimento dos Estados-Membros no sector da saúde

Estado-Membro	Focalização sobre as doenças prioritárias/ fardo das doenças das populações pobres	Abordagem multisectorial	Financiamento equitativo	Nível mundial
Áustria	Dados não disponíveis	Dados não disponíveis	Dados não disponíveis	Dados não disponíveis
Bélgica	Reforço dos sistemas de saúde (abordagens sectoriais , reforma do sector da saúde, descentralização)	A dimensão da saúde é inscrita nos documentos	Investigação operacional, apoio a micro-créditos e	Promoção do aumento do apoio dos doadores e do apoio nacional

<sup>26</sup>

OECD-Aid by Major Purposes, 1999: <http://webnet1.oecd.org/xls/M00002000/M00002855.xls>

<p>Referência: Ministério dos Negócios Estrangeiros, Comércio Internacional e Cooperação Internacional.</p> <p>Novo Documento de política sectorial sobre ““International Co-operation in the Health sector””, em preparação 2002-2006:</p>	<p>Integração das actividades de prevenção e controlo das principais doenças infecciosas nos serviços básicos de saúde, privilegiando a saúde reprodutiva, a saúde materna e a saúde infantil</p> <p>Controlo e gestão do SIDA/STI</p>	<p>estratégicos em matéria de educação, de socioeconomia e de infra-estruturas e, em menor grau, nos documentos sobre o restabelecimento da paz, a cooperação internacional, o ambiente, a agricultura e a segurança alimentar</p>	<p>financiamento do sector da saúde</p> <p>Apoio a sistemas de financiamento da comunidade e de companhias de seguros mútuas no sector da saúde, adequados à situação local e geridos pelas populações locais</p>	<p>ao acesso aos cuidados médicos</p> <p>Promoção da melhoria do acesso aos medicamentos</p> <p>Investigação a nível mundial sobre medicamentos e vacinas, em especial no que respeita a doenças negligenciadas</p>
<p><b>Dinamarca</b></p> <p><b>(DANIDA)</b></p> <p>Ministério dos Negócios Estrangeiros, DANIDA, Políticas sectoriais do DANIDA “Saúde” Novembro de 2000</p>	<p>Prevenção de VIH/SIDA, infecções do aparelho respiratório, doenças diarreicas, tuberculose, malária, mortalidade materna; prevenção da subalimentação nas crianças; imunização, sustentabilidade dos resultados obtidos; redução da pobreza; equidade entre os sexos; controlo das doenças</p> <p>Reforma dos sistemas de saúde; parceria entre os sectores público e privado; abordagens sectoriais globais; fornecimento e gestão de medicamentos</p> <p>Resposta a ameaças emergentes, tais como as doenças crónicas</p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Reorganização do financiamento público de forma a garantir o financiamento efectivo das áreas prioritárias e uma focalização adequada das subvenções</p> <p>Redução do efeito de empobrecimento das doenças; desenvolvimento de modalidades de isenção e de partilha dos riscos</p>	<p>Dados não disponíveis</p>
<p><b>Finlândia</b></p> <p>Ministério dos Negócios Estrangeiros, Cooperação para o Desenvolvimento: “Women, men and development: Gender equality in Finnish Development Co-operation”(1999) “Humanitarian Aid in Finnish Development Co-operation” Julho de 1999 “Finland’s Development Co-operation 2000” ” Relatório Anual</p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Dados não disponíveis</p>
<p><b>França</b></p>	<p>Doenças transmissíveis- VIH/SIDA, tuberculose e malária,</p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Desenvolvimento de estratégias sustentáveis de financiamento</p>	<p>Dados não disponíveis</p>

<p>“L’action de la France en matière de Coopération, d’Aide au Développement, de Traitement de la dette et de lutte contre la pauvreté” (Março de 2000)</p>	<p>tripanosomíase</p> <p>Reforço dos sistemas de saúde mediante reforma, descentralização, desenvolvimento dos recursos humanos e de políticas farmacêuticas</p>		<p>do sector da saúde</p>	
<p><b>Alemanha (GTZ)</b></p> <p>“Investing in health for Poverty reduction, Economic development and Social Security” Proceedings of the Summer Seminar on the GTZ Health and Population Section, Setembro de 2001</p> <p>“Promotion of initiatives to eradicate Female Genital Mutilation”</p> <p>“Responding to HIV/AIDS in the Developing World, the GTZ contribution: 15 years of experience-an overview” Junho de 2001</p> <p>“HIV/AIDS Threat and Prevention in marginalised ethnic groups” Junho de 2001</p>	<p>Instituição de sistemas funcionais de saúde e de prestação de cuidados básicos de saúde</p> <p>Prestação de serviços de qualidade no âmbito da prevenção, cura e promoção da saúde - incluindo a prevenção da transmissão da mãe à criança - e prevenção entre os grupos étnicos marginalizados</p> <p>Descentralização e participação das comunidades no sentido da melhoria da saúde das populações mais pobres; controlo das doenças; saúde sexual e reprodutiva, mulheres</p> <p>Promoção de iniciativas com vista a erradicar a mutilação genital feminina</p>	<p>Cuidados ambientais primários</p> <p>Integração das actividades relativas ao VIH/SIDA em projectos não sanitários (local de trabalho, escolas profissionais, associações de pais, escolas primárias)</p> <p>Parcerias entre os sectores público e privado</p>	<p>Desenvolvimento de estratégias sustentáveis de financiamento do sector da saúde</p> <p>Parcerias entre os sectores público e privado</p> <p>Promoção da cobertura da segurança social</p>	<p>Dados não disponíveis</p>
<p><b>Grécia</b></p> <p>“Statement on United Nations General assembly on HIV/AIDS” Junho de 2001</p>	<p>Melhoria do acesso das populações pobres aos sistemas de saúde, incluindo aos cuidados de saúde básicos e aos medicamentos</p> <p>Doenças transmissíveis (VIH/SIDA, malária e tuberculose), especialmente no que respeita à prevenção e luta contra o VIH/SIDA</p> <p>Melhoria da saúde infantil e materna e da saúde reprodutiva</p>	<p>Estratégias multisectoriais relativas à saúde, educação e pobreza</p>	<p>Desenvolvimento de estratégias sustentáveis de financiamento do sector da saúde</p>	<p>Apoio à OMC, UNICEF, UNAIDS e UNPFA</p> <p>Acesso a medicamentos</p>
<p><b>Irlanda</b></p> <p>Ireland Aid Strategy and Guidelines for the</p>	<p>Reforço do sistema de saúde a nível nacional e regional</p> <p>Apoio à prevenção e ao controlo das doenças transmissíveis,</p>	<p>Integração da dimensão da luta contra o VIH/SIDA em todos os</p>	<p>Assegurar que o apoio prestado pela Ireland Aid seja compatível com os orçamentos</p>	<p>Promoção de estratégias no seio das Nações Unidas, da União Europeia e de outros organismos</p>

<p>Health Sector 2000</p> <p>A HIV/AIDS Strategy for the Ireland Aid Programme 2000</p> <p>Guidelines for Ireland Aid support to Water and Sanitation 2000</p> <p>Promoting Ireland's Interests: strategy statement of the Department of Foreign Affairs 1998 – 2000</p>	<p>saúde reprodutiva, desenvolvimento de recursos humanos, informação e vigilância</p> <p>Apoio à prestação descentralizada de cuidados de saúde e reforço de iniciativas a nível das comunidades locais</p> <p>Apoio à prevenção do VIH/SIDA e atenuação do seu impacto através de soluções institucionais, de integração e de respostas específicas</p>	<p>sectores</p> <p>Consideração dos impactos no sector da saúde do apoio prestado pela Ireland Aid a outros sectores</p>	<p>nacionais</p> <p>Promover o desenvolvimento do quadro de despesas a médio prazo e de estratégias de financiamento dos sistemas de saúde</p> <p>Apoio à concepção de sistemas de recuperação de custos</p>	<p>internacionais</p> <p>Apoio a iniciativas internacionais e a algumas parcerias entre o sector público e o sector privado</p> <p>Apoio a agências multilaterais (OMS, UNICEF, UNAIDS)</p>
<p><b>Itália</b></p> <p>Ministério dos Negócios Estrangeiros, Departamento da Cooperação para o Desenvolvimento “Linee guida della cooperazione italiana sulla riduzione della povertà” Outubro de 1999</p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Dados não disponíveis</p>
<p><b>Luxemburgo</b></p> <p>Ministério dos Negócios Estrangeiros do Grão-Ducado do Luxemburgo / Direcção da Cooperação para o Desenvolvimento :</p> <p>- Une stratégie pour la coopération luxembourgeoise 1997</p> <p>- La lutte contre la pauvreté dans la coopération luxembourgeoise</p> <p>- Rapport annuel 1999</p>	<p>Prosseguir os investimentos actuais em recursos humanos, especialmente no sector da educação e dos cuidados básicos de saúde</p>	<p>"Acções integradas" de luta contra a pobreza a vários níveis (saúde, transportes, agricultura, água, planeamento familiar, papel das mulheres, microcréditos)</p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Parceria com a UNFPA, OMS, UNRWA e a OCDE (orientações do Comité de Assistência ao Desenvolvimento )</p>
<p><b>Países Baixos</b></p> <p>Sector-wide approaches for health development: Dutch field experiences in international co-operation (1999)</p>	<p>Abordar os problemas de saúde relacionados com a pobreza</p> <p>Melhorar a saúde reprodutiva e a saúde sexual</p> <p>Reforçar os sistemas de saúde</p>	<p>Integração em outros sectores das questões relativas à saúde</p> <p>Colaboração com outros departamentos, a fim de</p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Apoio a organizações multilaterais, incluindo a OMS, UNFPA, UNAIDS, ONU e o Banco Mundial</p> <p>Iniciativas mundiais no domínio</p>

<p>Dutch policy and practice in reproductive health (1999)</p> <p>Water supply and sanitation in developing countries (1998)</p> <p>Nutrition: interaction of food, health and care (1998)</p> <p>Progress report on HIV/AIDS (1998, 2002 em preparação)</p> <p>Poverty and HIV/AIDS (2001)</p> <p>Poverty and health (2001)</p>	<p>Reduzir a propagação do VIH/SIDA e mitigar os seus efeitos sobre os indivíduos e sobre as sociedades</p>	<p>reforçar e apoiar as acções intersectoriais</p> <p>Questões multisectoriais (por ex., a saúde reprodutiva, a alimentação, a água e os serviços sanitários) nas abordagens sectoriais globais em matéria de saúde</p> <p>Integrar a dimensão da luta conta o VIH/SIDA nos outros sectores</p>		<p>da saúde</p> <p>Bens públicos mundiais</p> <p>Acesso aos medicamentos, OMC/TRIPS</p>
<p><b>Portugal</b></p> <p>Ministério da Saúde</p> <p>“Health a compromise – a health strategy at the turning of the century (1998-2002)”</p> <p>“Guidelines Health – contribution for the great plan options”, 2001</p>	<p>Prioridade à redução das diferenças que existem no seio da população no domínio da saúde</p> <p>Estratégia para melhorar o acesso ao sistema nacional de saúde para as populações mais pobres e os imigrantes</p> <p>Programas e projectos no sector da saúde em matéria de planeamento familiar, vacinas, VIH/SIDA, tuberculose, dependências</p> <p>Programas de cooperação baseados na formação e na cooperação para o desenvolvimento</p>	<p>Controlo da qualidade da água e das condições sanitárias</p> <p>Controlo da poluição ambiental</p> <p>Promoção de escolas de saúde</p>	<p>Cooperação com o Ministério do Trabalho e da Solidariedade</p>	<p>Apoio ao Banco Mundial, OMS, UNAIDS, ONU e UNICEF</p>
<p><b>Espanha</b></p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Dados não disponíveis</p>	<p>Dados não disponíveis</p>
<p><b>Suécia (SIDA)</b></p> <p>“Handbook for Mainstreaming Gender in the Health Sector”, Junho de 1997</p> <p>"Investing for Future Generations.</p>	<p>Desenvolvimento do sistema de saúde</p> <p>Assegurar a cobertura dos serviços de saúde com níveis aceitáveis de qualidade, a preços razoáveis; equidade e igualdade entre os sexos; financiamento público-privado</p>	<p>Reforço do papel do sector da saúde na orientação das políticas ligadas à saúde dos outros sectores</p> <p>Lançamento de</p>	<p>Desenvolvimento de estratégias sustentáveis de financiamento do sector da saúde</p>	<p>Dados não disponíveis</p>

<p>Sweden's International Response to HIV/AIDS", 1997</p> <p>"Policy for development Co-operation, Health Sector" Junho de 1997</p> <p>"Strategy for Development Co-operation, Sexual and reproductive Health and Rights" 1997</p> <p>"Position Paper: Population, Development and Co-operation" 1997</p> <p>"Facts and Figures 2000: Health and Development</p>	<p>Melhorar os direitos em matéria de saúde sexual e de reprodução</p> <p>Saúde pública - imunização e saúde infantil; política farmacêutica e utilização racional dos medicamentos</p>	<p>abordagens multisectoriais</p>		
<p><b>Reino Unido (DFID)</b></p> <p>DFID "Better Health for Poor People- Strategies for Achieving the International development targets" Novembro de 2000</p>	<p>Tratar os problemas de saúde prioritários das populações pobres</p> <p>Investir em sistemas de saúde sólidos e eficazes</p> <p>Promover uma estratégia mundial mais eficaz para o problema do VIH/SIDA</p> <p>Criar ambientes social, político e físico susceptíveis de melhorar as condições da saúde</p> <p>Melhorar a saúde sexual e reprodutiva</p> <p>Melhorar a saúde infantil</p> <p>Saúde materna</p> <p>Objectivos de Desenvolvimento do Milénio</p>	<p>Melhoria do acesso a água salubre e a sistemas de saneamento</p> <p>Integração das questões relativas ao VIH/SIDA</p> <p>Educação</p>	<p>Apoio orçamental</p> <p>Abordagens sectoriais globais</p> <p>Pobreza e saúde</p>	<p>Investimento na aquisição de novos conhecimentos através de programas financiados pela OMS ou financiados directamente</p> <p>Bens públicos mundiais</p> <p>Acesso aos medicamentos</p> <p>Apoio à UNICEF, UNFPA, UNAIDS, IPPF</p>

Uma primeira avaliação daquilo que precede leva às seguintes conclusões: a maior parte dos Estados-Membros dispõem de políticas de saúde bem elaboradas em relação aos países em desenvolvimento, tendo alguns reformulado as suas políticas no contexto da redução da pobreza. A maior parte dos Estados-Membros centram-se essencialmente nos esforços a nível nacional destinados a melhorar os resultados no sector da saúde no que diz respeito às populações mais pobres, enquanto outros desempenham um papel fundamental a nível mundial. A coerência política é objecto de uma menor

consideração a nível nacional e mundial. Poucos Estados-Membros assinalam as potencialidades de uma abordagem multisectorial no que diz respeito à saúde, para além do VIH/SIDA, sendo igualmente poucos aqueles que se concentram na necessidade de proporcionar financiamentos equitativos e justos e de investir em bens públicos mundiais.