

Editoriais do Boletim da “EQUINET Newsletter”

Janeiro 2007 – Maio 2008

**Regional network for Equity in Health in east and southern
Africa (EQUINET)**

With Training and Research Support Centre



**Translations by Ifremo Rocha,
Maputo Mozambique**

July 2008

With support from IDRC Canada

Tabela dos Conteúdos

1. # 71: JANEIRO 2007 Error! Bookmark not defined. ABUJA E DEMAIS: ASSEGURANDO OS RECURSOS DA SAÚDE.....	2
2.# 72: FEVEREIRO 2007 MICROCREDITO EVANGELISMO OU POLÍTICA DE SAÚDE UNIVERSAL?	4
3. # 73: MARÇO 2007 RECLAMANDO O NOSSO ESPAÇO: USANDO FLEXIBILIDADES DE EXCURSOES PARA PROTEGER ACÇÕES PARA MEDICAMENTOS.....	6
4. # 74: ABRIL 2007 ONDE ESTÃO OS TRABALHADORES DA SAÚDE?.....	8
5. # 75: MAIO 2007 ACORDOS DO PARCEIRO ECONOMICO: NEGOCIACIADORES NÃO DEVEM COMPROMETER-SE SOBRE A SAÚDE.....	10
6. # 75: MAIO 2007 ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE – A SAÚDE OU EM PRIMEIRO LUGAR O NEGÓCIO?.....	12
7. #76: JUNE 2007 UMA CHAMADA PARA A CIMEIRA S DOS G8 – 2007, PARA APOIAR PLANOS DE SAÚDE NACIONAL AFRICANA E ESTRATÉGIAS ABRANGENTES DE MÃO-DA-OBRA DA SAÚDE.....	14
8. # 76: JUNE 2007 QUANTO COMPROMISSO POLÍTICO HÁ PARA EFECTIVAMENTE RESPONDER AO HIV E SIDA NA SADC?.....	16
9. # 77: JULHO 2007 NÃO! PARA MANIFESTAÇÕES UNIDAS DA AFRICA: UNIDADE DOS VIVOS E DOS SAUDÁVEIS, NÃO A UNIDADE DOS FALECIDOS, DOS QUE ESTÃO MORRENDO E DOS MORTOS.....	18
10. # 78: AGOSTO 2007 NOVOS RELATÓRIOS SUGEREM QUE AS POLÍTICAS DO FMI MINEM OS ESFORÇOS SOBRE SIDA, A SAÚDE E A EDUCAÇÃO.....	20
11. # 79: SETEMBRO 2007 PROMOVEDO CHAMADAS DA SAÚDE PÚBLICA PARA HABILIDADES MAIS AMPLAS DA SAÚDE.....	22
12. # 80: OUTUBRO 2007 RECLAMANDO OS RECURSOS PARA SAÚDE.....	24
13. #81: NOVEMBRO 2007 FECHANDO A LACUNA: DA IMPLEMENTAÇÃO À PUBLICAÇÃO DA PESQUISA EM AFRICA.....	27
14. # 81: NOVEMBRO 2007EQUINET PUBLICA LIVRO: RECLAMANDO OS RECURSOS PARA SAÚDE.....	29
15. # 82: DEZEMBRO 2007 O QUE NÓS PRECISAMOS DE FAZER PARA PODERMOS MANTER OS TRABALHADORES DA SAÚDE EM AFRICA?.....	31
16. # 83: JANEIRO 2008 FALANDO DO DESENVOLVIMENTO E ANDANDO EM NEGÓCIOS – AS CONSEQUÊNCIAS DO CONFLITO DA POLÍTICA NOS “ACORDOS DA PARCERIA ECONÓMICA”	33
17. # 83: JANEIRO 2008 TRANSFORMANDO A SOCIEDADE CIVIL E AS FUNÇÕES COMMUNITÁRIA EM RESPOSTAS AO HIV E SIDA EM ÁFRICA.....	36
18. # 84: FEVEREIRO 2008 COMO SAUDAVEL É PARA OS AFRICANOS A ALIANÇA DA REVOLUÇÃO VERDE PARA AFRICA – (AGRA)?.....	37
19. # 85: MARÇO 2008 POLITICA SÓLIDA OU ATAQUE SOBRE DIREITOS DA SAÚDE: SERÁ QUE AS LEIS ESTÃO CRIMINALIZANDO DELIBERADAMENTE BEM A TRANSMISSÃO DO HIV PARA A SAÚDE PÚBLICA?.....	40
20. #86: ABRIL 2008 ALOCAÇÃO JUSTA DOS RECURSOS DO GOVERNO NA AFRICA ORIENTAL E AUSTRAL – SINAIS DO PROGRESSO.....	43
21 # 87: MAIO 2008 O CONTO DE DUAS VOZES: EVITANDO MENSAGENS MISTAS SOBRE COMPROMISSOS AO SAÚDE.....	45

Cite como: EQUINET/ TARSC (2008) Editoriais do Boletim da “EQUINET Newsletter” Janeiro 2007 – Maio 2008 EQUINET: Harare.

Este documento compila os editoriais do Boletim da “EQUINET Newsletter” a partir do mês de Janeiro de 2007 até ao mês de Maio 2008 traduzidos para a língua Portuguesa. O conteúdo do editorial reflecte os actores individuais e não as visões do Comité Executivo da EQUINET. O conteúdo original dos “opeds” e boletins “newsletters” são vistos na <http://www.equinet africa.org/newsletter/>

Editoriais do Boletim da “EQUINET Newsletter” Janeiro 2007 – Maio 2008

1. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 71: JANEIRO 2007. ABUJA E DEMAIS: ASSEGURANDO OS RECURSOS DA SAÚDE. Rene Loewenson, TARSC/ EQUINET

No dia 10 de Dezembro Aliança dos Direitos da Saúde Pública Africana inaugurou uma campanha importante “15% agora!”. Nós colecionamos informação sobre a campanha neste boletim e a sua chamada para os Chefes do Estado Africanos para alocar 15% sobre despesas do governo para a saúde, como prometido na Cimeira da União Africana (UA) em Abuja – 2001.

Há evidência clara de pressionar exigência de recursos significativamente melhorados para a saúde na África Oriental e Austral (AOA); Nós vemos-a em altos níveis da pobreza e privação, em altos níveis persistentemente do HIV/SIDA e em outras doenças evitáveis nas altas taxas de mortalidade infantil assim como na mortalidade prematura dos adultos, inadequadamente enquadrados e nos serviços públicos de saúde pública com recursos e desigualdades massivas sobre resultados da saúde entre a África Sub-Sahara e outras regiões. O Boletim da “EQUINET Newsletter” apresentou em 2006 diferentes facetas desta evidência. A saúde é determinada pelas condições em que as pessoas vivem, trabalham e interagem, e depende das políticas e despesas que estão além do sector da saúde. Os investimentos no sector da saúde são em todo caso, críticos, especialmente no contexto de altos níveis de desigualdade e pobreza. Estes investimentos podem prevenir doenças evitáveis e a mortalidade, re-distribuir recursos sociais para agregados familiares pobres, proteger contra o empobrecimento dos efeitos da má-saúde e demonstrar os nossos valores e compromissos como uma sociedade para a segurança humana. Como sugere o nosso editorial do boletim do mês de Maio, “os investimentos do sector da saúde têm maiores impactos sobre as comunidades de baixo rendimento quando são feitos na assistência de saúde primária do sector público e sistemas de saúde distrital.

A Organização Mundial de Saúde estimou em 2000 que a despesa de USD60 por capital é um nível mínimo requerido para um sistema de saúde poder funcionar bem. A Comissão Macro-económica sobre a saúde estimou em 2003 que um conjunto das intervenções minimamente adequado para enfrentar as necessidades básicas de saúde das comunidades pobres esteja entre USD34 and USD38 para cada pessoa por ano, não incluindo algumas exigências de sistemas mais amplas dum sistema funcional de saúde. Em todo caso, sistemas de saúde Africana e comunidades, enfrentam desafios que estejam a chamar para recursos adicionais. Dado a escala da epidemia, o Banco Mundial estimou em 2002 que África necessitaria um adicional de USD4.2 bilhões para resolver questões da prevenção do HIV e assistência do SIDA. Encontrando-se com a MDM (Metas do Desenvolvimento do Milénio) adiciona à este custo. Isto faz uma despesa de USD60 para cada pessoa por ano uma estimacão não resoável, e uma que necessitaria de ser alargada no sector público se os benefícios estivessem para alcançar agregados familiares pobres.

Enquanto que muitos sectores da saúde pública na AOA estejam a tentar a distribuir sistemas de saúde, paguem os trabalhadores de saúde e respondam aos desafios de saúde com menos de USD15 por pessoa, em cada ano, e outros em menos de USD10 por ano. O total por despesas de capital sobre a saúde regional pública e privada combinada, a média de menos de USD30 por cada pessoa por ano, enquanto a despesa do Governo é menos de 10% da despesa total do governo gastando para a maioria dos países na região.

Aumento de 15% das despesas do Governo sobre a saúde é um sinal importante e necessário do compromisso do Governo para com a saúde, mesmo que, por enquanto, não pudesse providenciar recursos adequados por capital para a saúde, por si próprio, para muitos dos países na AOA. A chamada para “15% agora!” justificavelmente chama para a implementação deste compromisso. Se o alvo de 15% é feito através dos recursos aumentados do doador e não através do aumento da aplicação da receita doméstica, não é uma avaliação clara daquele compromisso e, é vulnerável para a retirada do doador. Os “15% agora!” assim deveriam ser compreendidos para excluir os recursos do doador.

Em todo caso, muitos países na região necessitam mais que os 15% da despesa governamental. Os recursos adicionais devem ser aplicados.

Uma das fontes para isto, deve ser o cancelamento do débito. Com acerca de USD100 bilhões do débito externo na AOA em 2003 e mesmo o muito ter sido pago nas três décadas, as medidas de alívio de débito corrente são inadequadas para ultrapassar “a dominação do débito”. Aplicado sobre muitas décadas, relativamente com pequenas deduções no débito anual, ainda tem deixado os países Africanos com carga de débitos significativos e empobrecer os recursos domésticos da saúde. Segundo a chamada do ano passado, pela organizações da sociedade civil e o governo, na consulta do Sul-Norte sobre as alternativas para a dominação do débito, a chamada para “15% agora !” deve ir junto com a chamada para o “cancelamento do Débito agora!”

O serviço de débitos é uma das muitas formas em que os recursos estejam saindo da nossa região. Como demonstrado no nosso editorial do Boletim da “EQUINET Newsletter” do mês de Abril, termos de negócio desiguais e injustos, o fluxo de finanças privadas, mudam para o investimento estrangeiro especulativo, apoio fantasmagórico, o fluxo massivo dos trabalhadores e exploração global de recursos Africanos não reversível, representam alguns vastos e contínuos fluxos massivos da riqueza potencial e existente no continente. Um relatório amplo das Nações Unidas recentemente lançado, chamado “UN WIDER report” incluído neste boletim, observa que as desigualdades da riqueza ampliaram-se, com os riquíssimos 2% dos adultos no mundo, possuindo mais que a metade da riqueza global do agregado familiar, enquanto que o de baixo da população adulta mundial-uma grande parte da África – possuem apenas 1% da riqueza global. A rede de fluxos da riqueza Africana representa um fluxo perverso dos recursos da saúde a partir daqueles que possuem maiores necessidades de saúde nas regiões paupérrimas, para com aquelas que possuem as necessidades mínimas da riqueza nas regiões riquíssimas.

Isto chama para a resposta global. Um aumento no apoio do desenvolvimento ultramarino do longo termo prognosticável, providenciará um meio de endereçar esta situação, e podia ser aplicado para aumentar a despesa por capital na saúde para mais níveis significativos, sobre e acima de “15% agora”. Os esforços por alguns países do G8 para explorar novas fontes do financiamento do imposto para transferências globais são passos importantes em direcção disto. Portanto, enquanto que os governos Africanos devem prestar contas para os seus 15% para a saúde, países mais ricos devem honrar seus compromissos para “0.7% do PDB-(Produto Doméstico Bruto) para ODA agora!”

Mas alcançando os compromissos globais para a saúde da AOA, chama para mais que ajuda aumentada. Compromissos globais para o acesso universal para o tratamento antiretroviral discutido no nosso editorial do boletim de Junho, das metas do desenvolvimento social estabelecidas na WSSD (Conferência Mundial para o Desenvolvimento Social-1995), discutido no nosso editorial de Novembro, chama para permitir, acessível, responsivo e a prestação de contas dos estados comprometidos para mobilizar os recursos para a saúde (15% agora!), desencarregados pela prestação de serviços de débito excessivo (o cancelamento de Débito agora!) e apoio pela ODA (0.7%

do PDB para ODA agora!) Por enquanto isto pode deixar as pessoas e governos na AOA dependentes pesadamente sobre ajuda externa, enquanto os grupos mais ricos nos países com rendimento mais alto e corporados, continua a beneficiar-se do negócio, finanças e o fluxo de recursos proveniente da região. Investimentos aumentados com influência na saúde devem ser apoiados pelo desafio destes fluxos de recursos e para as políticas macroeconómicas e de negócios que intensificam as desigualdades em controlo sobre os recursos da saúde. “Reclame a riqueza Africana para a saude Africana...agora!”

2. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 72: FEVEREIRO 2007. MICROCREDITO EVANGELISMO OU POLÍTICA DE SAÚDE UNIVERSAL?

Por Patrick Bond, University of KwaZulu-Natal, Centro Para a Sociedade Civil, Africa do Sul

Será que as instituições utilizam o desejo das pessoas pobres para o credito, reduzindo as políticas ja molestadas da Acção Social dos Estados do Terceiro Mundo? A tarefa de microfinanças na redução da Pobreza, reduzindo o meio ambiente de risco da HIV e promovendo o seguro da saúde privada atraiu o interesse do alto nível desde altura que o Muhammad Yunus ganhou o prémio de “Nobel Peace Prize” no último mês de Dezembro.

O Banco do Yunus chamado por “*Yunus’s Grameen Bank*” lutou contra as atitudes religiosas e patriarcais do Bangladeshi para estender o crédito para milhões de pessoas. As mulheres pobres eram tipicamente postas em grupos de cinco: e duas tiveram a primeira parte de crédito, deixando as outras três como caçadoras para pressionar o reembolso, para que pudessem obter os proximos empréstimos. Mas uma década atrás (no tempo de subsídios de fundação mais baixa, novos competidores, condições de temperatura adversa e dos emprestadores que usaram poder colectivo de não-pagamento), Grameen impus o aumento dramático de preços sobre o reembolso de empréstimos e recorreu à técnicas extrema de pressão, incluindo remover tectos de chapas das casas de mulheres delinquentes. Isto reduziu a posição principal filosófica do Banco do Grameen – ‘Nós consideramos o crédito como um direito humano’ – para apenas um argumento para o acesso, não o abstecimento. Isto distinguiu Yunus de todos movimentos sociais baseados nos direitos, exigindo os “direitos” para livrar o acesso da linha da vida para assistência da saúde, medicamentos do SIDA, educação, habitação, terra, água, electricidade, etc.

De acordo com Munir Quddus o Secretário do Departamento da Economia e Finanças da “*University of Southern Indiana*”o modelo precisa mais investigação: ‘A mesma natureza de preparar os grupos deixa os pobres que deveriam ser percebidos pelos colegas membros de não ter habilidades de gerar rendimentos e portanto o alto risco...o microcrédito simplesmente afunda a exploração das mulheres, na medida em que as taxas de juros cobradas pelo Banco em termos reais [depois da inflação] são mesmas altas; consequentemente, o crédito muitas vezes piora a situação do débito e dá mesmo mais influência aos maridos.’

Evidência sobre o micro-crédito da Asia do Sul e programas de créditos maiores sugerem que o credito não tem necessariamente o impacto positivo sobre relações sociais. Muitos empréstimos que possam ser dados às mulheres são apropriados pelos membros masculinos da família deixando mulheres como pará-choques entre seus esposos e as instituições de empréstimos, muitas vezes com “stress” e resultados violentos, mesmo onde o rendimento das mulheres aumentou, a pesquisa encontrou aumentado o trabalho da mulher e também a carga de débitos. O acesso de mulheres para o crédito não garantem

a confiança melhorada, a mobilidade, o controlo sobre os bens, ou a liberdade da violência. Neste contexto, o micro-crédito deve ser interrogado se ele é realmente acerca das pessoas pobres ganhando o controlo, ou se ele deixa não endereçados as causas estruturais e muitas vezes globais da pobreza.

Por exemplo, em 1998, quando uma crise do mercado emergendo levou para o aumento das taxas de juros em volta do Terceiro Mundo, os micro-emprestadores e os emprestadores Sul Africanos foram conduzidos à falência por um aumento de 7% imposto em duas semanas quando houve a queda da moeda local. O financiamento do Banco Mundial de USD66 milhões (Sessenta e seis milhões de dolares Americanos) na década 80 em Zimbabwe, revitalizou o sector micro-financeiro rural (iniciado na década 40 sob o regime Rodesiano) e alcançou acerca de 94,000 agregados familiares. Mas dentro duma década, a taxa de não pagamento dos camponeses foi de 80% - com o abstercimento de reembolsos sendo o factor maior (algumas despesas gerais típicos do emprestador e custos de colecção sobre um pequeno empréstimo eram 15-22% (incluindo a incorporação da taxa de 4% de não pagamento)). O estudo detalhado do Michael Drinkwater (1991) sobre Zimbabwe Central mostrou que os camponeses agricultores enfrentaram dificuldades sérias em lidar com empréstimos de apenas alguns quinhentos Dolares Americanos, na medida em que o lucro média bruto da cultura era apenas USD0.15/hora do trabalho, de acordo com uma pesquisa do Ministério da Agricultura -1989. Isto foi composto por 'um lançamento mais zeloso dum plano de credito em grupo' e 'a viabilidade de pacotes de fertilizantes de alto custo' inapropriados para o clima erratico. O aumento no uso de credito significa que os agricultores têm de vender mais para permanecer solventes...A nível dos agregados familiares é commumente os débitos que estão aumentando, não os lucros.

Isto causa uma pergunta: 'Será que o credito é um investimento mais útil para o bem-estar social e económico dos camponeses Africanos especialmente mulheres? De acordo com Mohindra and Haddad (2005), as capacidades da saúde das mulheres (oportunidades de adquirir boa saúde) e o funcionamento da saúde (ex: ser saudável), pode ser expandido via chaves determinantes da saúde populacional, tais como acesso aos recursos e autonomia' com o micro-crédito como um instrumento principal. Será que o microcrédito é um instrumento verdadeiro de expandir o acesso para investimentos de saúde quando o não-capacitação estrutural e o mal-funcionamento dos mercados que diabolizam sistemas de crédito são adicionados para o retiro global do estado da acção social do Terceiro Mundo?

A pergunta é importante como o micro-crédito do estilo do Grameen está aumentadamente ligado aos serviços de saúde no âmbito da educação para com o seguro, incluindo o "Niger CARE" 'que é Assistência da Saúde e Microcrédito do Niger para as Mulheres e Crianças infectadas pelo HIV/SIDA' no "Valley of the Widows", a ONG Filipina da Inovação para Acção da Pobreza e o "Green Bank marketing" do seguro da saúde e cuidados preventivos através de 2000 micro-empresendimentos; ou o Projecto microcrédito do "International Medical Corps" para apoiar os programas locais da saúde na Eritrea. A Conferência da Campanha Microcrédito apontou para muitas oportunidades a fim de substituir o microcrédito para assistência do doador ou do estado na educação sexual reprodutiva. Mas tais projectos necessitam de serem questionados sobre: "se eles comunicam sobre recursos e autonomia, como mudam as relações de poderes locais; o seu registo sobre atrasos, conflitos sociais e fracassos.

Alguns estudos rigorosos documenta as relações entre a vulnerabilidade financeira e cargas da saúde. O estudo dum programa microcrédito Dominicano, que dava pequenos empréstimos aos individuais para começar ou expandir pequenos negócios, incluia três comunidades: uma com promoção da saúde somente; outra só com o microcrédito; e mais outra com ambas funções. A comunidade com o microcrédito e programas da promoção da saúde em paralelo, teve grandes mudanças de dez dos onze indicadores da saúde. Porém, o estudo encontrou ganhos da saúde para habilidade melhorada para a compra de

abstecedores comerciais de água, fazendo a ligação entre o microcrédito e a exigência sobre pessoas pobres para pagarem água privatizada e comercial. Como verificou o relatório do Desenvolvimento Humano da UNDP (2006), o microcrédito é explicitamente utilizado para promover o mercado em serviços essenciais e facilitar agregados familiares pobres para alcançar os requisitos financeiros.

Enquanto não negar a probabilidade de que alguns projectos de microcrédito sejam efectivos e justos, o criticismo levantado ofereceu aviso. As reclamações feitas acerca de microcrédito como estratégia mais arqueada para acabar a pobreza, mudar as relações do poder, atacar estruturas de desigualdade ou melhorar a educação de saúde da população vulnerável deverão ser tratadas com consideração. Certamente, o microcrédito não pode substituir a política social decente quando ele actua como uma rede de segurança, co-existente com e não transformando estruturas entricheiradas que geram a pobreza. No péssimo caso, o microcrédito pode-se tornar uma ideologia explicitamente hostil para declarar o apoio de assistência da saúde.

'Eu acredito que "o governo", como conhecemo-lo hoje, deveria retirar muitas coisas excepto da aplicação de Lei e justiça, defesa nacional e política externa, e deixar o sector privado, "o sector privado Grameenizado", sector privado conduzido com consciência social, tomar posse das outras funções'.

Ilustrar o perigo que está a frente, aquelas foram palavras declaradas na autobiografia do "Nobel Peace Prize winner Yunus em 1998.

3. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 73: MARÇO 2007. RECLAMANDO O NOSSO ESPAÇO: USANDO FLEXIBILIDADES DE EXCURSÕES PARA PROTEGER ACÇÕES PARA MEDICAMENTOS Aulline H. Mabika, Percy F. Makombe, SEATINI

No mês de Fevereiro deste ano o Director Geral da OMS Margaret Chan, causou uma tempestada quando na sua expressão na Thailandia dizia que o país deveria negociar com empresas farmacêuticas antes de emitir licenças obrigatórias. Ela encorajou o Ministro da Saude Pública da nação para melhorar a sua relação com empresas de medicamentos para que possam dar bom equilíbrio na facilitação do acesso aos medicamentos. A declaração da Chan criou uma impressão de que havia algo errado com o licenciamento obrigatório que necessitaria de ser corrigido por intermédio de negociar com empresas farmacêuticas.

Se comentários tivessem sido feitos para chocar e dar temor, portanto, alcançariam exactamente isso! Advogam o acesso de tratamento chocado e procurou a clarificação a partir do Director Geral por ela própria sobre as declarações alegadas. Cinco dias depois de comentários terem aparecidos no jornal "Bangkok Post" do dia 02 de Fevereiro, a sociedade civil recebeu informação de que a carta tinha sido despachada para o Ministro da Saúde da Thailandia, Mongkol Na Songkhla. Havia uma ma-compreensão, dizia o Director Geral. Ela sentiu que os seus comentários "tinham sido mal-representados na comunicação social, e que teriam causados constrangimentos ao governo Thailandês. Eles não podem ser levados como criticismo da decisão do governo real da Thailandia de emitir licença obrigatória que é completamente privilégio do governo, totalmente na linha do Acordos de Excursões.

Para evitar a duvida, continuou a esclarecer o seguinte:

OMS inequivocamente apoia o uso pelos países em desenvolvimento das flexibilidades dentro de "Acordos de Excurções" que assegura o acesso para aquisição de medicamentos de alta qualidades. Isto inclui o uso de licenciamento obrigatório, como descrito no

paragrafo 6 da Declaração do Doha sobre “Acordos de Excurções” e Saúde Pública. Se a decisão para emitir uma licença obrigatório dos produtos farmacêuticos é nacional não há requisitos para os países negociarem com os accionistas patentes antes de emitirem uma licença obrigatório”

Esta declaração ajudou clarificar uma impressão que as empresas farmacêuticas têm uma alta prioridade em relação as vidas das pessoas. Para Africa isto é particularmente importante, com a Africa Austral o epicentro da epidemia global do HIV com 34% de mortes globais do SIDA ocorrendo na região. Enquanto que o SIDA coloca uma carga enorme sobre agregados familiares e sistemas de saúde em geral, o custo de tratamento do SIDA continua ser desproporcionado aos rendimentos das famílias afectadas e dos governos.

De acordo com os relatórios do Oxfam, os preços de regimes do tratamento do SIDA estão em crescimento. Isto é uma evidência entristecente que apareceu seis anos depois da assinatura histórica da Declaração da Doha sobre “Acordos de Excurções” e Saúde Pública em 2001. Competições genéticas intensas ajudaram no regime de medicamentos do SIDA na primeira linha para rebaixar por 99% dos USD10,000 para aproximadamente USD130 por paciente por cada ano desde 2000. Em todo caso, os preços dos medicamentos da segunda linha permanecem altos devido do aumento das barreiras do patente nos países produtores genéricos chaves como a India. Os pacientes que desenvolvem resistência para regimes da primeira linha precisam desses medicamentos da segunda linha, e provavelmente o número venha a crescer ao longo do tempo, como serão os custos não adquiríveis para sistemas da saúde.

Como traçado no folheto da “EQUINET / SEATINI sobre o uso das flexibilidades de Exerções (www.equinet africa.org) os países possuem autoridades completas sob Execursões para usar o licenciamento obrigatório ou importação paralelo de medicamentos se as suas Leis providenciam para tal e precisam-no para a saúde pública. Muitos (mas não todos) os países na região já passaram as leis relevantes para tal. Mas a pressão política e diplomatica para dissuadir os governos em usar estas flexibilidades de Execursões continuam a crescer. Um caso em questão é a acção legal contra o governo Indiano por empresa farmacêutica com nome de Novartis. Novartis está a desafiando a Secção de Acto de Patentes Indianos que visam restringir alguns tipos de patentes. Novartis trouxe um processo judicial civil contra o governo Indiano depois do país ter rejeitado no mês de Janeiro de 2006 a tentação da empresa para patetiar uma nova versão do seu medicamento Leukaemia, Gleevec, na base de que o medicamento é uma nova formulação dum medicamento já existente. Se o Novartis ganha o caso então poderá ser potencialmente um precedente para outras empresas farmacêuticas procurando uma protecção do patente para formulações dos medicamentos fabricados antes de 1995, incluindo antiretrovirais.

Como instituições envolvidas na saúde na Africa, nós não esperamos ambiguidade sobre isto na OMS. Os governos devem ser encorajados para usarem flexibilidades providenciadas à eles nos acordos de Excurções da OMN (Organização Mundial de Negócio), incluindo emitir licenças obrigatórias, para terem o acesso de medicamentos genéricos. Com o fundo global do SIDA, TB e Malaria e UNAIDS, ainda há muito por fazer para rebaixar os custos destes medicamentos, em particular de regimes da segunda linha, e fazê-los adquiríveis sobre uma base de longo termo.

Ao nosso lado, esperamos que os nossos governos e parlamentos assegurem que as nossas Leis nacionais incorporem flexibilidades das Excurções, que as nossas autoridades estejam organizadas para implementá-las e que as nossas populações estejam organizadas na protecção do seu uso. Nós esperamos que os nossos governos rejeitem cláusulas nos Acordos Bilaterais de Negócios que atentam para retirar autoridade para usar estas

flexibilidades. Temos organizações inter-governamentais regionais tais como a COMESA e SADC para compartilhar informações, recursos, especializações e harmonizar a legislação.

Também nós podemos estimular a produção e o comércio dos medicamentos genéricos, aumentando os rendimentos aos produtores e o acesso para as pessoas que necessitam-los. Podemos trabalhar através destas organizações regionais para colectivamente emitir licenças obrigatórias de problemas comuns da saúde pública. Na América Latina, por exemplo, dez países fizeram e juntaram esforços para obterem acordos dos originadores e fabricantes de genéricos sobre a produção de medicamentos genéricos. Se os países da AOA usarem quadros de trabalhos regionais para colectivamente emitir licenças obrigatórias para o mesmo medicamento, então isto vai construir um grande mercado para encorajar os produtores investirem versões genéricas mais baratas destes medicamentos.

4. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 74: ABRIL 2007. ONDE ESTÃO OS TRABALHADORES DA SAÚDE? Sharonann Lynch, Médecins Sans Frontières (Lesotho)

Existe uma falta terrível dos trabalhadores profissionais de assistência da saúde para executar serviços essenciais da saúde na África Sub-Sahara, incluindo os antiretrovirais (ARVs) da salvação de vida das pessoas vivendo com o HIV/SIDA. O apoio do doador para as intervenções específicas das doenças do SIDA, Tuberculose e Malaria aumentou notavelmente nos anos recentes. De toda maneira, o financiamento para os custos periódicos para estas intervenções, tais como aumento salarial e criação de novos postos, permaneceu tabu.

O “GFATM” (Fundo Global para combater o SIDA, TB e a Malaria) foi largamente criado devido à pressão dos activistas e as ONGs-organizações não governamentais que lutam para ter uma facilidade de financiamento global que poderia pagar para os ARVs – algo que era considerado fora de limite aos doadores antes do ano 2002. Em 2005, uma “janela” específica de financiamento foi criada para apoiar sistemas de saúde, incluindo os custos dos recursos humanos. A partir de altura, a opção foi integrada dentro dos componentes específicos das doenças.

Apesar de haver alguns graus de incertezas acerca do âmbito do apoio do “GFATM” para as despesas dos Recursos humanos nos futuros ciclos, os candidatos dos países têm uma oportunidade de solicitar o tal apoio no 7º ciclo. O “GFATM” deveriam providenciar um apoio contínuo e não ambíguo em financiar salários e outras despesas periódicos dos recursos humanos. Os doadores bilaterais deveriam acompanhar o processo.

O Lesotho em um caso na vista. O país tem a terceira altíssima prevalência do HIV a nível do Mundo depois de Suazilândia e Botswana – e é o mais pobre dos três. Está batalhando com uma situação catastrófica do trabalhador da saúde que ameaça para se tornar impossível para o país escalar e sustentar os cuidados e tratamento do HIV para mais de 270 000 Basothos que estão vivendo actualmente com o HIV/SIDA .

No mês de Janeiro de 2006, os Médicos Sem Fronteiras (Médecins Sans Frontières-MSF) uma organização humanitária médica Internacional inaugurou um programa em Lesotho em “Scott Hospital Health Service Area (HSA)” um distrito rural da saúde com uma população de influência de 220 000. O programa providencia os cuidados e tratamento descentralizado do HIV incluindo o TARV (Tratamento Antiretroviral), integrado nos serviços de cuidados de saúde primários existentes. No primeiro ano, mais de 3 500 pessoas foram inscritas nos cuidados do HIV e acima de 1 000 tinham começado com TARV no “Scott Hospital” e 14 Centros de Saúde Rurais.

“Scott Hospital HSA” tem uma media mais que alta de taxa da cobertura dos trabalhadores de saúde. Ainda, de acordo com uma avaliação de cargas de trabalho na “Scott Hospital HSA” realizada pelo MSF em Agosto de 2006, há até 45 consultas por enfermeiro/a por dia não incluindo as consultas relacionadas ao HIV. Com a introdução dos serviços dedicados do HIV, a carga de trabalho no ano passado aumentou dramaticamente. A Organização Mundial de Saúde recomenda que enfermeiros/as não deveriam realizar mais de 20 consultas por dia. Entre o mês de Janeiro e Julho de 2006, ao menos 18 enfermeiros/as deixaram o “Scott Hospital HSA” para pastagem verdes isto é para as empresas ou organizações e instituições de que pagam bem. Dez novas enfermeiras foram contratadas depois do Julho de 2006, mas seis enfermeiras adicionais abandonaram, deixando mais de um quarto de vagas de enfermagem.

Com mais de 35 000 pessoas estimadas estarem a viver com HIV/SIDA somente no “Scott Hospital HSA”, ao menos 5 000 que estão em necessidades urgentes do TARV, a necessidade ultrapassa a capacidade das facilidades e dos trabalhadores de saúde. MSF já empregou várias estratégias para poder conseguir com esta escassez – a partir de providenciar equipas medicos movies a fim de trazer apoio de “services internos” para as enfermeiras transferirem tarefas para novos núcleos dos trabalhadores comunitários da saúde para poderem introduzir medidas para melhorar a contratação do pessoal.

Ultimamente, medidas imediatas deveriam ser consideradas a nível nacional para recrutar e contratar enfermeiros/as profissionais e outros trabalhadores profissionais dos cuidados de saúde incluindo, como o primeiro passo, aumentando os seus salaries. Sem maiores investimentos na contratação do pessoal profissional, os programas do TARV – incluindo os programas apoiados com MSF – são vulneráveis para tombar.

O “GFATM” (Fundo Global para combater o SIDA, TB e a Malaria), doadores bilaterais, e Outros autores relevantes, devem claramente declarar, com o dinheiro na mesa, o seu apoio em financiar salários e outras intervenções de apoiar os recursos humanos para a saúde. Os governos dos países afectados devem enfrentar este compromisso com urgência com planos de emergência a fim de endereçar crise dos recursos humanos.

Para Lesotho, um plano de emergência dos recursos humanos necessita de ser desenvolvido e os doadores necessitam dar passos ao prato. A Conta dos Estados Unidos para o Desafio do Milénio está a comprometer uma quantia não priorizado de USD140 milhões para infra-estruturas da saúde. Os projectos de “Tijolo e Argamassa” são bem vindos, mas sem apoio aos trabalhadores da assistência de saúde, estes programas de construção/renovação serão equivalente ao fornecimento de hardware de computadores sem software para funcionar programas.

Financiar salaries sobre a base periódica e apoiando outras iniciativas reter a perda dos trabalhadores de saúde e trazer alívio para os quadros sobrecarregados e milhares de pacientes que eles servem é um requisito muito crítico a fim de expandir e sustentar os cuidados e tratamento do HIV/SIDA

**5. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 75: MAIO 2007
ACORDOS DO PARCEIRO ECONÓMICO: NEGOCIADORES
NÃO DEVEM COMPROMETER-SE SOBRE A SAÚDE
Aulline Mabika, Percy Makombe, Ludwig Chizarura, SEATINI, Rene
Loewenson, TARSC**

Amekwi Lokana, da Kenya, uma mãe de seis, disse alguns anos atrás, 'Estes dias, se não tiveres dinheiro, deixam-te a morrer. Se as minhas crianças estão doentes, e tenho dinheiro das vendas de sisal e lenha, Levo-as a uma cidade próxima. Se não há dinheiro, uso ervas... se o Deus lhes tirar a vida, já fizemos o máximo”.

Nunca seria o caso que aqueles sem dinheiro não podem ter o acesso à assistência de saúde. As obrigações mais básicas que o governo tem são de respeitar e proteger a sobrevivência e os direitos da saúde dos cidadãos. Para os governos na África Oriental e Austral, isto é feito num contexto de grandíssimo intensidade globalmente do SIDA, altos níveis da pobreza e muitos outros desafios da saúde

Enfrentar esta obrigação não é um assunto simples para o Ministério da Saúde. Os sectores de Negócios e Finanças estão a ter uma forte relação sobre a saúde por intermédios dos acordos que realizam. Mais recentemente, esta questão tem emergido num Acordo da Parceria Económica (APEs), actualmente sendo negociável entre África Oriental e Austral (AOA) e a União Europeia (UE), visando assinar o acordo final em Dezembro de 2007.

O Acordo de Cotonou assinado entre UE e os Países Africanos e Caribeanos em Junho de 2000 clarifica os dois objectivos centrais dos APEs: erradicação da pobreza e aumento da integração global. O desafio que os países da AOA enfrentam é portanto, aquele que a integração global seguiu através das medidas da liberalização e comercialização que ameaçam o acesso das comunidades pobres aos bens e serviços essenciais para sua saúde. Nas experiências do passado isto aumentou – não reduziu – a pobreza e os resultados fracos da saúde, em particular num sistema de negócios internacionais pesadamente amontoados contra os países Africanos.

Um relatório de EQUINET / SEATINI publicado nos princípios deste ano, aponta para um número de áreas em que os APEs, actualmente podem sob negociação afectar a saúde e assistência da saúde, a não ser que sejam especialmente lidado com.

Em primeiro lugar os APEs podem afectar o acesso para medicinas essenciais. Claramente isto ainda não faz um compromisso para entregar aos países da AOA os direitos de fazer o máximo uso das flexibilidades no acordo de Excursões – Organização Mundial De Negócio (OMN). Esses são essenciais para assegurar o acesso aos medicamentos e tecnológicos médicas. Embora este compromisso foi verbalmente declarado pelos Estados Unidos, ainda não se faz reflectir nos Acordos da Parceria Económica. Experiências anterior do Acordo de Negócios Livres da União Europeia com a África do Sul sobre esta questão sugere que os países da AOA e os seus parlamentos e as sociedades civis devem ser vigilantes. O texto do projecto sugerido pelos países da AOA para providenciar as flexibilidades completas dos Excursões e apoio da capacidade para a sua implementação precisa de ser escrito dentro dos Acordos da Parceria Económica (APEs) antes de serem concluído.

Os APEs ainda não especificaram provisões para o negócio nos serviços relacionados com a saúde. Embora muitos países da UE protegem directamente o seu próprio sector público como o maior fornecedor dos serviços de saúde, existe uma pressão para a liberalização do serviço nos APEs. Países da AOA podem portanto terem sido postos sob pressão a fim de

fazer compromissos para libertar os seus serviços de saúde. Contudo, para os países dentro da região assegurarem que os paupérrimos tenham uma divisão equitativa dos recursos a fim de encontrar as necessidades da saúde, os governos deveriam regularizar o aprovisionamento de serviço de saúde e re-distribuir os fundos para a saúde através dos serviços do sector público. os APEs deveriam excluir quaisquer tais compromissos para liberalizar os serviços de assistência de saúde, e deveriam ainda incluir as avaliações do impacto de saúde nos outros sectores prévio aos compromissos sendo feitos, onde estes podessem ter um impacto sobre a saúde.

Os Acordos Da Parceria Económica - (APEs) promovem acesso ao mercado e tarifas, e subsídios reduzidos na agricultura. Numa região onde a subalimentação seja alta e aumentado, todas políticas do negócio na agricultura devem ser escrutinizadas para o seu impacto da saúde. No contexto de desigualdade excessiva e de longo tempo entre UE e sistemas de produção agrícola da AOA, é provável que os produtores locais e pequenos accionistas não beneficiarão das medidas correntes propostas, a não ser que sejam deliberadamente reconhecidos e investidos sob APEs. Até todos subsídios sobre agricultura na UE sejam removidos, faria sentido para países Africanos levantar os seus subsídios protectivos, particularmente se isto vai se dirigir ao aumento adicional em importação de comida, mais minam os produtores locais e mais aumentam a subalimentação.

Os APEs levantam uma questão mais fundamental. Nos acordos de negócios, saúde e assistência da saúde são postas no contexto de bens e serviços negociáveis e tratados sob o objectivo de aumentar a integração regional, em vez de contribuidores chaves para a prioridade declarada de erradicação da pobreza. Nós argumentamos que:

- ◆ as implicações da saúde dos APEs precisam de ser reconhecidos explicitamente
- ◆ os oficiais da saúde deverão ser incluídos nas negociações
- ◆ as avaliações do impacto da saúde deveriam ser realizadas onde relevante, tais como quaisquer áreas onde a liberalização de serviços possam impactar sobre saúde; e
- ◆ UE e os países da AOA assegurar que os APEs são completamente complacentes com todos protocolos e convenções da saúde regionais e internacionais antes de ser concluído.

Estas chamadas também foram feitas com a sociedade civil do Zimbabwe no mês de Abril deste ano como uma parte de um processo amplo das actividades amplas da Africa e Europa sobre os APEs no dia 19 de Abril. Um ponto repetido destes eventos foi de que APEs como actualmente constituídos poderiam ser de vantagem dos países em desenvolvimento. A UE negocia como um Bloco, com uma burocracia com forte poderes de funcionamento e uma equipa de negociadores habilitados que acelerarão o passo de negociações. Em todo caso estar em jogo, para os países da AOA é uma última linha mais profunda da saúde e a sobrevivência do seu povo. Os estados da AOA deste modo têm uma obrigação de aplicar “os princípios precaucionários” nas negociações dos APEs existem impactos potenciais da saúde: os países precisam duma satisfação através de evidência produzida de que as medidas negociadas providenciam maior possibilidade, autoridade e a flexibilidade da política de proteger a saúde e acesso para os serviços da saúde, e não dirige aos resultados negativos da saúde.

Endereçando estas questões começará de certa maneira encontrar o compromisso em conjunto declarado para a erradicação da pobreza. Alternativamente, com a saúde do povo em perigo, a regra precaucionária certamente aplica: “*No deal is better than a bad deal!*” significando que não há nenhum bom negócio neste mundo!

**6. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 75: MAIO 2007
ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE – A SAÚDE OU EM PRIMEIRO
LUGAR O NEGÓCIO?
Riaz K.Tayob**

O quê que os Africanos devem aceitar da Assembleia Mundial da Saúde -(AMS) no dia 14 de Maio de 2007? Avaliando a partir da última experiência, a assembleia será o Forum onde os países Africanos encontrarão questões críticas para a saúde pública que estão sendo focadas, mas não resolvidas sem luta.

A Kenya apoiada pelos outros países Africanos, propuseram numa resolução sobre a Malária, que os países providencia a legislação para usar “na totalidade”as flexibilidades permitidas sob os acordos da OMN –(Organização Mundial de Negócio) para aumentar o acesso para os medicamentos anti-malaria, o diagnóstico e as tecnologias de prevenção. Os Estados Unidos fortemente foram opostos nisto. Portanto, a Direcção Executiva da OMN decidiu no mês de Janeiro de 2007 para mandar o plano da resolução para OMS com as ambas propostas alternadas dos Estados Unidos e da Kenya em texto entre parentêses, indicando a falta de consenso. Inexplicavelmente, o plano da resolução enviado ao website da OMS não reflectiu as propostas da Kenya em textos entre parentêses e levou muitos dias antes de serem reflectidas para a Direcção. A proposta de Kenya precisa de ser apoiada a fim de proteger os direitos legais legítimos que os países têm sob OMN.

Apesar da posição negativa dos Estados Unidos, na Organização Mundial de Negócio (OMN) –de 2006 muitos países reconheceram que o sistema de direitos de propriedade intelectual corrente não providencia adequadamente para a pesquisa e inovação sobre tratamentos das doenças que afectam desproporcionalmente países em via de desenvolvimento. A fim de endereçar isto, o Grupo de Trabalho Inter-Governamental sobre a Saúde Pública, Inovação e a pobreza intelectual foi estabelecido para poder preparar uma estratégia global e plano da acção. Este Grupo de Trabalho prestará um relatório na Assembleia Mundial de Saúde (AMS)

Também será levado a cabo uma resolução no uso racional dos medicamentos, na luz da procura do uso do medicamento irracional em mais de 50% dos medicamentos nos países em via de desenvolvimento, com a fraca aplicação de medicamentos essenciais em particular no sector privado. Os países Africanos podiam tratar potencialmente em duplo o número das pessoas dentro do mesmo orçamento se isto fosse endereçado. A questão do uso racional de medicamentos foi discutido na AMS (Assembleia Mundial De Saúde) desde 1985, e os países encorajaram a liderança mais forte, a advocacia baseada na evidência e o apoio proveniente da OMS para adiantar a implementação do uso racional do medicamento.

Enquanto que estes assuntos estão no Agenda da AMS , existe uma preocupação acerca do que está acontecendo em prática sobre os direitos da prioridade do intelectual e a saúde. Na pesquisa da vacina da variola, aboradagem relativamente aberta da OMS na posse dos resultados da pesquisa facilitou as empresas privadas para conduzir os direitos exclusivos do patente proveniente da dita pesquisa, tal como patentes dos Estados Unidos foram registados nos tratamentos pela Universidade de California nos mês de Abril de 2004 e Abril de 2006. Tal patenteamento podia dificultar o acesso à vacinas para muitos países no futuro.

Enquanto a variola foi erradicada em 1977, muitos países seguram reservas não oficiais do virus da variola, apenas com os Estados Unidos e a Russia segurando reservas oficiais. Apoiado pela recomendações do comité nas infecções do virus de variola (Orthopoxvirus) em 1996 os países Africanos apertaram fortemente para a destruição do stock

remanescente do vírus, dado que o risco posado pelo solto deliberado ou acidental dominou quaisquer benefícios da retenção. Numa contra iniciativa, muitos países desenvolvidos incluindo os Estados Unidos e a Canada, desenhando recomendações do novo Comité Consultivo e diferentemente constituído sobre a Pesquisa do Virus de Variola, estão procurando para bloquear as datas das destruições para poderem reter o direito de procurar aprovação da pesquisa cientificamente do interesse, incluindo a mudança génética do variola.

OMS agora está aplicando a mesma abordagem aberta para o “Virus de Gripe das Aves”, isto é compartilhar o “specimen” sem assegurar o provedor e outros países terem acesso adequado aos tratamentos e vacinas. Os países tal como a Indonésia, que compartilham os víruses, chegaram a uma conclusão que não podem conseguir ou assegurar o acesso para vacinas por motivo de capacidade limitada da produção, deixando os seus cidadãos vulneráveis à infecções. As linhas de orientações da OMS (Março de 2005, listaram mas não disponível no website) declaram que os laboratórios de Referência e Colaboração da OMS nem compartilharam vírus ou specimens, nem publicar resultados das pesquisas sem permissão dos países da origem. Embora que a partilhação do specimens não seguiu esta linhas de orientações, permitindo a apropriação privada dos resultados das pesquisas.

Indonesia parou de compartilhar seus vírus com a OMS em 2007 mesmo que o compartilhar facilita a pesquisa nos tratamentos e vacinas. Indonésia tomou acção, não para o interesse comercial, mas que não podia assegurar acesso adequado para as vacinas para seu povo, que era oferecido vacinas num preço proibitivo caro de USD20 por dosagem. Indonesia disse que desejava compartilhar os vírus sobre termos mais equitativos, mas a OMS estava longe de ser capaz de criar condições equitativas tanto para o compartilhar de vírus ou para tratamentos de Gripe das Aves para os países necessitados (em Africa, Nigéria, Djibouti e Egípto que já reportadamente tiveram o Gripe das Aves). Estes custos limitam o acesso à vacinas ou o tratamento leva o risco massivo para os países em questão: de acordo com o Centro de Controlo das doenças dos Estados Unidos conhecido por “US Centre for Disease Control (<http://www.cdc.gov/flu/avian/gen-info/facts.htm>)” a taxa de mortalidade do Gripe das Aves pode alcançar ao 90 à 100% em 48 horas. Em 2005, a Indonésia teve este problema quando o Roche negou fornecer o Tamiflu por causa de ordens adiantadas dos outros países com intenção de reservar, mesmo na altura em que os países da Asia tiveram este surto. Roche optou por permanecer o único produtor do Tamiflu, apesar de doar alguns medicamentos à OMS’

O acesso à vacinas pelos os países em via de Desenvolvimento pode ser comprometido pela capacidade produtiva de vacina global limitada. Os produtores de vacinas já tomaram ordens de compra adiantadas das vacinas. A resolução sobre o Gripe das Aves a ser considerada pela AMS (providenciar uma oportunidade aos países em Africa e em todas partes para assegurar que o acesso à vacinas não seja um privilégio primariamente para países mais ricos, e a OMS providencia o acesso mais amplo na resposta das necessidades.

Estas questões vindouras na Assembleia Mundial De Saúde (AMS) sinaliza ambas importância continuada de colaboração Internacional sobre questões de saúde, com significado na constituição da OMS, assim como a necessidade da pressão constante para e vigilância sobre a sua prática

**7. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER #75: JUNE 2007
UMA CHAMADA PARA A CIMEIRA DOS G8 – 2007, PARA APOIAR
PLANOS DE SAÚDE NACIONAL AFRICANA E ESTRATÉGIAS
ABRANGENTES DE MÃO-DA-OBRA DA SAÚDE.
Conselho Africano Para O Desenvolvimento Sustentável da Saúde
(ACOSHED), Fundação de Pesquisa e Medical Africana (AMREF)**

Nós somos organizações Africanas profundamente comprometidos em melhorar a saúde do povo do nosso continente. De facto, estamos profundamente preocupados acerca da falta do progresso, e em alguns países o reverso do progresso, resultando em milhões de mortes evitáveis que continuam a preocupar o nosso continente cada ano. É claro que desde momento que os nossos sistemas de saúde permanecem fracos em muitas dimensões e os nossos países enfrentam uma crise de mão-da-obra da saúde, a tendência corrente não-aceitável persistirá.

Apesar deste progresso lento, nós permanecemos optimísticos. Nós já observamos o progresso em algumas regiões e países, e identificar com o compromisso profundo para a saúde de muitos dos nossos governos e instituições. As nossas Comunidades Económicas Regionais assumiram um papel importante da liderança dentro do continente em catalizar acções requeridas para fortalecer sistemas da saúde e adquirir Metas de Desenvolvimento do Milénio da saúde. Estamos convencidos que o engajamento dos nossos parceiros localmente e globalmente pode traduzir-se nos recursos, desejo político, e eficiência requerida para transformar a saúde no nosso continente. Com muitas vidas em perigo, os nossos vizinhos, as nossas crianças, e nós mesmos, devemos ter sucessos.

Em conhecimento de carga de doenças contínuas intoleráveis, os Ministros da União Africana da Saúde desenvolverão uma Estratégia de Saude da Africa-2007-2015 que procura “providenciar uma direcção estratégica para esforços da Africa em criar a melhor saúde para todos” No núcleo de Estratégia da Saude da Africa está o fortalecimento de sistemas da saúde baseados sobre Planos da Saúde Nacional cuidadosamente costeados que incorporam os compromissos feitos pelos Governos Africanos, incluindo alcançar as Metas do Desenvolvimento do Milénio e o acesso universal para o apoio, tratamento, assistência e prevenção do HIV/SIDA até ano 2010

A responsabilidade chefe para o sucesso destes planos está dentro dos nossos próprios Governos. Nós vamos agarrar os nossos Governos responsáveis. Nós iremos insistir—e estamos a exigir— que levem passos necessários para poder alcançar a promessa de boa saúde, a fundação das sociedades saudáveis. Collectivamente, agarraremos os nossos Governos responsáveis a fim de aumentar os investimentos do sector da saúde ao menos até 15% do orçamento nacional, melhorando a eficiência em todas alocações e aplicações destes recursos, e a implementação de mão-da-obra e sistemas fortalecendo estratégias capazes de providenciar qualidade de assistência de saúde para todo povo. Nós comprometemos adicionalmente para trabalhar com os nossos governos para identificar estratégias financeiras sustentáveis que possam substituir os pronto pagamentos (isto é taxas do usador) para serviços essenciais da saúde e encontrar seus outros compromissos e responsabilidades incluindo como parte dos direitos humanos para a saúde.

Em todo caso, a implementação com sucessos dos Planos Nacionais da Saude requer o apoio dos parceiros de desenvolvimento da África, especialmente das nações que compoem os G8. Mesmo se os Governos Africanos aumentassem significativamente o seu próprio financiamento para Planos Nacionais da Saúde, estes planos teriam lacunas significativas de financiamento. Muitas das acções requeridas para estes planos terem sucessos requererão soluções e perícia que atravessam fronteiras nacionais e mesmo continentais. A construção de sistemas de saúde deve incluir construir parcerias entre

provedores de cuidados de saúde e comunidades que usam estes serviços. Requer doadores para compreenderem às comunidades Africanas a fim de encontrar quais são as suas necessidades e preocupações, para que os serviços sejam feitos de acordo com aquelas necessidades, como oposto em impor sistemas que possam ser eficazes algures mas não em África. É acerca de utilizar as oportunidades que existem dentro das comunidades para os cuidados avançados da saúde, através de aproveitar o conhecimento, os recursos e a energia na comunidade e aplica-los para trabalhar em conjunto com o sistema formal da saúde.

Nós chamamos a Cimeira dos G8 que se realizará em Alemanha para reconhecer a Estratégia da Saúde Africana desenvolvida pelos nossos ministros da saúde e engajar em dialogo substantivo com as comunidades, a sociedade civil, os governos, as comunidades regionais económicas, e a União Africana

Este dialogo deveria ser apoiado pelos compromissos firmes acerca de passos que nós já conhecemos que serão requeridos dos países ricos se os Planos Nacionais da Saúde Africana tivessem sucessos. Nós chamamos os países dos G8 para cumprir promessas existentes, incluindo o compromisso de 0.7% do seu próprio Rendimento Grosso Nacional (RNG) para Assistência do Desenvolvimento Oficial (ADO) duplicar ajuda para África pelo ano 2010, e aderir aos compromissos da Declaração do Paris sobre Eficácia de Ajuda, incluindo aqueles que relacionam ao alinhamento e harmonização de investimentos de ajuda e a harmonização de investimentos de ajuda com planos do país e a liderança.

Nós pedimos que a Cimeira dos G8 também faça os seguintes compromissos, que são requeridos para Planos Nacionais da Saúde Africana para ter sucessos:

Espaço Fiscal

1. Providenciar o financiamento prognosticável do longo prazo a fim de cobrir lacunas financeiros identificadas nos Planos Nacionais da Saúde e planos para acesso universal ao tratamento, cuidados, prevenção do HIV/SIDA, e apoio, e harmonizar a assistência da saúde com Planos Nacionais da Saúde.
2. Trabalhar com Instituições Financeiras Internacionais e desenvolver os governos de países e a sociedade civil para assegurar que as políticas fiscais e monetárias sejam alinhadas com o melhor estimado do espaço fiscal requerido para alcançar – as Metas do Desenvolvimento do Milénio (MDM) e outras metas do desenvolvimento humano e compromissos.
3. Acelerar o cancelamento do débito e assegurar que o cancelamento do débito suplemente o ajuda antes desloca-lo.
4. Providenciar apoio técnico e financeiro necessitado aos países em via de desenvolvimento para desenhar e implementar projectos financeiros sustentáveis que possam apoiar a eliminação de pronto pagamento (taxa do usuário) para serviços essenciais da saúde e aqueles que sejam desenhados para facilitar toda gente, incluindo os pobres, o acesso aos serviços de qualidade da saúde.

Sistemas da Saúde e Mão-da-Obra

5. Trabalhar com a União Africana (UA) e outros parceiros do continente a fim de identificar um pacote básico de intervenções de sistemas da saúde, implementados a nível distrital e comunitário, que podem providenciar a coluna vertebral para a distribuição dos pacotes de serviços da saúde requeridos para alcançar as MDM e o acesso universal para a melhor assistência alcançável da saúde
6. Apoiar o desenvolvimento e implementação do inter-sectorial e estratégias abrangentes de mão-da-obra que sejam integradas com a resposta ampla do sector da saúde e reformas dos serviços públicos para endereçar números de trabalhadores da saúde assim como outras variáveis tais como distribuição interna, mistura de habilidades, meio-ambiente de trabalho, productividade, e a capacidade da gestão.

7. Engajar países em via de desenvolvimento para formular uma estratégia abrangente para endereçar a migração dos trabalhadores da saúde que enfatiza o co-desenvolvimento, incluindo adoção de políticas para desenvolver a mão-da-obra auto-sustentável dentro dos países da “OECD” e seguir as práticas de recrutamento ético.
8. Aumentar apoio aos países em via de desenvolvimento para utilizar flexibilidades de Excurções na sua totalidade – e através de evitar quaisquer restrições para tal ou quaisquer provisões que possam ser prejudiciais à saúde – em acordos de negócios.

Contabilibilidade Mutual

9. Apoiar iniciativas e programas que promovem mecanismos independentes e iguais a fim de seguir a pista do progresso dos nossos governos e seus parceiros aos compromissos e declarações feitas nos forum regionais, continentais e globais.
10. Através de alavancas diplomáticas, assistência técnica, e outras estratégias, apoiar os esforços da sociedade civil Africana para segurar os nossos próprios governos responsáveis aos seus compromissos e responsabilidades

Assinado por 82 organizações e individuais.

**8. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 76: JUNHO 2007
QUANTO COMPROMISSO POLÍTICO HÁ PARA EFECTIVAMENTE
RESPONDER AO HIV E SIDA NA SADC?
Michaela Clayton, Director da Aliança dos Direitos e SIDA para a
Africa Austral (ARASA), Gregg Gonsalves, Coordenador do
ARASA para o Programa de Advocacia e Educação do Tratamento.**

"Acesso Universal ao tratamento antiretroviral na SADC permanece evasivo ... dos 13 estados do SADC do qual a informação está disponível, somente dois países Botswana e Namibia já alcançaram a cobertura do tratamento anti-retroveral de mais de 70% daqueles que precisaram-no até ao mês de Dezembro de 2005"

Evidência de compromisso e acção, mas também a falta do progresso sobre o acesso universal ao tratamento, assistência e prevenção do SIDA, e assim em perceber o direito à saúde para as pessoas vivendo com HIV/SIDA e comunidades vulneráveis. Estas foram as atas chaves dum relatório da ARASA publicado no mês de Abril de 2007 entitulado: 'HIV/SIDA e os Direitos Humanos na SADC: Uma avaliação dos passos tomados pelos países dentro da Comunidade de Desenvolvimento Africano da Africa Austral-(SADC) para implementar as Linhas de Orientações Internacionais sobre HIV/SIDA e os Direitos Humanos'

Este relatório muito aberto é o primeiro na região para tentar medir os sucessos e os fracassos dos países da SADC em responder ao HIV num quadro de trabalho baseado nos direitos humanos. Dado que a Africa Sub Sahara tem acerca de 10% da população mundial mas é casa para mais de 60% de todas as pessoas vivendo com HIV/SIDA é uma questão chave dos direitos humanos com implicações civis, políticos e sócio-económicos enormes.

Muitos países na região levantaram ao desafio de responder ao epidémico do HIV mas são confrontados com barreiras financeiros, estruturais e politicos para a implementação da Lei e reformas políticas e o estabelecimento e escalar de programas para endereçar efectivamente a epidémica

Embora os respondentes entrevistados em treze dos catorze países da SADC sentiram que havia o compromisso político em endereçar HIV/SIDA (evidenciado pela declaração do HIV/SIDA como uma emergência nacional ou pelos políticos a abrirem-se sobre o seu estado) somente seis países passaram juntam-se em termos de traduzir compromisso em acções, em particular na área dos direitos humanos, direitos civis e políticos, e direitos sociais e económicos

Um problema sobre-curvado identificado foi a falta de compromisso à implementação. Apesar da Suazilândia, Tanzania, Zimbabwe e Zambia declararam HIV/SIDA um desastre nacional, foram reportados em ter feito pequeno significativo progresso em revisão ou reforma de Leis para assegurar a protecção dos direitos humanos básicos muito críticos para o sucesso das respostas nacionais ao HIV/SIDA. Mas mesmo se existisse Leis e políticas, sozinhos não conseguem resolver o problema: 50% dos países da SADC têm menos que 15% da cobertura do tratamento antiretroviral e da mesma maneira figuras deprimentes da cobertura do tratamento da transmissão vertical mãe-filho e outras intervenções chaves do HIV/SIDA

Portanto, os recursos são precisados para implementar Leis existentes e políticas, se as pessoas estão para serem facilitados para gozar os seus direitos até a um altíssimo nível alcançável da saúde. Acesso aos recursos ao nível nacional, comunitário e individual posa uma barreira para acesso ao tratamento, prevenção, e programas de assistência e requer consideração urgente a nível governamental, regional e internacional.

Apesar de onze países da SADC terem Leis e políticas proibindo a discriminação injusta sobre bases do estado do HIV, abusos dos direitos humanos dificultam a implementação e utilização da prevenção, tratamento e programas dos cuidados existentes para as pessoas vivendo com a HIV/SIDA. A prevalência da violência baseada no género das mulheres e crianças continua a acelerar a epidemia. Muito disto pode ser atribuído à atitudes individuais e crença, que as Leis e políticas por si próprio não podem mudar. Mudando estes normas sociais podem tornar mesmo mais difícil quando compromisso político é superficial.

Se estamos para fazer o progresso sobre HIV e direitos humanos, sobre tratamento e prevenção do HIV, compromisso “*tokenistic*” deve ser substituído com a liderança verdadeiro – liderança não somente dentro dos governos mas tanto como em todos níveis da sociedade civil. Isto requer o engajamento dos nossos lideres, desde chefes das aldeias até aos escritórios dos presidentes e primeiros-ministros. Retórica política não é o substituto para a liderança que traduz-se em acção.

**9. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 77: JULHO 2007
NÃO! PARA MANIFESTAÇÕES UNIDAS DA AFRICA: UNIDADE
DOS VIVOS E DOS SAUDÁVEIS, NÃO A UNIDADE DOS
FALECIDOS, DOS QUE ESTÃO MORRENDO E DOS MORTOS
Rotimi Sankore, Coordenador, Liança Africana dos Direitos
Públicos da Saúde e A Campanha “15% Agora!”**

Apartir de 1-3 de Julho de 2007, os Líderes Africanos encontrarão em Accra, Ghana na 9ª Sessão Ordinária da Assembleia da União Africana. O maior item do agenda é a proposta e os planos para o sub-desenvolvimento dos Estados Unidos da Africa como manifestado no seu catastrophe da saúde pública não é o agenda da Cimeira da União Africana -(UA). Isto levanta a pergunta crucial da qualidade da unidade que os líderes Africanos desejam alcançar. Significativamente o debate sobre a união em proposta tem revolvida sobretudo as questões políticas sem consideração igual para questões que foram não menos importantes para fundadores do Movimento Pan-Africano.

Passa agora seis anos desde Chefes do Estados da União Africana garantiram em Abuja em 2001 para entregar ao menos 15% dos orçamentos nacionais para saúde. Para dizer que isto é uma tragica que em 2007 somente dois fora dos cinquenta estados membros (Botswana e Seychelles) conseguiram claramente cumprir aquela promessa de facto isto mesmo não começa a descrever a situação. Está além da tragédia.

Nestas semanas passadas, todas estradas dirigiam-se ao Cimeira dos G8 em Alemanha. O que se tornou um rito desde início do centenário, as organizadores de campanhas internacionais Bono, Bob Geldof e um sortimento impressionante das organizações relacionadas ao SIDA e Desenvolvimento dirigiram as chamadas para mais ajuda para Africa, e para Africa não ser esquecida no grito sobre a mudança climática. Como usual, os líderes africanos selecionados apresentaram com tigelas de pedir esmolas e chamadas para fotografias. Os organizadores de campanhas internacionais descreveram desde então a ajuda garantido pelos G8 este mês como ‘enormemente inadequada e farcical’.

Nós conhecemos que muitos dos países em via de desenvolvimento já desempenharam papeis históricos na Africa em via de desenvolvimento. 400 anos de escravidão, em adição do colonialismo, exploração cruel dos recursos da Africa, ‘intervenções cínicas’ e a carga de débito custou Africa muito caro. A ‘ajuda estrangeira’ para Africa é uma percentagem daquilo que foi extraído nos recursos humanos e naturais, mas é um pequeno espaço para reparar o dano feito ao Africa

Mas também sabemos que os líderes Africanos não pode seriamente esperar outros países para cometer para, ou garantir para salvar a Africa quando eles por si próprios aperecem indiferentes para o futuro da Africa. Para ir afrente com os palnos da unidade Africana sem simultaneamente encontrar o mais fundamental compromisso para o Desenvolvimento da Africa – aquele da saúde – é enganado para dizer o pouco.

É comico chamarmos sobre os países dos G8 para encontrar promessas recentes dos “Gleneagles” quando a vasta maioria dos estados membros da UA não conseguem alcançar a sua própria promessa de Abuja 2001. Esta não é uma promessa nós podemos conseguir passar incumpridos. A Aliança Africana para os Direitos Humanos da Saúde Pública (AADHSP), a ‘campanha dos 15% Agora’ revelou no dia 10 de Dezembro de 2006 “Dia dos Direitos Humanos” que através de propagar a informação específica e do desenvolvimento das doenças, da saúde, do país, da região e do continente a partir de uma banda larga de agências e instituições, nós computamos que uma estimacão de 8,000,000 Africanos estão morrendo anualmente das condições da saúde e doenças evitáveis, tratáveis, administradas sobretudo a Malaria, TB, HIV, mortalidade materna e infantil. Esta

figura não inclui as doenças relacionadas com órgãos tais como o coração, o fígado, a bexiga e as doenças do pulmão, um sortimento do câncer, as vacinas de prevenção de doenças etc., podiam facilmente adicionar outro milhão – ou muito mais. A consistência destas figuras acerca de seis anos atrás apenas, significa a África sofreu uma estimativa de 48,000,000 mortes evitáveis desde 2001

Por coincidência, o sonho dos Estados Unidos da África está programado para ser actualizado até no ano 2015, o mesmo ano em que as Metas do Desenvolvimento do Milénio estarão para ser alcançadas. Se o catastrophe da saúde Africana continua não abatido, podemos perder outras 72,000,000 vidas até nesta então. Isto é equivalente a toda nação morrendo dentro dum ano ou duma década. Muitos países Africanos tais como Botswana, Burundi, Eritrea, Gambia, Lesotho, Liberia, Libia, Namibia e Suazilandia têm populações dentre 1-8,000,000. Muitos dos países ilhas têm a população de menos de um milhão. Mesmo os países mais populosos da África, RDC, Etiópia, Kenya, África do Sul, Sudão com a excepção da Nigeria com 130,000,000, todos têm populações dentre 30-80,000,000. Isto não seria portanto um exagero para descrever acima de 120 milhões de mortes evitáveis entre 2001 e 2015 como genocida através da inacção. Neste caso e para cada vida perdida, a indiferença do governo para com a Saúde Pública seja uma equivalência dum “*Interehamwe machete*” ou a Camara de Gás do Nazi. Se tivéssemos a preparar memoriais para mortes evitáveis apenas de um ano, nós necessitaríamos de 100 Estádiums na África com a capacidade de 800,000 crânios para cada estadium para o silêncio vergonhoso, e um monumento para o governo sem responsabilidade.

A África Deve Unir! Mas para isto ter um significado da unidade não deve ser uma unidade dos mortos. Não deve ser uma unidade como um continente de cemitério.

Alcançando os 15% da promessa será uma indicação significativa que os líderes Africanos cuidem dos seus países e estejam preparados para viver até sua responsabilidade primária de manter os seus cidadãos vivos e saudáveis. Nenhum desenvolvimento sustentável e significativo da África poderá surgir sem o financiamento sustentável da assistência de saúde. Na verdade, o estado da saúde pública é o indicador do desenvolvimento social e económico mais significativo. Neste contexto, o Direito para a Saúde é um Direito mais crucial para todos nós – nós todos devemos estar vivos e bem, para podermos exercer quaisquer Direitos. Os mortos não têm Direitos - excepto talvez do ‘Direito à um enterro decente’

Para mais ilustrar a escala completa do desastre de saúde da África, não é suficiente para demonstrar somente a escala não priorizada de morte evitável. É crucial para demonstrar a escala da impotência da África e um exemplo vai bastar.

Sem trabalhadores saudáveis, nenhuma quantia de medicamentos que podem ser distribuídos aos cidadãos, e toda ajuda ‘estrangeiro’ é insignificante. Enquanto que muitos governos da África não têm nenhuma pista de quanto os seus países estarão perto da morte devido a falta de trabalhadores da saúde de todas as categorias.

A RDC com a população de 57 milhões, aproximadamente as populações dos Reino Unido, França e Itália, têm somente 5,827 médicos comparado com a França com 203,000, Itália com 241,000 e Reino Unido com 160,000. Mas não é simplesmente um caso de países mais desenvolvidos estarem capazes de formar mais trabalhadores de saúde, ou de roubar da África para fechar as suas faltas. A Cuba com a população acerca de 11 milhões mais ou menos igual a população de Malawi, Zambia or Zimbabwe. Mas a Cuba tem 66,567 médicos comparado com a expectativa de vida (77 anos) como os países dos G8, o Scandinaviana e outros países desenvolvidos, enquanto que a média de expectativa de vida para os países Africanos comparada é de 37 a 40 anos. Os sucessos da Cuba nas áreas da assistência da saúde e educação demonstra que isto pode ser feito. Apesar das

questões com o governo do Castro, os países do ocidente visitaram Cuba a fim de estudar como os cubanos conseguiram alcançar sucessos na sua saúde. Para poder alcançar de qualquer modo a proporção do paciente recomendado na saúde do trabalhador pela Organização Mundial da Saúde ou alcançar as Metas do Desenvolvimento do Milénio (MDM) baseadas na saúde destes países Africanos comparadas ao Cuba necessitarão de formar e contratar aproximadamente 59,000 médicos cada país em 8 anos, A RDC necessitará de formar e contratar 150,000. Os números dos enfermeiros ou enfermeiras, farmacistas e mais categorias dos trabalhadores da saúde são comparáveis no outro lado da fronteira. Isto deve ser a prioridade da África

Em outras palavras, não há alternativas do longo prazo no financiamento sustentável do país para construir os sistemas de Saúde Pública Africana incluindo trabalhadores da saúde e condições melhoradas da saúde e a sua remuneração, água limpa e fresca para beber, etc. Sem estes, África poderá alcançar o seu sonho da unidade continental, mas isto pode ser o paraíso dos tolos.

Estamos para uma África Unida. Mas deve ser a unidade de viver, e dum povo Africano saudável capaz de gozar os direitos civis, sociais, económicos e políticos – não é a unidade dos falecidos, dos mortos e de morrer.

Os sucessos da Unidade pode ser baseados no desenvolvimento com sucessos em que a saúde em a pedra fundamental

A Aliança Africana dos Direitos da Saúde Pública e a sua Campanha dos 15% Agora chama a você para ingressar o abaixo mencionado em assinar a petição chamando estados membros para cumprir o seu 15% Abuja promete como o primeiro passo genuíno em direcção ao Estados Unidos da África saudáveis

Artigo original publicado por Pambazuka News, 21 de Junho de 2007:

<http://www.pambazuka.org/en/category/comment/42108>

EQUINET chama para Abuja MAIS! EQUINET advoca para os governos alcançarem o seu compromisso de Abuja para 15% da despesa do governo à saúde excluindo financiamento externo, MAIS o cancelamento da dúvida para alcançar ao menos USD60 por capital sobre sistemas da saúde.

10. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 78: AGOSTO 2007 NOVOS RELATÓRIOS SUGEREM QUE AS POLÍTICAS DO FMI MINEM OS ESFORÇOS SOBRE SIDA, A SAÚDE E A EDUCAÇÃO Rick Rowden, Analista Político Senior, ActionAid International USA

As políticas do Fundo Monetário Internacional (FMI) estão a bloquear a escala das despesas públicas e o aluguer dos médicos, enfermeiros/as e professores. Os países Africanos necessitam de alcançar as metas do desenvolvimento e da saúde. Três relatórios recentes respectivamente do (EAI) - Escritório de Avaliação Independente do FMI, o Centro para o Desenvolvimento Global (CDG) e a Equipa Internacional de Educação da ActionAid sugerem que as políticas do FMI coloquem limites não razoáveis para as despesas disponíveis de ajuda e aumentar as despesas públicas através das políticas abundantemente austeras que faltam de justificação empírica

A missão do FMI é para manter a inflação sob controlo e promover a “estabilidade macroeconómica”. O acesso do País para ajuda do Banco Mundial e outra assistência

estrangeira bilateral é contingente sobre a aprovação com o “levantamento do polegar” do FMI sobre as políticas macroeconómicas. Os beneficiários multiplicadores de maiores investimentos na saúde pública e educação poderão levar 15-20 anos para aparecerem em forma de altas taxas do aumento do Peso Bruto Domestico -(PBD) e da produtividade. Cada opção da política macroeconómica tem os seus custos de curto e do longo prazo e benefícios, mas porque o FMI está sempre a exigir solvência fiscal do curto prazo em qualquer dada altura, muitas opções rasoáveis da política alternativa macroeconómica de aluguer de muitos médicos, enfermeiros/as e professores ou fazendo investimentos de longo prazo na saúde ou nos sistemas da educação não estão mesmo a ser permitidos para a consideração ou debate. Portanto será que as exigências do FMI estão bloqueando o aumento das despesas públicas necessitadas para lutar contra o SIDA e alcançara as MDM? Os três relatórios examinam estas questões.

O relatório do Escritório de Avaliação Independente (EAI) - O FMI e Ajuda para Africa Sub-Sahara” disponível no <http://www.ieo-imf.org/eval/complete/pdf/03122007/report.pdf>, programas examinados do FMI para 29 países Africanos da Sub-Sahara de 1999-2005 e encontrou percentagens significativas da ajuda estrangeira que não tinham sido programadas para serem gastas porque:

- acerca de 37 porcentos do aumento de toda ajuda anual foram desviados para construir níveis das reservas de moeda internacional. Mesmo países com as reservas suficientes da moeda, somente acerca de USD3 de cada USD10 no aumento de ajuda anual foram programados para serem gastos; o FMI redirijiu ou desviou o resto USD7 fora de cada USD10 por pagar o débito doméstico, construindo as reservas de moeda internacional, ou ambos. Tendo uma ajuda mais nova, não estando gasta, não foi certamente a intenção dos doadores, ou dos cidadãos nos países do doador.
- a despesa de ajuda foi reduzida devido a insistência do FMI sobre os níveis mais baixos da inflação. Os países que falharam para alcançar 5-7 porcentos da inflação por ano tinham sido permitidos para apenas gastarem 15 porcentos ou somente USD1.10 de cada USD10 do seu aumento anual de ajuda. Num seminário em Londres em Abril de 2007, Joane Salop, autor liderando este relatório, disse a equipa do relatório do EAI recomendou que 5-7 porcentos limiadas foi política operativa do FMI, deveria ser publicamente declarada e clarificada – mas a Direcção Executiva do FMI e a gerência recusaram as recomendações.

O relatório do EAI encontrou que a Direcção Executiva da FMI e a gestão senior não estiveram entusiasticos acerca da enfase dos doadores sobre “a redução da pobreza” ou novos esforços para aumentar ajuda e despesas das MDM. Sem a liderança poderosa dirigindo as mudanças de políticas reais neste aspecto, o relatório encontrou o pessoal revertido simplesmente na priorização da estabilidade macroeconómica sobre outras metas. Enquanto que a liderança do FMI estiver consideravelmente cautelosa sobre a despesa do deficit “amatoando” o crédito disponível do sector público, apesar de montar evidência do reverso, como notado por Sanjeev Gupta no relatório do FMI 2006 (“desafios macroeconómicos do aumento de ajuda à Africa: lista de inspecção dos médicos” FMI, 2006. p.26)

O relatório do CGD “Será que o FMI constringe as Despesas da Saúde nos Países Pobres? A evidência e um Agenda para Acção” encontram-se na http://www.cgdev.org/doc/IMF/IMF_Report.pdf adicionalmente explora a implicação da austeridade do FMI. Produzido por 15 especialistas nas posições da tomada de decisões nos países em via de desenvolvimento, academia, sociedade civil, e organizações multilaterais, revelam experiências de Moçambique, Ruanda e Zambia. O relatório encontrou os programas fiscais apoiados pelo FMI foram muitas vezes mais conservativos ou risco-avesso” e dirigiram para os gastos inferiores de ajuda do desenvolvimento, como não fizeram o suficiente para “explorar mais expansionário, mas ainda opções praticáveis

para as altas despesas públicas.” O relatório chama o FMI para explorar uma larga extensão das ações praticáveis.” com menos ênfase sobre negociar das condicionalidades de programa de curto prazo”.

O relatório da Equipa de Educação Internacional do ActionAid “Confrontando as Contradições: A escala da factura salário do FMI e caso dos professores”. (http://www.actionaidusa.org/imf_africa.php) encontrou que as políticas do FMI – por graus variados da influência em preparar o nível de fundos disponíveis dos salários dos empregados do sector público ou limites de “facturas salariais”-requer muitos países pobres para congelar ou reduzir o recrutamento de professores. Isto dirige para a falta severa e crónica persistente de professores. Em todos três países estudados, a redução da inflação e alvos da redução do deficit e o limite da factura salarial estão baixos demais para permitir os governos alugar professores suficientes a fim de alcançar 40:1 alunos-professor recomendado pela educação para iniciativas de toda trajetória rápida (*All-Fast-Track Initiative*) portanto comprometendo a qualidade de educação nestes países

Para a saúde e educação advogam aqueles que estão tentando desesperadamente maximizar orçamentos, salários e obter qualquer ultimo médico, enfermeiro/a e professor alugado, tal tomada de políticas económicas empíricas não encontradas é totalmente inaceitável. Uma array de opções da política de alternativas razoáveis do aumento das despesas públicas está sendo desnecessariamente omitido da consideração

O relatório de ActionAid chama para conselho do FMI para providenciar o âmbito das opções de política para que os governos e outros accionistas – incluindo parlamentos e a sociedade civil – possam fazer escolhas informadas acerca das políticas macroeconómicas, facturas salariais e o nível das despesas sociais.

O relatório também foca a contradição da política em crescimento dentro do sistema de ajuda estrangeira: como os países riquíssimos dos doadores tenta aumentar as despesas e ajuda estrangeira, também bloqueiam a habilidade de muitos países pobres gastarem aquela ajuda por causa dos programas de empréstimo do FMI que aprovaram. O editorial de New York Times do dia 4 de Julho de 2005 sumarizou apropriadamente esta contradição actual nas políticas do doador: “Existe uma necessidade desesperada para a coerência maior da política num período quando muitos governos nacionais, incluindo o Washington, estão exortando sensivelmente os governos Africanos a fim de gastar mais na assistência primária da saúde e educação, enquanto que as instituições financeiras internacionais controladas em grande escala pelos mesmos governos Ocidentais têm estado a pressionar os países Africanos para encolher folhas de pagamento de salários dos seus governos, incluindo professores e trabalhadores da assistência da saúde”

11. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 79: SETEMBRO 2007 PROMOVENDO CHAMADAS DA SAÚDE PÚBLICA PARA HABILIDADES MAIS AMPLAS DA SAÚDE K Tibazarwa

Com maiores desafios da saúde pública que estão encontrados em Africa, fazendo progresso na saúde pública exige claramente uma expansão significativa das habilidades da saúde pública. Enquanto que os trabalhadores da saúde estão fazendo esforços incansáveis a fim de endereçar doenças evitáveis a nível do continente, e existe muitas experiências de sucessos, revitalizando os sistemas orientados de assistência primária da saúde chamam para as habilidades e a liderança revitalizada da saúde pública.

Parte do desafio está preenchendo as lacunas criadas pela migração de fora. Numa conferência realizada nos meados do Junho de 2007 sobre Sustentar o Desenvolvimento da Africa através da Educação da Saúde Pública, anfitriado pela Universidade de Pretória para Sistemas da Saúde e Saúde Pública pelo Catedrático Erich Buch Assessor da Saúde para a "NAPED", representou a predominância da situação do trabalhador da saúde em Africa, incluindo a extensiva drenagem do cerebro, financiamento baixo e insuficiente, muitas vezes pessoal inadequadamente compensado. Ele realçou a necessidade de mudar o foco das respostas correntes tomando lugar de país em país para construir respostas amplas continentais, informadas pela visão, liderança, e energia. A liderança exige habilidades da saúde pública, e o Catedrático Buch afirmou que construir 'centros de excelencia e rede de actividades em Africa são chaves... para fortalecer a capacidade da saúde pública nas escolas públicas e instituições a nível do continente'

A reunião discutiu as opções de como alcançar isto. Com os recursos financeiros e institucionais limitados, os governos e as instituições podem ser maximizados o que está disponível através de compartilhar a pericia Africana existindo a nível das organizações e países, e fortalecendo programas formais da mentoria para os médicos da saúde pública. Isto necessita de ser apoiado pelos investimentos em tecnologia amigável a fim de apoiar a comunicação, colaboração e a rede de trabalho entre instituições de pesquisa, e estimular a pesquisa colaborativa e forums de discussões e fortes sistemas de "alumni".

A rede de actividades entre instituições e profissionais em Africa é as vezes mais fraca do que entre Africanos e colegas no mundo desenvolvido. Construindo as redes de actividades Africanas necessita um apoio activo e investimento. Uma área chave das preocupações levantadas na estratégia da "NAPED" é de estabelecer e manter um inventário da capacidade de educação da saúde pública em Africa, facilitando o nivelamento e acreditação de instituições de formação e encorajando metodos inovativas de formação e o uso de apreendizagem baseada na tecnologia. Como declarado pelo Catedrático Buch " Nós precisamos de...construir a capacidade do custo mais eficaz no continente'

Na linha destas metas, a AfriHealth Project (o Projecto da Saúde Africano) na Universidade da Pretória completou recentemente um projecto de mapeamento de três anos da educação da saúde pública e instituições de formação na Africa do Sul. O projecto desenvolveu uma base de dados dos trabalhadores da saúde pública e educadores para informar colaborações em Africa. Enquanto que o Mapeamento focalizou sobre a Africa do Sul, a informação será útil para fortalecer a rede de actividades individuais e das instituições em Africa e compartilhar estes recursos institucionais. "The AfriHealth Project" procura assegurar a Direcção da Saúde Pública Pan Africana que é efectiva, inclusiva, apoiada cientificamente e politicamente, e com bons recursos. O projecto já identificou a importância estrategica de desenvolver uma abordagem continental para melhorar a saúde pública em linha com as novas realidades sócio-políticas, fortalecendo a capacidade da saúde pública através da rede das actividades individuais, institucionais e programas, e promovendo tecnologia apoiada de apreendizagem e comunicação.

Estas iniciativas não vêem o escassez das habilidades correntes como um bloco insuperável para o desenvolvimento de novas habilidades. Mentores podem ser desenhados a partir das instituições academicas existentes. Mas a educação da saúde pública deve mover além das universidades, a fim de providenciar outras habilidades não sempre disponíveis na educação da universidade, tais como para a sensibilidade cultural na pratica da saúde, ou da gestão estratégica. Cursos curtos para os médicos da saúde pública podem também atravessar lacunas entre níveis diferentes da entrada e Licenciado na Saúde Pública. Educadores da Saúde Publica e também os pesquisadores devem atravessar a lacuna em pesquisa para reduzir a desistência da taxa em cursos de Licenciaturas.

Existe desafios novos e emergendo para a saúde pública no meio ambiente global mudando rapidamente. O conteúdo da formação em saúde pública necessita de enquadrar as novas necessidade e oportunidades para acção em saúde pública

As questões de género têm maior impacto sobre a saúde no continente, e as Instituições deveriam incluir o género no currículo da saúde pública. Melhorando os direitos das mulheres, eliminando a violência contra mulheres e promovendo mais os direitos da saúde, chama geralmente para o reconhecimento do papel central desempenhada pelas mulheres em providenciar os cuidados da saúde. Isto não apenas significa olhando nas funções das mulheres. Como verificou Dr. Alena Petrakova da OMS em Genebra na Cimeira , lançando o género no desenho do currículo da saúde pública e Desenvolvimento também significa envolvendo os homens e exminando o teu impacto sobre a saúde. A Rede de Actividade Africana para os Educadores da Saúde Pública sobre o Género recentemente formada está considerando como o género está sendo lançado no currículo da saúde pública sobre a base sustentável.

Alcançando os compromises estabelecidos no continente e aqueles estabelecidos globalmente, como as Metas do Desenvolvimento do Milénio, chamam para as habilidades claras para melhor proteger, usar e promover os recursos da saúde na região. Mais foco foi diretamente colocado no contratar e avaliar os trabalhadores da saúde. Além disto, preocupações iguais estão sendo expressadas no continente do que para aqueles que trabalham nos sistemas de saúde Africana estejam adequadamente equipados em todos os níveis com conhecimento e habilidades para dirigir respostas efectivas e inovativas para os desafios da saúde pública do continente.

12. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 80: OUTUBRO 2007 RECLAMANDO OS RECURSOS PARA SAÚDE O Comité Executivo do EQUINET

Já cresceu a consideração global para equidade e para a África. O Relatório do Desenvolvimento Humano das Nações Unidas de 2006, o relatório das NU de 2005 sobre a Situação Social Mundial e a Revista de Desenvolvimento do Mundo do Banco Mundial de 2006 focalizou sobre as desigualdades e equidade, enquanto a Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde reportarão em 2008 sobre um inquérito global dentro das opções para melhorar a equidade da saúde através de acção sobre os determinantes sociais da saúde. África tem sido o foco das Comissões e programas especiais. Em 2007, o Director Geral da Organização Mundial da Saúde expressão que a saúde melhorada em África eram umas das prioridades superiores.

Dentro da África milhões de pessoas sofrem da privação dos direitos básicos prioritários que são a água, a casa e a comida, milhões de crianças já perderam pais devido a morte prematura dos adultos, a maioria não tem rendimentos seguros e muitos vivem em situações de conflitos e transtornos. Também dentro do continente, os trabalhadores da saúde, os professores e os outros providenciam serviços valiosos, os oficiais do estado e o pessoal da universidade encarregam-se sobre muitas tarefas intensivas com os recursos limitados, e a sociedade civil e as organizações comunitárias implementam meios inovativos locais de melhoramento da vida.

Uma lacuna enorme continua a existir entre a consideração global e a realidade local.

No dia 23 de Outubro de 2007, EQUINET está inaugurando uma nova publicação – uma análise da Equidade na Saúde na África Oriental e Austral. O livro, “Reclamando os

Recursos para a Saúde: Uma análise regional da equidade na saúde na África oriental e austral” explora os desafios e as opções de superar desigualdades persistentes na África Oriental e Austral (AOA). É escrito pelo Comité Executivo da EQUINET e juntamente publicado pela EQUINET com três editoras Africanas nomeadamente: “Weaver Press-Zimbabwe, Fountain Publishers-Uganda e Jacana publishers-South Africa.

Este livro apresenta uma síntese de evidência coletada num âmbito de fontes, incluindo oito anos de trabalho na EQUINET, literatura publicada sobre a região e da região, informação retirada primariamente do governo, inter-governamental, em particular a União Africana e fontes das NU e o menos documentado comumente e experiências ouvidas dentro da região, encontradas na literatura cinzeta, nas entrevistas e cartas de recomendação e coletadas através de processos participatórias. Na análise, nós não procuramos para simplesmente descrever a nossa situação, mas compreendê-la em muitas formas que gera e informa as acções afirmativas a partir da região e dentro da região

A evidência na análise aponta à três formas em que “reclamando” os recursos para a saúde pode melhorar a equidade da saúde:

- para as pessoas pobres reclamar uma porção justa dos recursos nacionais a fim de melhorar a sua saúde;
- para uma mais justa regresso da economia global aos países da AOA para aumentar os recursos da saúde; e
- para o maior compartilhamento dos recursos nacionais e globais para serem investidos nos sistemas re-distributivos da saúde para poder superar os efeitos da pobreza e da má-saúde.

A região tem um potencial económico e social para endereçar as suas maiores necessidades. Porém o crescimento melhorado tem ocorrido frequentemente com indicadores do desenvolvimento baixando e o aumento da pobreza. Em muitos países da AOA, alargando as desigualdades nacionais em riquezas, bloqueam agregados familiares pobres dos benefícios do crescimento, enquanto os recursos substanciais fluem para fora da Africa, deixando a maioria do seu povo na pobreza, e depauperando os recursos da saúde. A análise adiciona a evidência para o crescimento do chamamento para uma forma mais justa da globalização, e o regresso mais justo da economia global para Africa. O relatório mapea o negócio, o investimento e as políticas de produção e medidas que tenham o forte impacto de saúde pública, as opções para endereçar fluem, e promove o acesso a comida, assistência da saúde e medicamentos, dentro de políticas económicas e de negócios. As medidas nacionais que re-distribuem estes recursos para o mais amplo ganho económico e social providenciam pistas para o uso equitativo dos fundos libertados do cancelamento do débito, termos melhorados de negócios, aumento de financiamento externo e outras medidas globais.

Enquanto muitos destas acções estendem-se fora do sector da saúde, a análise argumenta que os sistemas da saúde podem fazer diferenças, por intermédio de providenciar a liderança, formando normas sociais alargadas e valores, demonstrando impactos de saúde e promovendo trabalho a nível dos sectores

Desenhando sobre uma diversidade de evidência e experiência a partir da região, a análise descreve os cuidados orientados, abrangentes primários da saúde, centrados nas pessoas e nos sistemas de saúde publicamente dirigida que têm sido encontrados para melhorar a saúde, em particular para os mais desvantajosos com necessidades mais ampla da saúde. Enquanto que o escassez e abordagens selectivas enfraqueceram estes sistemas universais nas décadas recentes, as lições apresentadas no tratamento e prevenção do combate ao HIV/SIDA continuam a demonstrar a sua relevância, particularmente a nível do distrito

A persistência da desvantagem no acesso aos cuidados de saúde naqueles que têm necessidades altíssimas é de facto uma preocupação. A análise explora a razão disto, dentro da forma em que os sistemas da saúde são criados e organizados, e as barreiras que as pessoas desvantajosas enfrentam por usar os serviços da saúde.

Endreçando estes problemas demanda um sector público fortalecido na saúde pública. A média de despesa corrente sobre os sistemas da saúde na região está abaixo dos custos básicos para o sistema funcional de sistema de saúde, ou mesmo para mais intervenções para a maior carga da saúde pública. Portanto uma prioridade é para os governos encontrar como o compromisso largamente ainda não está alcançado, feito em Abuja para 15% de despesa do governo sobre a saúde, excluindo o financiamento externo. Contudo, nós argumentamos que, para “Abuja MAIS” para a distribuição internacional sobre o cancelamento do débito e para uma divisão significativamente maior desta despesa do governo para ser alocada aos sistemas distritais da saúde.

Opções progressivas são apresentadas pela análise em mobilizar estes recursos domésticos adicionais para sistemas da saúde sem encarregar agregados familiares pobres, e por aumentar despesas nos sistemas de assistência primária e distrital da saúde. Uma das áreas do aumento das despesas é nos trabalhadores da saúde. Sem trabalhadores da saúde não há nenhum sistema de saúde. Na face das faltas massivas e fluxo massivo significativo dos trabalhadores da saúde, a análise explora os países incentivos na região estão usado para formar, contratar e assegurar o trabalho efectivo e motivado dos trabalhadores da saúde e as capacidades estratégicas e o papel dos trabalhadores da saúde em desenhar e implementar estes planos.

Estas abordagens não estão sem desafio, quer dos élités locais, competir abrodagens ou das pressões globais de negócios. Porém a saúde é um direito humano universal, e as convenções internacionais e regionais chamam para uma ‘linha do fundo’ dos direitos e obrigações a fim de proteger a saúde do povo. Uma base para o potencial positivo em adquirir a equidade na região está numa pressão social significativa para estas metas, e os recursos sociais, as redes de actividades e capacidades que existe para alcança-las. A análise aponta para muitas formas de sistemas da saúde possam actuar para empoderar o povo, estimular acções sociais e criar constituintes poderosos para adiantar interesses públicos na saúde. Utilizando estes potenciais chama para uma forma robusta e sistemática da democracia participativa e uma sociedade mais organizada e informada colectivamente.

Para campear estes valores, políticas e medidas, a fim de monitorar o progresso e aumentar a responsabilidade, a análise propoe um jogo de metas e indicadores que sinalizam o progresso nas dimensões da equidade de saúde e alcançar compromissos regionais e globais. EQUINET, como uma rede de actividade de instituições na região, está comprometida em impelmentar e apoiar a construção de conhecimento, habilidades e apreender para alcançar estas metas.

A análise está apresentada como recursos para o povo, para instituições e para alianças trabalhando dentro e além da região em direcção as metas do melhoramento da saúde e a justiça social. A EQUINET como uma instituição na região, por si própria permanece comprometida em gerar conhecimento, facilitando o dialogo e análise, e apoiando as práticas de distribuição destas metas dentro da região.

O livro “Reclamando os Recursos para a Saúde” está disponível depois da sua publicação no dia 23 de Outubro, da EQUINET (admin@equinetafrica.org) ou das suas editoras na região (Weaver Press, Fountain Publishers and Jacana).

**13. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER #81: NOVEMBRO 2007
FECHANDO A LACUNA: DA IMPLEMENTAÇÃO À PUBLICAÇÃO
DA PESQUISA EM AFRICA
Rebecca Pointer, Rene Loewenson, Training And Research
Support Centre**

Esta semana passada o "Global Forum for Health Research (GFHR)" realizou o seu 11º Fórum Anual em Beijing, atraindo centenas de pessoas em volta do mundo. O Fórum Global para a Pesquisa da Saúde (GFHR) advoga para a maior equidade na pesquisa da saúde, notando que enquanto os países em via de desenvolvimento carregam a carga pesadíssima da saúde; eles comandam apenas uma fracção do financiamento de pesquisa da saúde global. Sob o tema de "Acesso Equitativo: Os desafios da pesquisa para a saúde nos países em via de desenvolvimento" O 11º Fórum ouviu que os compromissos para o melhoramento de saúde não serão alcançados sem os investimentos significativamente maiores nos sectores da saúde dos países de baixo rendimento.

De acordo com o Stephen Matlin, o Director Executivo do Fórum, globalmente acerca de USD\$125 bilhões por ano esta sendo gasto sobre a pesquisa da saúde, o aumento de quatro-dobrado sobre os passados 20 anos, "Apesar do aumento, uma fracção relativamente pequena do total é dedicada aos problemas da saúde para o pobre e para o povo vivendo nos países em via de desenvolvimento".

Novos recursos para a saúde estão sendo feitos disponíveis, dando atenção a quem está influenciar o seu uso? A que ponto as comunidades nos países de rendimento baixo influenciam novos investimentos, em particular para com as suas necessidades de saúde? Quanto tempo que a nova despesa será influenciada pelo conhecimento gerado a partir destes países? No mundo de competição de abordagens, como é acessível e notório o conhecimento local dentro de fóruns políticos?

Existe a causa para a preocupação quando a evidência sugere que o problema do financiamento inequitativo da pesquisa é composto pelas desigualdades semelhantes na publicação da pesquisa. A revista recente da publicação de pesquisa pelo Smith Esseh (2007) the "Strengthening African Research Culture and Capacities Project" significando "Fortalecendo o Projecto de Capacidades e Culturas da Pesquisas Africanas" encontrou que a disseminação de desenvolver recomendações da pesquisa do país está decair. 'Africa é o segundo maior continente, e tem mais de 900 milhões de pessoas, e portanto deveria ser o líder mundial na bolsa de estudo global. Em 1960-1979 o editorial erudito iniciou a desenvolver-se na Africa, um resultado de ganhos na independência política e social. Portanto, em 1980-1985 o editorial erudito chegou ao seu ponto culminante. A partir de 1986 até nesta dada altura, o editorial erudito em Africa tem estado a rebaixar com estabilidade (<http://scholarlypublishing.blogspot.com/2007/07/strengthening-african-research-culture.html> ; <http://ocs.sfu.ca/pkp2007/viewabstract.php?id=83>). As desigualdade não estão somente Norte-Sul: também existem dentro da Africa. O editorial erudito em Africa foi encontrado estar concentrado em apenas sete países, responsabilizando por 75% do o editorial erudito no continente, enquanto que outro quarenta e cinco países prestam contas para apenas 25%.

Para Africa Oriental e Austral, seria importante fazer o acompanhamento se tal recomendação também segura para o editorial erudito na saúde. A publicação é vital para as recomendações da pesquisa para alcançar grande número do público, para a revista dos pares e para construir uma direcção acessível do conhecimento local e regional a fim de informar a política. As ligações não são sempre directas, mas está claro que o trabalho nao publicado permanece escondido do processo da política.

Neste discurso da abertura para a 22ª Conferência Científica da Junta Annual do Instituto Nacional para Pesquisa Médica em Arusha, Tanzania realizada no dia 07 de Março de 2007, o Ministro Tanzaniano da Saúde e Acção Social, David Mwakyusa descreveu o problema: Os pesquisadores deve saber que se não podem distribuir eficientemente e efectivamente aos accionistas as suas recomendações da pesquisa, então falharam para cumprir com o seu mandato. De facto, as recomendações da pesquisa não-disseminadas não somente que tornam inútil mas também faz com que a nação tenha multiplas perdas; gasto de um tempo muito precioso, a perda de fundos investidos no trabalho e a força humana, a perda de produtividade e a perda para acção social do povo.

Assegurando a disseminação efectiva da pesquisa e o conhecimento, é deste modo mesmo mais importante em Africa, onde os recursos da pesquisa são inadequados relativa à cargas de saúde. Porém o maior progresso global feito em acesso à informação na década passada permanece evasivo para muitos profissionais da saúde, especialmente aqueles trabalhando nos distritos rurais e serviços primários dos cuidados de saúde, que ainda lutam para ter acesso a / ou disseminar informação. De acordo com Couper e Worley (2007), 'A distribuição desigual de cuidados da saúde entre os mundos desenvolvidos e em via de desenvolvimento é enquadrada com uma distribuição desigual semelhante da informação da saúde [e ainda] os problemas da saúde da Africa são quase provavelmente para ser resolvidos por pessoas dentro de e da Africa, que sabem a questão certa para ser perguntada para obter soluções práticas e podem então ter acesso à informação necessária' (<http://www.rrh.org.au/articles/subviewafro.asp?ArticleID=644>)

Os trabalhos eruditos Africanos são pobremente distribuidos, mal negociados, e dificil de acesso. Fraco acesso à informação tem sido encontrado ser um dos factores conduzindo trabalhadores habilitados da saúde fora do serviço nas áreas remotas. Os pesquisadores lutam para ter acesso à literatura científica. Os números em circulação para os jornais Africanos são mesmo baixos. Smith Esseh (2007) reporta por exemplo para as universidades Africanas tenham orçamentos muito baixos para acessos aos jornais e publicações, partindo de um orçamento de 50 centimos americanos cada estudante em Ghana, para USD2.66 por estudante Cape Coast e ao maximo de USD9.00 por estudante Dar es Salaam. A falta de jornais tem duas formas de efeitos, limitando o acesso à pesquisa internacional na Africa e limitando a disseminação do trabalhos da Africa. Os pesquisadores Africanos já focaram em fóruns da EQUINET outros muitos desafios que enfrentam em ter a sua pesquisa publicado, incluindo as barreiras linguísticas, falta de confiança e mentoria em publicação, falta de exposição aos jornais e habilidades da escrita. Reconhecendo isto, EQUINET aumentou o seu investimento em apoio para publicação da pesquisa produzida na rede de actividade e a capacitação da habilidades da escrita dentro e a nível das suas redes de actividades. O Workshop recente da EQUINET sobre a Escrita para a Publicação Científica realizado em Lilongwe, Malawi em Outubro de 2007 realçou a importância dos pesquisadores identificando as metas da disseminação na fase inicial da pesquisa, e de fortalecer capacidades da disseminação dentro de todos programas de pesquisa.

Em todo caso, as barreiras que nós descrevemos vão além das capacidades dos pesquisadores individuais. Também surgem nas oportunidades disponíveis em terem acesso e disseminar informação. Desenvolvimentos globais têm dado algumas causas sobre optimismo. O aumento massivo no uso do internet na Africa, por 625% nos passados 7 anos, sugere novas opções de acesso e disseminação da pesquisa. Editorial de jornais actualizados e abertura de acesso à publicação já tem crescimento na saúde, oferecendo novos canais para a publicação e novas oportunidades para os pesquisadores Africanos obterem informações. A list em crescimento de jornais Africanos de saúde encontrarm na "African Journals Online" (<http://www.ajol.info/>) sugerem que as velhas barreiras posadas pela produção da impressora serão menos de um factor limitante do que foram no passado.

Isto levanta novas perguntas de como evitar diferenciais em acesso ao internet tornar uma base para diferenciais sociais em influência sobre as políticas de saúde. Ao mesmo tempo como os pesquisadores do “GHRF” estavam a reunir em Beijing, uma Cimeira para políticos Africanos, os líderes internacionais e os líderes da Indústria de Tecnologia de Informação (IT) reuniram em Kigali, Rwanda no dia 31 de Outubro de 2007. Verificaram que menos que 4% dos Africanos têm actualmente a conexão do Internet. Uma meta foi estabelecida nesta reunião para inter-conexão com linhas da banda larga “*broadband lines*” dos capitais de todos estados Africanos até 2012. Como para com outros recursos da saúde, acesso equitativo para esta ligação vital de informação a nível da comunidade de pesquisa da saúde em Africa, incluindo aquelas nos locais rurais de baixo rendimento dependerão da política pública e investimento para poder fazê-lo mais amplamente acessível dentro e além destas cidades capitais, e medidas específicas para estimular a sua compreensão fácil no uso à distância ou de longe e o uso efectivo dentre aqueles actualmente marginalizados.

14. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 81: NOVEMBRO 2007 EQUINET PUBLICA LIVRO: RECLAMANDO OS RECURSOS PARA SAÚDE TARSC, Secretariado do EQUINET

- Porque a esperança da vida em alguns países na nossa região é 40 anos mais longa do que outros?
- Como sentimos bem em encontrar compromissos feitos pelos nossos líderes para gastar 15% do orçamento do governo sobre saúde?
- O que podemos fazer sobre a perda de trabalhadores da saúde devido à migração?

Estas questões são discutidos em novo livro publicado pela EQUINET “ Reclamando os Recursos para Saúde: Uma análise regional da equidade em saúde na africa oriental e austral” lançada na região em Lilongwe, Malawi no dia 23 de Outubro de 2007, num evento anfitriado pela REACH Trust Malawi e Malawi Health Equity Network, duas instituições membros do Comité Executivo da EQUINET. O livro foi oficialmente lançado pelo Sr. Chris Kang’ombe Secretário Principal da Saúde, com a Representante do Comité Parlamentario da Saúde Honrado Austin Mtukula, e Oradores da região, seguidos pela dança e teatro apresentando desafios da saúde nas comunidades. Hastings Banda do “REACH Trust” presidiu a sessão, participado pelas pessoas trabalhando para a saúde em Malawi e delegados de sete dos 16 países da Africa Oriental e Austral

Depois dum Bem-Vindo por Bertha Simwaka Director do “REACH Trust” e ulima apresentação do EQUINET pela Rene Loewenson dando o perfil do âmbito do livro, três oradores da região realçaram adicionalmente as questões levantadas.

Moses Mulumba, um Advogado com a Faculdade dos Direitos na "Makerere University Uganda:" deu o perfil como os direitos à saúde não são muitas vezes respeitados nas políticas económicas e de negócios. Isto dirigiu aos esforços explicitos na Uganda a fim de influenciar negociações sobre acordos de negócios como “*Economic Partnership Agreements*” (Acordos da Parceria Económica) sensibilizou os oficiais de negócios, e preparou linha de orientações dos direitos humanos para áreas de negócios, tais como as práticas das empresas farmaceuticas em relação ao acesso aos medicamentos e advogar para avaliação do impacto da saúde nos acordos antes de assiná-los.

Bona Chitah da “University of Zambia” descreveu as tentativas da Zambiapara alcançar “sonho e até aos nossos níveis para bem do povo” Reconhecendo que os Zambianos têm o direito para melhor saúde, ele descrever os esforços de re-distribuir os recursos da saúde

melhorar acesso aos serviços da saúde e assegurar um sistema de saúde horizontalmente integrada e holística. Revistas recentes das políticas de compartilhar custos mostraram como levantam barreiras e custos para pessoas pobres, guiar a Zambia para abolir as taxas do usuário e procurar recursos financeiros aumentados das fontes internacionais da saúde. Ele apontou para um número de desafios ainda para se endereçar em alcançar justo financiamento para a saúde: “Estamos acordando para a realidade que estamos nela para a longa caminhada... para construir a ponte entre o corrente e o sonho...”

Kathne Hofnie-Hoebes da “University of Namibia” realçou a necessidade de utilizar o potencial para acção de saúde que existe dentro das comunidades. Estar de acordo com experiências numa comunidade marginalizada num povoado informal em Namibia, ela descreve como usar reflexão participativa e abordagens de acção que podem construir respeito entre comunidades e trabalhadores da saúde e podem construir confiança para a comunidade para actuar.

Também foram apresentadas as experiências do Malawi. Honrado Austin Mtuluka Membro do Parlamento e Representante do Comité Parlamentar da Saúde, descreveu a advocacia pelos parlamentares para a equidade de saúde no orçamento e processos legais. Isto produziu ganhos: Malawi já teve progresso em alcançar a meta do Abuja 2007, com a subida de 8% do orçamento total para 14% do total para 2007/8. Os Parlamentares também estiveram envolvidos em desenhar a nova Lei sobre HIV/SIDA, atrair experiência da região. Ele comentou que a troca de informação entre Parlamentares a nível da região foi útil em fortalecer as funções do Parlamento e capacidades de enfrentar inequidade da saúde.

Finalmente o Secretário Permanente para Saúde do Ministro da Saúde de Malawi, Sr. Chris Kang'ombe, oficialmente fez o lançamento do livro. Ele reconheceu os desafios significativos em alcançar as Metas do Desenvolvimento do Milénio globais em Africa, e a importância de pesquisadores da rede de actividade, tomadores de políticas, oficiais e membros da sociedade civil em promover equidade da saúde e cooperação regional. Ele observou, “A perspectiva que guia o relatório sendo lançado hoje está baseado em valores compartilhados da equidade e justiça social em saúde e o espírito de auto-determinação

Ele apontou para o livro como uma fonte relevante de evidência e análise, e fez ligações entre temas no livro e as áreas do foco para o Desenvolvimento exposto na Estratégia de Desenvolvimento e Crescimento do Malawi, cuja tema global é ‘Da pobreza a prosperidade’. O livro atrai da experiência regional: as estratégias aplicadas em Malawi, tais como a provisão do pacote essencial da saúde seja discutida, juntos com discernimento e opções para o melhoramento da equidade em caso para estes serviços. Nas suas palavras, “ Eu gostaria de encorajar e desejar cada um de nós trabalhando no sector da saúde e mais além para termos a certeza de que temos a cópia deste relatório...Vamos participar na implementação das actividades e das recomendações estabelecidas neste relatório a fim de reduzir as desigualdades que existem actualmente em Malawi e na região da Africa Oriental e Austral”

Um tempo depois da inauguração foi celebrado por batuques, canções e dança fazendo a entrada do grupo teatral chamado “Paradiso Home Based Care dance group”. As canções do grupo reforçaram as mensagens em volta sobre a saúde das pessoas, com alguns indivíduos do publico juntando-se ao grupo, dançando. “The Tipya Drama Group” um grupo comunitário em Lilongwe, fez uma drama sobre as expectativas das comunidades pobres para assistência da sua comunidade, e a necessidade das comunidades, dos trabalhadores da saúde e dos planificadores terem dialogo em endereçar estas necessidades. O grupo de drama interpretou mensagens do livro por seu próprio contexto, com modelo de danças locais!

O lançamento em Malawi era uma 'plataforma de lançamento' a fim de disseminar evidência e experiência sobre a equidade da saúde da região e acerca da região contidas no livro. Os desafios da equidade da saúde em Malawi, como em outros países dentro da região, são significantivos. O lançamento enviou sinais bem claros, contudo, duma intenção afirmativa, recursos e opções sociais para actuar nestes desafios a partir da região e dentro da região.

15. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 82: DEZEMBRO 2007 O QUE NÓS PRECISAMOS DE FAZER PARA PODERMOS MANTER OS TRABALHADORES DA SAÚDE EM AFRICA?

Yoswa Dambisya, University of Limpopo

Reconhecimento da crise dos trabalhadores da saúde em Africa já estimulou o debate sobre quais os trabalhos para dispôr e reter os trabalhadores da saúde em níveis críticos dos sistemas de saúde Africana. Muitos dos países da Africa Oriental e Austral sofrem uma falta crítica dos trabalhadores da saúde com menos que 2.5 trabalhadores profissionais da saúde por 1000 pessoas, menos que o nível precisado para as mais necessárias intervenções da saúde. O escassez tem contribuído para a persistência das altas cargas de doenças e sistemas de saúde pobremente desenvolvidos. Estes factores juntos com sistemas de má-gestão e a falta de apreciação dos trabalhadores da saúde conduzem para perdas adicionais dos trabalhadores de saúde em ciclos violentos. Com uma mulher Malawiana tendo uma probabilidade de morrer durante o parto isso é 130 vezes maior do que aquela da sua contraparte Americana e vacilando o progresso para alcançar metas do desenvolvimento do milénio na região, actuando nesta crise do trabalhador da saúde tornou-se uma materia de preocupação global. Enquanto muitas políticas e estratégias estão sendo propostas, respondendo a pergunta, o que faz com que os trabalhadores da saúde permaneçam nos sistemas da saúde Africana, providencia uma direcção para acção.

Muitos factores responsáveis pela falta dos trabalhadores da saúde, especialmente aqueles relacionados à migração global dos trabalhadores da saúde, estão fora do controlo dos países individuais na AOA e chama para uma acção mais ampla internacional. Em todo caso, existe muitas maneiras importantes em que países da AOA podem actuar para dispor e manter os trabalhadores da saúde nos sistemas da saúde na região, e existe aprendizagem para trocar a partir da combinação de incentivos a serem usados com graus variados de sucessos para contratar pessoal disponível.

Como uma medida imediata muitos países estão utilizando incentivos financeiros como aumentos salariais e subsídios para enviar sinais antecipados para atrair ou deter perdas dos trabalhadores da saúde. Estabilizar e sustentar estes, incluindo nos meios-ambientais mais inflamatórios, um âmbito de incentivos não-financeiros estão sendo também usados, tais como oportunidades relacionadas caminhos da formação e carreiras, casas, transporte, facilidades de assistência à criança, comida gratuita, centros de assistência ao trabalhador, melhoramentos das condições de trabalho, melhores facilidades, segurança no local de trabalho, melhoramentos em gestão e sistemas de informação de recursos humanos.

Reconhecer contextos específicos afectando abrodagens usados nos países, portanto, existe âmbito de aprendizagem do impacto das medidas sendo usadas na região.

A estratégia da retenção dos trabalhadores Malawianos da saúde, é uma combinação de incentivos financeiros e não-financeiros através de programa de seis anos dos recursos humanos de emergência de USD272 milhões com apoio orçamental do Governo do Malawi,

o Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID) e O Fundo Global para o SIDA, Tuberculose e Malaria.

Combinando estes significativos fontes do orçamento, as medidas conseguiram (ao menos em curta prazo) superar a falta massiva absoluta a nível do sistema no seu todo e atrair e conservar os trabalhadores da saúde em Malawi. Alguns incentivos endereçam os factores que empurram trabalhadores for a de sistema da saúde mais directamente. A Suazilândia responde por exemplo para a alta carga do HIV/SIDA dentro a mão-da-obra da saúde através de estabelecimento de centros do bem-estar para os trabalhadores da saúde em colaboração com “*Swaziland Nursing Association*”(Associação de Enfermagem da Suazilândia) e “*International Council of Nurses (ICN)*”(Conselho Internacional de Enfermeiros/as). Alguns países já reduziram a burocracia atrasando o recrutamento de trabalhadores da saúde. Tanzania e Kenya por exemplo têm envolvido parceiros dos sectores privados implementar os planos mais facilmente administrados de aluguer de emergência para áreas mais necessitadas.

Muitos países enfrentam questões de migração interna e usam incentivos para reter mais efectivamente os trabalhadores nas áreas remotas ou não-desejadas. Por exemplo, Zambia tem estado atrair o pessoal para zonas rurais usando um pacote abrangente de incentivos financeiros e não-financeiros, originalmente par aos medicos mas actualmente estendido para outros trabalhadores da saúde. Uganda fez o serviço do governo mais atractivo do que os sectores privados por intermédio de aumento salarial e incentivos não-financeiros como oportunidades de treinamento, apoio para pesquisa e “*Yellow Star Award programme*”(programa de prêmio de Estrela Amarela isto é de ouro) que reconhece facilidades que têm desempenho consistentemente excelente. Africa do Sul tem usado incentivos financeiros numa forma de subsídios de habilidades escassas e rurais para as áreas subdesenvolvidas, em adição ao serviço comunitário obrigatório.

Implementando estes incentivos e monitorar o seu impactos chamam para habilidades da gestão estratégica melhorada com amior flexibilidade a fim de responder à condições rapidamente em mudanças. Um número de países já estabeleceram Direcções e Comissões de serviços autonomos de saúde para providenciar a flexibilidade. Isto teve resultados misturados, dependendo dos recursos e poderes que estas direcções possuem. “*The Zambian Health Service Board*”(A Direcção Zambiana dos Serviços da Saúde) teve um início difícil largamente porque mais poderes permaneceu com a comissão central de services públicos. “*The Uganda Health Service Commission and the Health Board in Zimbabwe*”(A Comissão Ugandesa de Servicos da Saúde e a Direcção da Saúde em Zimbabwe) foram reportados para funcionar mais efectivamente através do seu impacto sobre os resultados do trabalhador da saúde ainda não foram bem avaliados. Abordagem que envolveram através de consulta com todos os acionistas, incluindo os trabalhadores da saúde e os parceiros de desenvolvimento, que estão ligados aos planos estratégicos e financiados a partir do orçamento nacional ou dos fundos angariados “*pooled funds*”, em vez de projecto verticais, têm tencionado ter mais sucessos. Projectos verticais sofreram por falta da continuidade e sustentabilidade.

Enquanto que a experiência está crescendo na região em volta dos incentivos para a retenção, avaliação, e compartilharmos o quê que funciona e o quê que não funcionam é constrangidos por falta de documentos sistemáticos, a monitoria limitada e o mecanismo de avaliação. Fracassos em monitoria e sistemas de revisão. Conto de sucessos e factores de sucessos não são de facto localmente bem reconhecidos ou acessíveis aos outros países. Fracassos em monitorar e revisar sistemas também atrasam a resposta para resultados não antecipados negativos dos projectos. Por instância na Uganda e Tanzania, nos ambos, a introdução para melhorar o pagamento dos trabalhadores da saúde do sector público foi acompanhado por um movimento da rede de actividades dos trabalhadores da saúde provenientes das facilidades baseadas na fé para os serviços governamentais, vivendo em

muitas áreas onde somente os serviços baseados na fé estiveram disponíveis para as comunidades pobres indignas. Reconhecendo isto, as organizações nacionais e regionais na EQUINET estão a documentando experiência e impactos em alguns países seleccionados na região

Existe boas razões de investir na retenção de incentivos e para mais gerenciar efectivamente este aspecto de sistemas da saúde. Em primeiro lugar, a formação de trabalhadores da saúde é custosa e leva muito, e sem medidas de retenção, não há garantia que os formados permanecerão depois de completar os seus estudos. A perda dos investimentos de formação do sector público é uma área de alto custo da migração masiva dos sistemas da saúde pública da Africa. Em segundo lugar, a falha de contratar o pessoal tem custos directos e batidos, tal perda de memoria institucional, perda do moral e o aumento de carga do trabalho para o resto dos trabalhadores e o custo mais elevado para comunidades procurarem assistência a níveis superiores. Em constraste as estrategias da retenção enviaram uma message afirmativa para os trabalhadores da saúde que são apreciados e isto enviou sinais positivos para atrair mais trabalhadores da saúde. Adicionalmente, as medidas para a contratação dos trabalhadores da saúde tem implicações positivas para a equidade como direcciona recursos para as facilidades do pessoal nas zonas rurais, áreas remotas ou aquelas servindo as populações pobres que possuem capacidades limitadas da assistência de saúde privada.

**16. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 83: JANEIRO 2008
FALANDO DO DESENVOLVIMENTO E ANDANDO EM NEGÓCIOS –
AS CONSEQUÊNCIAS DO CONFLITO DA POLÍTICA NOS
“ACORDOS DA PARCERIA ECONÓMICA”
Rene Loewenson, TARSC; Aulline Mabika, SEATINI, Ezekiel
Mpapale, Iniciativas Sensíveis do Género.**

Um por um em Dezembro, os países Africanos na Africa Oriental e Austral assinaram Acordos da Parceria Económica ínterim (APEs) com a União Europeia (UE). Numa fragmentação massiva da integração regional, primeiro estes acordos foram negociados em configuração que acabaram com os blocos de negócios regionais Africanos (Veja o Editorial do Boletim da “Equinet Newsletter” do Maio 2007). Em Novembro a fragmentação aprofundou na medida em que os países da Africa Oriental partiram-se do bloco da AOA para assinar Acordos da Parceria Económica ínterim com a União Europeia (UE-APEs) como individualmente fez o Maurícias, Seychelles, Botswana, Suazilândia, Moçambique, Madagascar, Zimbabwe e Namibia. Ao mesmo tempo na Cimeira da União Africana e Africa em Lisboa no mês de Dezembro o Presidente Abdoulaye Wade do Senegal disse que “Nós não vamos a falar mais acerca dos Acordos da Parceria Económica (APEs) já negamo-los”, enquanto que os países como a Namibia assinaram, mas assinalavam a intenção para manter a negociar sobre a protecção das industrias voadoras “*fledgling industries*”.

Não é somente da Africa que sinais conflituais estão enviados. Da União Europeia declarou compromisso para as duas metas centrais do “Acordo do Cotonou-2000”: a fim de erradicar a pobreza e aumentar a graduação integral dentro da economia global dos países Africanos, Carribianos and Pacíficos. A União Europeia assinou numerosos compromissos das Nações Unidas e G8, incluindo aqueles nas Metas de Desenvolvimento do Milénio, e o seu próprio Tratado do Amsterdam. Estes comprometem a União Europeia para a coerência da política entre os objectivos de desenvolvimento e impactos e suas políticas em outras áreas, incluindo o negócio. Ao mesmo tempo os Acordos da Parceria Económica ínterim (APEs) sendo concluídos estão claramente focalizados sobre estabelecer Acordos Livres de Negócio estritamente compatíveis com os requisitos da Organização Mundial de

Negócio (OMN). Enquanto que existe algumas referências para o desenvolvimento das questões, isto é secundária e largamente deferido ao dialogue posterior.

Tome como exemplo a protecção e promoção da saúde pública como uma questão fundamental não apenas para as MDM, mas no Convénio Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais -1976 e particularmente Artigo 12. Todas as partes para o acordo ratificaram esta convenção. O documento da fundação da União Europeia compromete o Tratado do Amsterdam que “Um alto nível da protecção da saúde humana será emitido na definição e implementação de todas políticas e actividades communitaria”. A Carta Africana sobre os Direitos Humanos e do Povo-1986 no artigo 16, obriga os países dos “AOA” para tomarem as medidas necessárias a fim de proteger a saúde do seu povo.

Apesar disto os textos dos Acordos da Parceria Económica Interim foram disponibilizados na região:

- ♦ Não mencionar, como os acordos da (OMN) –Organização Mundial De Negócios fazem, de facto de que as cláusulas deveriam ser interpretadas e implementadas numa maneira suportativa de direitos dos países para proteger a saúde pública.
- ♦ fazer provisos dos países da AOA para proteger sua indústrias infantis, especialmente em pequenos empreendimentos e no sector agrícola de pequena escala que minam a segurança alimentar do agregado familiar e a nutrição infantil em Africa.
- ♦ Não fazer excepções na eliminação das proibições de importação ou exportação ou restricções de negócios nas areas tais como negócio em trabalhadores da saúde, serviços da saúde e outras áreas onde as autoridades governmentais e restricções sobre negócio sejam necessárias a fim de regular aprovisionamento ou re-distribuir recursos para alcançar as metas de desenvolvimento social, or para proteger a saúde pública.
- ♦ Fazer não excepções nas cláusulas relacionadas à taxas internas ou custos nos interesses da saúde pública.
- ♦ Não fazer referência para o “Desenvolvimento humano” ou Desenvolvimento social” nos objectivos da Secção sobre a cooperação económica e do Desenvolvimento.
- ♦ Não estabelecer obrigações para Recursos ou arranjos administrativos para avaliar ou gerenciar as implicações dos propostos medidas do negócio liberalizado, incluindo das obrigações para realizar avaliações prévias do impacto de saúde das áreas específicas do negócio onde há probabilidades do risco ao público.

Tal fracasso para endereçar questões de desenvolvimento humano já guiou ao critismo que os textos correntes dos “APEs” não alinham com o Censo Europeio adptado de 2006 sobre o Desenvolvimento (2006/C36/01) ou as medidas adoptadas da União Europeia de 2006 a fim de acelerar o progresso em direcção de atingir as MDM [COM(2005) 132/final 2, COM(2005) 133/ final 2 and COM(2005) 134 final].

Enquanto existe pressão para assegurar acordos compatíveis da Organização Mundial De Negócio, os compromissos de redução detalhada das tarifas nos APEs íterim são argumentados para irem além das demandas rigorosas das regras multilaterais para a compatibilidade da OMN dos acordos livres de negócios, com custos para os países da AOA. Ganhos das grandes exportações para a União Europeia podiam ser eclipsados pelo prejuizo feito por aberturas do mercado grandemente reciproco que os países do “ACP” terão de empreeder. O acordo íterim deu acesso de provisões para 80% da liberalização num periodo de 15 anos. Isto poderia permitir produtos alimentares Europeius subsidiados, com os quaias os produtores locais estariam em nenhuma posição para competir, para efectivamente sobrecarregar mercados da AOA. Em negocios interim com Africa Oriental, por exemplo, os impostos sobre dois terços de importações da União Europeia seriam eliminados com consências negativas para a receita do governos.

Tais acordos estão sendo assinados numa altura quando a “Doha Round” sobre o desenvolvimento ainda não está concluído na OMN com o Artigo 24 do GATT ainda a ser negociado. Assinando o íterim dos APEs pode ser adquirido por preempção ou ainda pior enfraquecer estes níveis de negociações da OMN. Relembrando os dias do Ajustamento Estrutural, foi dito que “não há nenhuma alternativa” para os Acordos da Parceria Económica focalizados em negócio corrente. Mas os especialistas de negócios indicam que as alternativas existem. Além de protecção significativamente maior das questões de desenvolvimento humano nos APEs como acima exemplificado para a saúde, os peritos de negócios sugerem a União Europeia também devia ter oferecido arranjos alternativos de negócios sob as suas Preferências do Sistema Generalizado (PSG), particularmente dado o nível da pobreza económica e vulnerável em muitos países da AOA. Foi possível para União Europeia procurar uma extensão do renunciador na OMN particularmente dado o atraso em resolver “Doha round” sobre o desenvolvimento, dado o seu significado para a Africa. Estas opções não exercidas, sugerindo, como verificado numa análise do Outubro de 2007 pelo “Nordik Africa Institute” que a meta primária da União Europeia para os APEs eram de assegurar os acordos livres de negócios dentro duma interpretação das regras da Organização Mundial De Negócios (OMN).

Os APEs íterim enviram sinal, uma compreensão do desenvolvimento e da redução da Pobreza como sendo essencialmente guiado pela liberalização do negócio, com ajuda do desenvolvimento como meios de adaptar com impactos temporarios e negativos deste agenda. Sugere que o desenvolvimento seguirá a liberalização do negócio e assim que outros aspectos de desenvolvimento deveria ajustar nos termos destes Acordos da Parceria Económica íterim focalizados em negócios livres.

A priorização singular da liberalização de negócios, mesmo enquanto argumentada como “íterim” enfraquece para proteger adequadamente os direitos básicos sociais, tais como os direitos à saúde inicialmente verificados. Também enfraquece para antingir adequadamente os próprios compromissos e tratados da União Europeia e para aproximar na experiência do desenvolvimento da própria União Europeia, e o regulamento e subsídios usado na União Europeia para promover os serviços industriais e de desenvolvimento social.

Também contradiz análise e experiência em AOA. Depois de duas décadas das políticas da liberalização de negócios, os relatórios da União Africana e a Comissão Económica das Nações Unidas para Africa em 2007 realça um crescimento desigual e o crescimento com fracos resultados para a redução da pobreza e desenvolvimento humano. As políticas da liberalização do amplo e rápido negócio têm sido associadas com o enfraquecimento das receitas públicas, aumento da dependência sobre a importação dos alimentos, aumento da subalimentação crónica, cobertura reduzida e qualidade de e acesso para serviços essenciais, incluindo serviços de assistência da saúde. No sector de cuidados da saúde, a liberalização de negócio aumenta o crescimento formal e informal para serviços lucrosos dos cuidados da saúde, com o impacto negativa no acesso, qualidade e segmentação em serviços, e limites do aumento de taxas para assistência. Mesmo o Banco Mundial num relatório do 2002 concluiu que a integração rápida relacionado ao negócio em Africa já causou ou agravou a desigualdade social que aqueles que muito beneficiavam eram as firmas de importação e exportação, empresas de transporte e navegação, agricultores comerciais de larga escala, e os investidores e os políticos e os burocratas que estão explorar estes circuitos comerciais e financeiros

Um modelo de desenvolvimento que é conduzido em primeiro lugar através da liberalização dos negócios, com ajustamento do “desenvolvimento” posterior, rejeita a experiência histórica e vivida, evidências documentadas e demandas políticas da Africa e de muitos actores desenvolvidos na União Europeia. O Comissário de Negócio o Peter Mandelson disse num discurso para o Grupo de Dialogo da Sociedade Civil em Janeiro de 2005,... “..Eu

tenciono isto ser um novo começo para os Acordos da Parceria Económica “APEs” – para darem ao negociação um novo impulso – e assegurar que a partir de hoje para adiante, até a implementação final do que vamos negociar em 2008, os assuntos do desenvolvimento têm orgulho do lugar” Parece que o seu “orgulho do lugar” era a mesma exclusão marginalizada que ocupa a maioria das comunidades desvantajosas em Africa

O processo ainda não acabou. Alguns países têm que ainda assinar. Para os outros os acordos ínterim assinados em 2007 sempre necessitam de serem ratificados e julgados domesticamente operacionais, um processo que irá até Julho de 2008. Ratificação em muitos países da AOA requer averbamentos parlamentares. Será que os parlamentos em Africa e na União Europeia possam trazer a “voz de novas pessoas” para este processo e para negociações futuras sobre Acordos da Parceria Económica e com eles nova consideração para questões da saúde e desenvolvimento?

**17. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 83: JANEIRO 2008
TRANSFORMANDO A SOCIEDADE CIVIL E AS FUNÇÕES
COMMUNITÁRIAS EM RESPOSTAS AO HIV E SIDA EM ÁFRICA
Johann Barnard, Sizo Majola, para Aliança Internacional do
HIV/SIDA**

A Sociedade Civil e as Comunidades deveria ter um amplo envolvimento directo na implementação de programas do HIV/SIDA para que estes tenham um impacto significativo. Isto chama para um mecanismo eficaz para canalizar financiamento para apoiar e fortalecer capacidade das organizações da sociedade civil. Isto foi um consenso ressoante na Conferência sobre a Sociedade Civil, HIV/SIDA e Africa: a capacidade, a sustentabilidade e parceria a ser realizado em Johansburgo, Africa do Sul a partir do dia 5 – 7 de Dezembro pela “ *the International HIV/AIDS Alliance and the UK Government's Department for International Development, and co-organised by UNAIDS and the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria.* (Aliança Internacional do HIV/SIDA e o Departamento do Governo do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional, e co-organizado pelo UNIAIDS e Fundo Global para Combater SIDA, TB e Malaria)

Mark Stirling, Director da UNAIDS para a equipe regional para a África Oriental e Austral disse, na cerimonia da abertura da Cimeira que ‘Nós precisamos uma mudança numa maneira que a sociedade civil relaciona ao acesso universal e longe duma função menor em ser um parceiro igual na implementação de estratégias nacionais,’ . Stirling disse a África Austral em particular que foi um “*hamstrung by bottlenecks*”(presunto enfiado aos engarrafamentos) actualmente traduzido numa correntemente traduzido numa média mais do que 80% de intervenções caindo atrás de alvos a fim de alcançar o acesso universal em 2010. Portanto até aí é precisado ser uma reposta propriamente planificada para significativamente subir a capacidade e participação das organizações da sociedade civil para preecher esta lacuna.

Stirling disse “nós necessitamos de modelos de financiamento para retirarmos precisamos modelos de financiamento para sair fora do “*status quo*” e precisa se uma mudança de pequena quantidade para uma resposta efectiva”. O Chefe de “*International HIV/AIDS Alliance's Board of Trustees*” Callisto Madavo bons modelos existe de desafiar o dinheiro para apoiar as respostas baseadas na comunidade, e estes precisam de ser expandidos. ‘Temos muitos exemplos dos modelos que tiveram sucessos e é imperativo que estas experiências sejam compartilhadas para que aceleremos as nossas respostas.

Madavo disse que ‘as repostas que tiveram mais sucessos para o HIV e outros desafios de desenvolvimento são construídos sobre a liderança local, o compromissos e

responsabilidade.’ Como as comunidades estão muito perto das pessoas afectadas pelo HIV e muitas vezes fazem a primeira resposta em endereçar o HIV, sem a participação activa e influencial das comunidades, existe de facto perigo o aumento de financiamento agora disponível para o HIV não será bem gasto e antingir aqueles carenciados’ Ele disse que isto podia ser superado através de mudanças em políticas e abordagens que incorporaram a experiência sobre os dois anos passados.

Um dos maiores financiadores de programas do HIV/SIDA, o fundo global, precisa de encorajar mais as organizações da sociedade civil para que estejam entre os recipients principais do seu financiamento. Os recepetes principais são as instituições locais de accionistas (e pode existir mais uma num país) quem coordena a parceria, providenciar a liderança técnica, administrar fundos e monitorar, avaliar e reportar programas. Christopher Benn o Director Executivo do “Global Fund para as relações externas indicou que a mudança estava precisada para ‘ter a certeza que a sociedade civil é o recipiente principal em muitos países’. Ele adicionou que a percepção de que os fundos do programa do HIV estava secando, estava sem base e os recursos não precedentes estavam disponíveis. Ele disse USD10 bilhões foram garantidos, enquanto PEPFAR foi esperado para anunciar a extensão do seu mandato, para afinação de USD30 Bilhões sobre os proximos dois a cinco anos. Portanto, ele disse, a disponibilidade dos recursos não era a questão mas critica e precisamos para fazer uma subida dramaticamente’.

Embora o Fundo Global aprovou recentemente o orçamento de USD1,1 Bilhões na 7ª volta de financiar propostas, somente foram aprovadas 50% das propostas e houve preocupações acerca da capacidade de implementação: ‘Espero que não nos encontremos numa posição onde tivemos os recursos, e não podessemos implementa-los,’ disse o Benn.

Enquanto que a Cimeira providenciava contos de sucessos das funções da sociedade civil atingir efectivamente as comunidades, ambos financiar as organizações e a sociedade civil necessita levar desafios de canalizar os recursos a nível comunitário sobre a escala largamente aumentada. Como indicou Madavo, ‘um consenso parece estar a emergir para uma nova paradigma para o desenvolvimento efectivo da capacidade centrado no construir estados eficazess e forjando sociedade engajadas. O desafio é para desencadear, nutrir, e manter a capacidade. Isso requer o meio ambiente político que encoraja a participação, excelência, apreendizagem e inovações. A nova paradigma para o desenvolvimento da capacidade enfatiza objectivos duplos de construir estados eficazes e forjando sociedades engajadas’. E também a Cimeira teve um consenso resoante sobre o teste de como novas abordagens têm sucessos – que canalizam efectivamente os recursos para as comunidades, onde são muito necessitadas para a resposta ao HIV.

18. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 84: FEVEREIRO 2008 COMO SAUDEL É PARA OS AFRICANOS A ALIANÇA DA REVOLUÇÃO VERDE PARA AFRICA – (AGRA1)? Professor-Catedrático Carol B.Thompson, Economia Politica, da Northern Arizona University, USA

As Fundações dos “The Gates and Rockefeller Foundations” propõem para aumentar a produção alimentar no continente Africano, “eliminando a fome para um número acerca de 30-40 milhões de pessoas e deste modo, a sustentabilidade movendo para 15-20 milhões de pessoas fora da linha da pobreza,” por meio das suas iniciativas de uma AGRA² -Aliança da Revolução Verde para Africa, (www.agra.com).

¹ AGRA -Aliança da Revolução Verde para África

² AGRA -Alliance for Green Revolution for Africa

Compartilharemos a meta de eliminar a fome no continente Africano. Porém, estamos alertas do risco da saúde e nutrição atentado pela aliança anterior da revolução verde na Ásia e na América Latina. Como os Fazendeiros dedicaram mais e mais terrenos para produzir novas variedades do trigo, arroz e o milho, pouca porção de terra era disponível para as mulheres a fim de produzir verduras (vitaminas, minerais), e a produção de legumes (proteínas) que estão estagnadas comercialmente. Como é que este proposto “Revolução Verde” afectará a produção, a segurança alimentar e a saúde humana em África?

Semelhante à revolução verde das décadas 60-70, aumentando a colheita de algumas poucas culturas a fim de abastecer a comida para os esfomeados, permanece uma justificação central para este proposto “Revolução Verde Africana”. As variedades da década 60 da semente teve a necessidade de obtenção de fertilizantes, pesticidas, e água dentro de um tempo específico ou então a colheita viria a ser pior que as variedades tradicionais. Por exemplo, os fazendeiros Indianos, aumentaram a produção de trigo 10 vezes e a do arroz 3 vezes. Aprendendo da experiência, da iniciativa actual da “AGRA” inclui também a formação dos cientistas Africanos, na preparação das redes de actividades do Mercado “marketing networks” de pequenas empresas, produtoras de sementes, e programas de créditos “credit schemes”. Outras maiores diferenças são as sementes que estarão geneticamente modificadas (GMOs³) e patenteadas, na década 60 na Índia, permaneceram o domínio público.

Porém, o benefício de colheitas aumentadas veio com muitos custos ambientais, económicos e sociais na revolução verde na década 60 e 70. O uso massivo de fertilizantes e pesticidas contaminou a água e o solo. Os camponeses (agricultores de pequena escala) não poderiam sustentar a compra de todos insumos agrícolas e como resultado deveriam vender porções das suas terras. Os estudos na Índia mostraram que somente os agricultores com mais ou menos 6-8 hectare da terra podiam adquirir a produção agrícola de tecnologia altamente desenvolvida. A desigualdade no seio dos aldeões aumentou, com a maioria imigrando para as cidades. Na qualidade do Secretário-Geral U Thant resumiu em 1970, o seguinte: que “Já existe um corpo em crescimento da literatura relevante sobre a experiência nas várias regiões e localidades que sugerem fortemente que as prosperidades resultantes da revolução verde sejam compartilhadas com a minoria relativamente”.

Os perigos económicos e sociais da revolução verde para África são iguais ou semelhantes para aqueles relacionados à comercialização dos cuidados de saúde:

- 1) Pirataria de ambos conhecimento indígenas e plantas (utilizadas como medicina ou/e comida;
- 2) A privatização de bio-recursos necessários para a saúde humana através do patenteamento das plantas;
- 3) A privatização da pesquisa que dirige prioridades e agendas.

Invés de reduzir a fome, estes adversos resultados podiam reduzir a segurança alimentar dos Africanos, aumentando a subalimentação e deste modo reduzindo a imunidade contra as doenças.

A colheita aumentada de uma ou duas linhagens de uma ou duas culturas (“monocultura dentro de monocultura,” como mencionado por um botânico Tanzaniano) não providenciará a base da segurança alimentar a fim de apoiar as necessidades nutricionais. A chave para o acabamento da fome é sustentar a biodiversidade da comida da África, não reduzindo-a para monocultura industrial. Actualmente, a comida para o consumo Africano é proveniente de 2000 plantas diferentes; em contraste, a base da comida dos Estados Unidos simplesmente provem principalmente de 12 plantas. Restringir a diversidade de planta dos

³ GMOs - Organismos Geneticamente Modificados

alimentos, portanto, aumenta a vulnerabilidade para todos porque causa os seguintes factores:

- i. Reduz a variedade de nutrientes necessitados para a saúde humana;
- ii. Aumenta a susceptibilidade para a patogenia, e;
- iii. Minimiza o material genético-pai disponível para a gerar no futuro.

A manufactura de plantas alimentares é muito semelhante em manufacturá-las para questões medicinais. O conhecimento indígena designa a planta como importante para a nutrição ou em propósitos medicinais. Mas muitas vezes, as corporações levam simplesmente ambas plantas e o conhecimento, sem reconhecimento monetário ou por outro lado, para os criadores originais da nova medicina e alimentação. Esta bio-pirataria da comida e plantas medicinais é feita legal pelo patenteamento dos organismos vivos, através dos acordos de negócios internacionais.

Porque os agricultores africanos terão de comprar as novas sementes, e os pesticidas incluindo fertilizantes que precisam para o aumento da produção. Esta iniciativa da revolução verde torna-se uma ofensiva da privatização contra os camponeses que ainda retêm o controlo sobre suas sementes. Das sementes utilizadas para a plantação de culturas alimentares em África, 80 por cento é a semente reservada por o próprio camponês ou então trocada localmente pela família e vizinhos. Os camponeses (agricultores) não devem comprar sementes cada época, com o dinheiro que eles não têm, pois possuem a maior riqueza nas suas sementes indígenas, livremente compartilhadas e desenvolvidas durante centenários. Os melhores produtores de sementes na África, os “armazenadores de sementes” são as mulheres que muitas vezes cultivam menos do que um hectare da terra. A nível da África, também as mulheres são produtoras de comida, fazendo as hortas que possuem diversas culturas alimentares para o consumo local, enquanto os homens concentram-se nas culturas de rendimento. Mesmo que as culturas de rendimento falhem, em muitos dos casos a comida é disponível para a família, pois estas machambinhas são intensivamente cultivadas e bem regadas.

O proposto da revolução verde removeria a base dos alimentos fora deste tesouro de semente. Invés, os agricultores Africanos teriam que comprar sementes patenteadas cada época, deste modo pondo o dinheiro nas mãos das corporações fornecedoras de sementes, tanto quanto tem acontecido com plantas usadas nos compostos medicinais. A perda de controlo sobre as sementes faz com que as camponesas (mulheres) reduzam controlo sobre a produção, com risco da segurança alimentar e nutrição. Para AGRA, as sementes não serão somente patenteadas mas novas variedades serão indubitavelmente “OGMs⁴” - organismos geneticamente modificados. Estão bem documentados os perigos dos OGMs para a sustentabilidade ambiental. Muitos dos países Africanos já ratificaram o protocolo da bio-segurança que lhes permitem impedir a pesquisa e a produção das culturas alimentares geneticamente modificadas até que haja dados suficientes sobre os seus impactos na saúde humana e meio ambiente, mas a AGRA está a negociar para os governos fazer o “fast track” isto é a pesquisa adiantada para a aprovação de novas variedades a serem plantadas.

Certamente, a pesquisa sobre as culturas alimentares africanas necessitam de financiamento. O Conselho da Pesquisa Nacional dos Estados Unidos designado por “The US National Research Council” concluiu em 1996 que o sorgo a maior cultura alimentar Africana “é uma cultura relativamente não-desenvolvida com um arranjo verdadeiramente notável de tipos de grãos, tipos de planta e adaptabilidade...a maioria das sua riqueza genética por enquanto está inexplorada e não classificada. Na verdade, sorgo provavelmente tem potencial genético não desenvolvido do que qualquer outra maior cultura alimentar ao nível mundial.”

⁴ OGMs - Organismos Geneticamente Modificados

Tão nutritivo como o milho que possui carboidratos, vitamina B6 e energia alimentar, mesmo o sorgo também é mais nutritivo no âmbito dos nutrientes essenciais para a saúde. Um dos maiores alimentos versátil no mundo, o sorgo pode ser fervido como o arroz, esmagas como as aveias para papas, cosido ao forno como o trigo em “flatbreads” pão liso, feitas como pipocas para um lanche, ou então fermentar para uma bebida nutricional. Porque o sorgo pode tolerar áreas secas e solos pobres melhor que o milho, providencia a segurança alimentar nutritiva nas regiões semi-áridas e portanto, tornaria ainda mais importante sub condições de advertência global.

Engajando os cientistas Africanos para descobrir a riqueza genética potencial do sorgo assistiria a segurança alimentar africana. Porém, no primeiro olhar de relance das despesas da fundação, vejamos os fundos direccionados ao “Wambugu Consortium⁵” (fundado por Pioneer Hi-Breed parte do DuPont) para experiências do sorgo geneticamente modificado. Por adicionar um gene invés de minar a riqueza genética já existente, o Consortium pode patentear e vender o “novo” sorgo num preço de recompensa para DuPont

Despesa privada sobre a pesquisa e marketing de algumas culturas mostra atenção para as culturas que são lucrativas. Semelhante a cuidados da saúde, Os requisitos do Fundo Monetário Internacional para os programas de ajustamento estrutural, apoiados por todos governos doadores, o Banco Mundial, O Banco Africano de Desenvolvimento tem estado a remover as despesas dos Governos Africanos sobre a pesquisa agrícola e extensão. Os Governos tinham que gastar menos na agricultura para poder reembolsar os seus débitos. Agora, mais duas décadas tarde, a fundação privada pisa em “save food-deficit” que é a poupança do deficit alimentar.

As respostas da tecnologia sofisticada para a crise alimentar da África não são respostas de nenhum modo para se minarem a nutrição humana, privatizem ambos conhecimento indígena e bio-recursos através patenteamento das plantas, e transformarem a riqueza genética do continente para lucros monetários para algumas corporações. Escolha de politica pública em volta das propostas da AGRA ainda não foi tomada dentro da África. Assim ainda existe uma oportunidade para fazer a avaliação e debate sobre impactos da saúde e nutrição destas propostas, incluindo pela sociedade civil trabalhando na Saúde e pelos parlamentos, e pelas agências das Nações Unidas. Nós precisamos de desafiar duma forma aberta a sua meta, os motivos e metodologias antes que os Líderes políticos Africanos os aceitem, e antes que as universidades e os centros da pesquisas desviem seus agendas fora das outras pesquisas aplicadas que possam oferecer um futuro mais sustentável e nutritivo para a produção alimentar Africana. O futuro da saúde Africana depende nisto.

19. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 85: MARÇO 2008 POLITICA SÓLIDA OU ATAQUE SOBRE DIREITOS DA SAÚDE: SERÁ QUE AS LEIS ESTÃO CRIMINALIZANDO DELIBERADAMENTE BEM A TRANSMISSÃO DO HIV PARA A SAÚDE PÚBLICA?

Mulumba Moses, Advogado dos Direitos Humanos, Uganda

Pode a criminalização deliberar as infecções do HIV refrear a taxa de transmissão do HIV, e deste modo ser bem para a saúde pública? Ou seria que a tal legislação impacta negativamente sobre aconselhamento e testagem voluntária e no entanto ser mau para a saúde pública? Com muitos países da Africa Oriental e Austral ou aprovam ou então emendam a legislação para criminalizar deliberadamente infecções do HIV deliberadas,

⁵ Consórcio de Wambugu

existiu uma mistura de resposta para estas perguntas e reação misturada para a reforma tão maixa.

Kenya, Tanzania e Uganda estão actualmente introduzir ou emendar Leis para criminalizar voluntarioso a transmissão do HIV/SIDA como examinam tais Leis como um instrumento eficaz para refrear o comportamento que carrega o risco da transmissão do HIV e uma contribuição legal para o meio ambiente apoiante para uma mudança de comportamento. Geralmente estas Leis providenciam sanções quando um indivíduo bem sabe o seu estado do HIV and deliberadamente infecta outro indivíduo com HIV. São propostas como uma medida a fim de proteger as pessoas com menos poder. Através de providenciar sanções contra transmissões voluntariosas do HIV, tais Leis são argumentadas para proteger os grupos mais vulneráveis, usualmente mulheres e meninas pequenas, nas suas relações sexuais com aqueles que são mais poderosos – usualmente os homens e pessoas muito ricos. Pretendem reduzir a impunidade com a qual os poderosos coercem outros para sexo, através de actos como a violação sexual e profanidade, ou na prática do sexo não seguro (por exemplo através do trabalho do sexo comercial), e assim actuar como um dissuasivo contra estas práticas.

Contudo, um âmbito de accionistas envolvidos no trabalho relacionado ao HIV/SIDA, dos direitos da saúde legais e histórias da saúde pública, argumentam que a Lei criminal ordinária providencia mecanismos legais suficientes para segurar alguém responsável pelo libertino e infecções deliberadas de parceiros sexuais. Um lei especial para mandar a criminalização do HIV/SIDA podia ser para a saúde pública, prejudicando iniciativas tais como aconselhamento e testagem voluntaria (ATV) através de dissuadir indivíduos engajados num alto risco ou comportamento criminal sexual a partir de conhecer o seu estado do sero-positivo, para poder evitar prosequções sob esta Lei. O conhecimento do estado do sero-positivo é um ponto de entrada para muitas intervenções da saúde pública para ambos prevenir HIV e administrar o SIDA. Com as mulheres comumente testadas para o estado do HIV através de programas pré-natais, tais Leis poderão aumentar a vulnerabilidade das mulheres. Leis criminalizando infecções deliberada do HIV poderão aumentar estigma, e violar os direitos das pessoas vivendo com o HIV para a vida, saúde, tratamento e liberdade do cruel, deshumano ou tratamento degradante se os cuidados eficazess estão a faltando, ou descontinuados, através de prisãoamento. Emmanuel Mziray, Assessor da GIPA para com UNAIDS em Tanzania observou que: 'proibindo alcool e outras drogas, sex consensual, ou prostituição nunca tiveram sucessos em prevenir estes comportamentos'

Criminalizando infecções deliberadas do HIV também levantam um número de questões relevantes ao aplicação da Lei. Levanta perguntas, por exemplo, acerca de que se as pessoas vivendo com HIV têm deveres legais para revelar o seu estado do HIV antes de se engajarem em actos sexuais que possam dirigir ao transmissão do virus? Se assim for, como que você vai provar ao tribunal que a pessoa violou este dever legal? Adicionalmente, existe dificuldades em provar a ligação entre a acto sexual e a transmissão do HIV.

Numa tentativa para endereçar estas questões, USAID produziu recentemente um documento de opções da política (Veja: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC733CriminalLaw_en.pdf) propondo alguns princípios para orientar o pensamento acerca de e o desenvolvimento de, a Lei e a política sobre questão da Lei criminal e HIV/SIDA. o documento identifica um número de considerações da política pública que os países deverão considerar quando tomam decisões acerca de utilizar a Lei criminal para debater infecções deliberadas do HIV. Alerta que os oficiais do governo e os judiciário envolvidos no desenvolvimento e implementação das tais políticas deverão ter conhecimento da evidência científica melhor disponível relacionada aos modos de transmissão do HIV. Os níveis de riscos deverão formar a base para racionalmente determinar se, e quando, a conducta deveria atraria risco criminal. Isto está muito a

desafiando em preparações onde a judiciária possa não se familiar com evidência mais recente científica relacionada ao transmissão do HIV, particularmente onde possa haver debates acerca dos níveis do risco.

A USAID propoe que quaisquer respostas legais ou política para HIV, em particular através do uso coercivo do poder do estado, não deveriam somente ser pragmático na perseguição global da saúde pública mas também deveriam conformar para com as normas internacionais dos direitos humanos, em particular os princípios de não discriminação e devido processo. Acção do estado que infringe sobre os direitos humanos deve ser adequadamente justificado e os políticos devm sempre avaliar o impacto da Lei ou política sobre direitos humanos, escolhendo as medidas possíveis “menos intrusas” para alcançar o objective demonstradamente justificado de prevenir a transmissão de doenças. Como mencionado com *Shanaaz Mathews* no mês de Abril de 2006 “*edition of the South African Medical Journal, international guidelines*” sobre HIV e os direitos humanos desenvolvidos pelas *UNAIDS* e o Gabinete do Alto Comissário das Nações Unidas para aos Direitos Humanos (*OHCHR*) apontou que a legislação criminal e da saúde pública não deveria incluir ofensas específicas contra transmissão deliberada do HIV, mas que o último deveria ser julgado sob a Lei geral criminal, uma posições averbada pela “*South African Law Commission (SALC)*”2001

O desenvolvimento das tais Leis em Kenya, Uganda e Tanzania dentre os países da AOA sugere que estas linhas gerais não estão sendo seguidas. Em Tanzania a Lei proposta esta em debate, e o artigo 47 da Carta de (Prevenção e Controlo) do HIV/SIDA-2007 providencia que “qualquer pessoa que voluntariamente e intencionalmente transmite o HIV para outra pessoa comete uma ofensa, e na sentença será sujeito a prisão perpétua’ Em Kenya, secção 26 do Acto da Ofensa Sexual, 2006 torna uma ofensa para qualquer pessoa que com o conhecimento actual que ele ou ela está infectado/a com o HIV ou qualquer outra doença ameaçadora de transmissão sexual, intencionalmente, com o conhecimento e voluntariamente infecta outra pessoa. Apesar da Uganda não ter estaebecido não ter posto em vigor legislação especifica criminalizando as inhecções deliberadas do HIV, amendou o seu Acto do Codigo Penal para criar a ofensa da profanidade e violação sexual agravada onde o infrator foi infectado com HIV.

Estas leis não aperacem terem endereçadas os direitos humanos ou questões da saúde pública acima mencionadas, e transmitir o assunto aos tribunais que possam ter uma fraca pericia em avaliar a evidência da saúde pública. Mais geralmente, o impacto da saúde pública destas medidas não está monitorado, nem os custos nem os benefícios potenciais acima mencionados. É de facto difícil para argumentar que foram adequadamente justificados, ou são as medidas possíveis “menos intrusas” para alcançar sua intenção. O argumento de que a questão deveria ser julgada sob a lei criminal geral, talvez providencia um remedio legal para violações claras dos direitos, sem consências negativas duma provisão específica.

A política e reformas legais são importantes em enfrentar a epidémica do HIV. Se as questões dos direitos humanos e da saúde pública estejam para ser respeitadas então é vital que os profissionais e activitas trabalhando sobre SIDA e pessoas vivendo com HIV/SIDA sejam envolvidas e debatam o processo da reforma legal na área.

**20. BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER: ABRIL 2008
ALOCAÇÃO JUSTA DOS RECURSOS DO GOVERNO NA AFRICA
ORIENTAL E AUSTRAL – SINAIS DO PROGRESSO
Di McIntyre, Bona Chitah, Lovemore Mabandi , Felix Masiye,
Tomas Mbeeli, Shepherd Shamu, EQUINET, University Of Cape
Town Health Economics Unit**

Além da chamada para os governos alcançar o seu compromisso para gastar 15% dos seus orçamentos na saúde, estamos cientes em ver que, as despesas dos governos cheguem para aqueles com grandíssimas necesssidades da saúde (os mais necessitados). De facto, será que os governos executam bem na alocação equitativa da sua despesa da saúde?

Em muitos países da Africa, os níveis dos gastos de cuidados da saúde são muito diferentes entre diferentes províncias, regiões e distritos. Isto é largamente uma herança histórica. Os serviços da saúde, em particular os hospitais que consomem a maior parte dos recursos de assistência da saúde, estão pesadamente concentrados nas grandíssima áreas urbanas, e as zonas rurais são relativamente com menos recursos. Ainda quase todos os países da África Oriental e Austral têm metas políticas para providenciar acesso equitativo para os cuidados da saúde para com seus cidadãos. Isto implica que os recursos dos cuidados da saúde (financeiros, humanos e facilidades) deveriam ser distribuídos justamente entre as áreas geográficas na base das necessidades da saúde.

Internacionalmente, foi encontrado que utilizando uma fórmula de alocação de recursos baseados nas necessidades, é portanto uma estratégia útil de quebrar a inércia histórica nos modelos de alocação de recursos. Tais fórmulas são usadas para distribuir os recursos de assistência da saúde do sector público entre areas geográficas (tais como as províncias ou regiões e distritos) de acordo com a necessidade relativa para serviços da saúde em cada área.

Os indicadores comumente usados para identificar os níveis relativos da necessidade dos serviços da saúde, e deste modo aplicados internacionalmente são:

- ♦ a dimensão da população;
- ♦ a composição da população como, crianças pequenas, os idosos e as mulheres com a idade ainda de conceber, tendem ter uma maior necessidade dos serviços da saúde;
- ♦ níveis da má saúde, com taxas de mortalidade usadas como uma procuração para os níveis de doenças; e
- ♦ o estado sócio-económico, dado que existe uma correlação muito forte entre a má saúde e o baixo estado sócio-económico que as pessoas mais pobres dependem muito dos serviços publicamente financiados.

Um número crescente dos países Africanos já adoptaram tais fórmulas baseadas nas necessidades para guiar alocação dos recursos de assistência da saúde, utilizando a mistura destes indicadores. Então, como melhor estamos a fazer na região em combinar as despesas do governo sobre a saúde para as necessidades da saúde?

Uma pesquisa do questionário dos pesquisadores e oficiais seniores do governo em países selecionados na região (Namibia , Africa do Sul , Zambia e Zimbabwe) realizou no trabalho da EQUINET sobre o financiamento justo, mostrou que houve o equilibrio na alocação equitativa dos recursos dos cuidados da saúde no sector público em alguns anos atrás dentro da região. Em todo caso, a extensão do progresso e o passo da mudança vária entre os países.

Em ambas Zambia e Namibia, as maiores provincias e regiões com menos recursos já viram o aumento das alocações, enquanto que alocações para as provincias cuja a parte dos recursos é proporcionalmente maior do que a sua porção das necessidades da saúde têm sido gradualmente reduzida. Apesar da Africa do Sul ter um sistema diferente onde aloca recursos domesticos do sector público para a saúde e outros serviços como um “bloco de bolsa” para provincias, sempre tem havido progresso considerável em direcção à igualdade nas distribuições dos recursos de assistência da saúde em alguns anos passados. Em Zimbabwe, o progresso em direcção aos alvos da igualdade tem sido constringido pela falta absoluta significativa dos recursos da assistência da saúde, devido à grandes dificuldades económica. Porém, sobretudo, os países pesquisados estavam geralmente fazendo progresso aplicando algumas formas das fórmulas baseadas nas necessidades da região, com ganhos positivos para os distritos com maior necessidades de saúde.

Alcançando este progresso é ligado por um compromisso politico explicito para a igualdade e para a redistribuição dos recursos. Por exemplo a política Namibiana de saúde -1998 declara que “ênfase particular será dado aos modelos de distribuição de recurso em Namibia para identificar e acelerar a correcção das disparidades”. Africa do Sul, Zambia e Zimbabwe já fizeram as declarações semelhantes.

Experiências dos países no ponto da região para algumas das acções, os países necessitam de tomar e superar limites em implementar a re-distribuição equitativa dos seus recursos da assistência da saúde.

Os países precisam de preparar os alvos explicitos de alocação anual para providenciar metas claras contra qual o progresso possa ser planificado e monitorado. Estes alvos necessitam para preparar um passo razoável da mudança para a re-distribuição relativa dos recursos dos cuidados da saúde.

Mesmo onde estes alvos existam, os países podem precisar superar algumas dificuldades em exercer com sucessos estes alvos. Pode haver a falta do pessoal superior a nível nacional para dirigir o processo. Programas numerosos verticais que protegem alocações para serviços específicos reduzem a economia dos fundos gerais do sector da saúde disponíveis para alocação equitativa entre áreas geográficas. É difícil para traduzir a mudança do orçamento para dentro de mudanças reais nas despesas sem alargar a tarefa mais difícil de mudar também a distribuição do pessoal, dado a sua importância na absorção dos recursos. As estratégias devem ser deste modo, colocadas a fim de facilitar uma re-distribuição relativa do pessoal. Isto pode incluir as negociações com sindicatos e iniciativas tais como oferecendo ajuda de custos adicionais, oportunidades de formação preferencial e outros incentivos para atrair os trabalhadores da saúde para as zonas rurais.

Alocação dos recursos é um processo altamente politizada e o desenvolvimento da política de alocação dos recursos e o processo da implementação requer a gestão cuidadosa para que tenha sucessos. O progresso reportado dos países pesquisados é um sinal de que estas questões podem ser endereçadas.

É politicamente e tecnicamente mais fácil para endereçar estas questões e re-distribuir os recursos de cuidados da saúde quando o orçamento global da saúde está aumentando. O nosso progresso ainda limitado até 2008 em direcção de alcançar o ponto alvo de Abuja de dedicar 15% dos fundos do governo para o sector da saúde assim limita o nosso progresso em direcção à mais alocação de recursos equitativos. Estes países que estão aumentar alocações globais para o sector da saúde têm mais trabalho aglomerado para redistribuir efectivamente os recursos de assistência da saúde. De todo orçamento adicional disponível anualmente pode ser alocado áreas com menos recursos enquanto guardando os

orçamentos das áreas estaticas relativamente com mais recursos em termos reais (somente permitindo um pequeno aumento para tomar conta da inflação). Também é uma questão para aqueles que estão advogar o ponto alvo de Abuja para monitorar que estes fundos adicionais sejam alocados para estas zonas mais necessitadas da saúde.

O progresso feito na região precisa de ser protegido e promovido: os governos necessitam para engajar com e invocar accionistas chaves, incluindo os parlamentarianos para assegurar o seu bstecimento de / e o conhecer das estratégias para um compartilhamento equitativo dos recursos disponíveis. Nós temos um número aumentativo dos campões do compromisso da Abuja. Também precisamos de 'campões da política' a nível superior no Ministério da Saúde, a sociedade civil e parlamento para motivar e monitorar o progresso em ter a certeza de que estes recursos são equitativamente alocados para onde são mais necessitados...

**21 BOLETIM DA EQUINET NEWSLETTER # 87: MAIO 2008
O CONTO DE DUAS VOZES: EVITANDO MENSAGENS MISTAS
SOBRE COMPROMISSOS AO SAÚDE
Rene Loewenson, TARSC/EQUINET, Di McIntyre, UCT/ EQUINET**

Foram realizadas duas reuniões no mês passado.

Aos 18 à 20 dias do mês de Abril, a SADC-(Comunidade de Desenvolvimento para a Africa Austral) realizou uma conferência internacionais sobre a pobreza e o desenvolvimento em Pailles Maurícias. Antecedentes da conferência preparadas pela SADC mostrou ameaças posadas pelos níveis críticos do HIV/SIDA, TB e Malaria ao alcançamento das MDM (Metas de Desenvolvimento do Milénio). Os países foram recomendados para repriorizar as suas despesas para refrear a expansão das doenças e outros problemas da saúde dandio impacto sobre o desenvolvimento, incluindo an tingir compromissos do Orçamento Nacional dos 15% do Compromisso da Declaração do Abuja-2001 sobre a Saúde Pública.

A reunião dos Ministros da Finanças e Planificação e Desenvolvimento Económico realizada em Addis Ababa- Etíopia a partir do dia 26 de Março até ao dia 2 de Abril também verificou com respeito, a necessidae do financiamento sustentável do longo prazo do e investimento na saúde criada pelo SIDA e outras doenças. Em todo caso estiveram publicamente silenciosos sobre o compromisso feito pelo Chefes dos Estados Africanos em 2001 para alocar 15% do seu orçamento nacional annual para a saúde como um meio a respeito disto. Na verdade, existe relatórios não confirmados das pessoas que estão a participar na reunião, que os mesmos Ministros das Finanças argumentaram sobre o alvo do Abuja adoptado por seus chefes do estado em 2001 para ser abandonado.

Que a região necessita de aumentar o seu investimento do sector publico na saúde não está na disputa. As pessoas mais pobres continuam a ter consideravelmente a saúde mais fraca do que os ricos; o crescimento económico e alcaçando as MDM na região é seriamente minado pela prevalência do HIV/SIDA, TB e Malaria e outras doenças. Onze dos desaseis países da AOA (Africa Oriental e Austral) gastam pouco nos seus sectores públicos do que USD34 necessitado para os maiores investimentos básicos destas condições, deixam que estejam sozinhos os USD60 ou mais precisados para maiores serviços abrangentes da saúde. Até neste ponto, simplesmente três países na região da SADC conseguiram atingir o alvo do Abuja, embora mais países estão indo numa direcção positiva. Dez dos desaseis países na região deveriam, se caso atingir o alvo do Abuja, aumentar o seu financiamento público acima do nível básico dos USD34/capital necessitados para estes programas básicas de saúde.

Existe um ganho significativamente potencial quando tal aumento de despesas seja direccionado para cuidados primários da saúde e serviços distritais, providenciando melhoramentos na detenção inicial, acesso e tratamento para os grupos desfavorecidos e nas zonas sub-desenvolvidas. Muitas das acções que melhoram a saúde nas comunidades pobres são verdadeiramente tiradas fora do sector da saúde, para melhorar o meio-ambiente físico, económico e social. Contudo, as evidências e experiências mostram que levantando tais acções para a saúde através duma extensão dos sectores sempre chama para uma liderança forte do sector público, com recursos adequados e apoio político a fim de encorajar mandatos compartilhados e acções coordenadas para saúde a nível de todos sectores.

Os documentos da reunião da SADC clarificar que uma resposta guiada pelo sector público é vital: os Governos têm papel primário e mais importante, responsabilidade e meios de implementar mudanças sistemáticas e sustentá-los ao decorrer do periodo. A acção do governo para priorizar despesas sobre a saúde e desenvolver estratégias sustentáveis e progressivas para financiar os cuidados da saúde são essenciais para criar a base para estratégias complementares e investimentos para outras fontes.

Em contraste, apagando ou enfraquecendo para atingir os compromissos do financiamento público para a saúde mina a resposta necessária para o maior desafio de desenvolvimento com custo muito maiores para agregados pobres. Conforme como foi informado a Cimeira do SADC sobre a pobreza e desenvolvimento, os estados membros da SADC responsabilizam 35% das pessoas vivendo com HIV globalmente e existe acerca de 5.2 milhões de orfãos na região. A região tem a taxa de TB péssima do mundo e a taxa tem aumentado nos passados 15 anos, enquanto os recursos precisados para adaptar-se com a epidemia minguaram. Novos epidemics de tuberculose resistente de multi-medicamentos de (MDR-TB) e tuberculose resistente de excesso de medicamentos (XDR-TB) posam ameaças graves do mesmo modo que levantam ameaças, particularmente onde os recursos da saúde sejam limitadas. Há estimadamente acerca de 30 milhões de casos de malaria e 400 000 mortes da malaria na região, com risco particularmente para as crianças e as mulheres grávidas.

Tal doença tem impacto sobre o rendimento do agregado familiar, desviando o tempo e o dinheiro dos cuidados – as vezes por motivo das despesas do consumo ou matricula das crianças na escola – com consequência de longo prazo da pobreza e produção, especialmente sa produção agrícola e a segurança alimentar. Locais de fraca saúde particular demanda sobre mulheres e crianças para providenciar e pagar para assistência. Como o financiamento público para a saúde caiu, a região já teve experiências do aumento das taxas e os pagamentos através do seu próprio bolso para assistência da saúde. Quando os serviços públicos sub-financiados ou inacessíveis e pagamentos através do seu próprio bolso do aumento do preço da da saúde, isto tem um efeito de empobrecimento particularmente para as mulheres, para aqueles do rendimento baixo e para os grupos socialmente marginalizados.

Simplesmente alcançando o compromisso dos chefes dos estados em Abuja é tão importante para directamente endereçar encargos significativos e das doenças em levantamentos; providenciar a liderança necessária do sector público e da saúde para erguer outras contribuições para a saúde; e proteger contra o levantamento do empobrecimento e desigualdade resultando dos níveis que não possamos conseguir das despesas do agregado familiar gastando sobre cuidados da saúde nos agregados familiares de mais baixo rendimentos

Isto não é claramente o caso de aumentar os recursos para a saúde, mas de redigir os recursos em direcção as maiores necessidades de saúde. Porém, a revista da experiência nos países Africanos mostrou que alocação equitativa dos recursos de assistência da

saúde do sector público provavelmente esteja mais numa situação de aumento de recursos para a saúde, acompanhado pelo compromisso de uma política para equidade e mecanismos explicativos de aquisição de alvos razoáveis.

Não, de facto, surpreendentemente, o documento produzido pelo secretariado do SADC para a Cimeira nas respostas do impacto económico das três doenças comunicáveis foi claro e inequívoco: Os estados membros da SADC e governos se comprometeram em muitas declarações incluindo do Abuja 2001 nas três doenças comunicáveis, a Declaração do Maputo – 2005 em declarar TB como emergência e UNGASS para nomear alguns. Precisam de cumprir estas obrigações e colocar um mecanismo a fim de monitorá-los e avaliá-los'

O comité feito pelos três Chefes de Estado em Abuja 2001 para alocar 15% do seu orçamento nacional da saúde foi uma contribuição na redução da pobreza e equidade, e um desafio para parceiros internacionais a fim de eliminar debate e atingir seus compromissos para ajuda internacional ultramarina.

Nós esperaríamos um nível semelhante do compromisso explícito para a meta dos Ministros das Finanças na região, e mais do que distribuído sobre 15% do financiamento do governo para a saúde.

Equidade na saúde implica endereçar as diferenças do estado de saúde que são necessárias, evitáveis e injustas. Na África Austral estas diferenças tipicamente relacionam à disparidades a nível dos grupos raciais, estado rural/urbano, estado sócio-económico, género, idade e região geográfica. EQUINET está preocupada com intervenções motivadas pela equidade que procuram alocar os recursos preferencialmente daqueles com o pior estado de saúde (equidade vertical). EQUINET procura compreender e influenciar a redistribuição dos recursos sociais e económicos para as intervenções orientadas pela equidade, também EQUINET procura compreender e informar o poder e as pessoas com habilidade (e grupos sociais) para selecionar os investimentos da saúde e a sua capacidade para usar estas escolhas para a saúde.

EQUINET implementa o trabalho em várias áreas identificadas como centrais para a equidade da saúde na região:

- Impactos da Saúde Pública das políticas macroeconómicas e do comércio.
- Pobreza, privação e a equidade da saúde e recursos de agregado familiar para com a saúde.
- Direitos da saúde com uma força motriz para a equidade da saúde
- O Financiamento da saúde e integração da privação dentro da alocação de recursos de saúde.
- A mistura privada pública e subsídios nos sistemas da saúde
- Distribuição e migração do pessoal da saúde
- Respostas dos sistemas da saúde orientados pela equidade para HIV/SIDA e acesso ao tratamento
- Governação e participação em sistemas da saúde.
- Monitorar a equidade da saúde e apoiar a política guiada pela evidência

EQUINET é governada pelo Comité Executivo envolvendo as instituições e temas individuais de coordenação, país ou processo de trabalho na EQUINET: R Loewenson, R Pointer, F Machingura TARSC, Zimbabwe; M Chopra MRC, South Africa; I Rusike, CWGH, Zimbabwe; L Gilson, Centre for Health Policy/ UCT, South Africa; M Kachima, SATUCC; D McIntyre, Health Economics Unit, Cape Town, South Africa; G Mwaluko, M Masaiganah, Tanzania; Martha Kwataine, MHEN Malawi; M Mulumba, HEPS Uganda, Y Dambisya, University of Limpopo, South Africa, S lipinge, University of Namibia; N Mbombo UWC, L London UCT Cape Town, South Africa; A Mabika SEATINI, Zimbabwe; I Makwiza, REACH Trust Malawi; S Mbuyita, Ifakara, Tanzania

Para informação adicional favour contactar o secretariado:
Training and Research Support Centre (TARSC)
Box CY2720, Causeway, Harare, Zimbabwe
Tel + 263 4 705108/708835 Fax + 737220
Email: admin@equinetafrica.org
Website: www.equinetafrica.org

Series Editora: Rene Loewenson
Emissão Editora: Rene Loewenson