

**NAÇÕES
UNIDAS**

PT



**Conselho Económico
e Social**

Distr.
GERAL

E/CN.4/2005/51/Add.2

4 de Janeiro de 2005

Original: Inglês

COMISSÃO SOBRE OS DIREITOS HUMANOS
Sexagésima primeira sessão
Item 10 da agenda provisória

DIREITOS ECONÓMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS

O direito de todos de gozarem dum padrão de saúde física e mental o mais elevado possível

Relatório do Relator Especial, Paul Hunt

Adenda

MISSÃO PARA MOÇAMBIQUE*

* O resumo deste documento foi publicado em todas as línguas. O relatório anexado ao resumo foi publicado apenas na língua em que foi submetido. As notas finais foram publicadas conforme foram recebidas

Resumo

Relativamente ao direito de todos de gozarem do padrão de saúde física e mental o mais elevado possível (“o direito à saúde”), o Relator Especial visitou Moçambique de 15 a 19 de Dezembro de 2003. O objectivo principal da missão era compreender o modo como Moçambique se estava a empenhar para implementar o direito à saúde, com o objectivo de fazer recomendações construtivas ao governo e a outros actores.

O Relator Especial teve vários encontros com representantes do governo, agências bilaterais e multilaterais, organizações da sociedade civil e profissionais de saúde. Visitou unidades sanitárias em Maputo e em zonas rurais.

Ao longo da sua missão, o Relator Especial prestou uma atenção especial ao direito à saúde, no contexto da pobreza e da discriminação. Ele teve em consideração, entre outras, as seguintes questões: o acesso aos serviços de saúde e infra-estruturas sanitárias; as taxas de pagamentos dos utentes; o papel dos doadores e das organizações inter-governamentais; a situação dos profissionais de saúde; o acesso à água e saneamento; a saúde sexual e reprodutiva; e o HIV/SIDA, tuberculose e malária.

O Relator Especial reconhece o actual contexto de Moçambique, o qual inclui os efeitos da colonização, da guerra civil e os desastres humanitários, incluindo as cheias de 2000/01 que destruíram parte das infra-estruturas sanitárias do país. Embora os indicadores de saúde em Moçambique tenham melhorado nos últimos anos ainda se mantêm extremamente fracos. O Relator Especial encoraja o Governo de Moçambique a dar especial atenção aos mecanismos de responsabilização e de participação comunitária, relativamente ao sector da saúde.

O compromisso assumido pelo governo de Moçambique, juntamente com os seus parceiros financeiros bilaterais e multilaterais, de encontrar solução para os desafios do país no sector da saúde, reflecte-se na prioridade dada à saúde, no seio das várias políticas nacionais e estratégias. Contudo, o Relator Especial encoraja o governo a integrar, de forma explícita, o direito à saúde em todas as suas políticas nacionais e internacionais relevantes.

O Relator Especial destaca o desfasamento entre o facto de haver muitas iniciativas políticas importantes em Moçambique e a capacidade para as implementar. Se não houver mais recursos para a saúde – e mais profissionais de saúde a gozarem de contratos e condições de trabalho melhoradas – Moçambique não terá possibilidade de alcançar todas as Metas de Desenvolvimento do Milénio estabelecidas para a saúde, nem de progredir satisfatoriamente em direcção à concretização do direito à saúde. Isto implica uma grande responsabilidade tanto para o Governo de Moçambique como para a comunidade internacional.

Anexo

CONTEÚDOS

Introdução

- I. O DIREITO À SAÚDE: PRINCÍPIOS, NORMAS E PADRÕES
 - A. Quadro legal internacional
 - B. Quadro legal nacional
 - C. Instituição nacional dos direitos humanos

- II. O GOZO DO DIREITO À SAÚDE EM MOÇAMBIQUE: ALGUNS ASPECTOS FUNDAMENTAIS
 - A. Pobreza
 - B. Prevenção
 - C. Saúde da mulher
 - D. Saúde infantil e dos adolescentes

- III. QUADROS DE POLÍTICAS RELACIONADAS COM A SAÚDE
 - A. Redução da pobreza
 - B. Não discriminação e igualdade
 - C. Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade dos cuidados de saúde
 - D. Profissionais de saúde
 - E. Água e saneamento
 - F. Disponibilidade dos recursos

- IV. PARTICIPAÇÃO: O PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL
- V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

RELATÓRIO DO RELATOR ESPECIAL, PAUL HUNT, SOBRE O DIREITO DE TODOS DE GOZAREM DO PADRÃO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL O MAIS ELEVADO POSSÍVEL, NA SUA MISSÃO EM MOÇAMBIQUE (15-19 DE DEZEMBRO DE 2003)

Introdução

1. Nesta adenda ao seu relatório, o Relator Especial, relativamente ao direito de todos de gozarem do padrão de saúde física e mental o mais elevado possível (“direito à saúde”) reporta a sua missão em Moçambique, que teve lugar de 15 a 19 de Dezembro de 2003. O Relator Especial expressa os seus sinceros agradecimentos ao Governo moçambicano pelo apoio que lhe concedeu na preparação e ao longo da sua missão. Agradece, em particular, ao Ministro da Saúde, Dr. Francisco Songane e ao pessoal do Ministério da Saúde (MISAU) bem como ao pessoal da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Maputo. Os agradecimentos estendem-se aos escritórios das Nações Unidas em Moçambique, em especial aos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e ao Coordenador -Residente das Nações Unidas bem como aos escritórios do Alto Comissariado para os Direitos Humanos (ACDU), pelo apoio na facilitação de um programa de trabalho completo e diversificado.

2. O objectivo da missão foi o de compreender, dentro dum espírito de cooperação e diálogo, o modo como Moçambique está empenhado na implementação do direito humano à saúde, as medidas que foram tomadas para a sua concretização e os obstáculos encontrados, tanto a nível nacional como internacional. Ao longo da sua missão, o Relator Especial prestou atenção especial a dois temas transversais, a pobreza e discriminação/estigma, bem como a uma série de assuntos mais específicos, relacionados com o direito à saúde e detalhados ao longo deste relatório. Dentro dos limites estabelecidos em termos do número de palavras, o Relator Especial lamenta a impossibilidade de abordar em profundidade todos os assuntos importantes relacionados com o direito à saúde em Moçambique.

3. Durante a missão, o Relator Especial consultou uma vasta gama de actores, incluindo representantes de vários ministérios do Governo de Moçambique, Organizações Internacionais, doadores, organizações não -governamentais (ONGs), profissionais de saúde, associações de profissionais de saúde e pessoas que vivem com o HIV/SIDA. O Relator Especial teve a honra de ser recebido pelo Ministro da Saúde e pela Ministra da Mulher e Coordenação da Acção Social. Teve igualmente encontros com representantes do Ministério da Saúde, incluindo conselheiros legais e o Director Nacional do Plano e Cooperação; representantes do Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social; o Conselho Nacional do Combate ao SIDA; o Secretário Permanente do Ministério do Plano e Finanças e com a Direcção Nacional das Obras Públicas e Habitação. O Relator Especial manteve discussões com o pessoal de várias organizações das Nações Unidas incluindo a OMS, PNUD, Fundo das Nações Unidas para Ajuda à Infância (UNICEF), o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), o Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA (UNAIDS) e o Banco Mundial.¹ Além destes, manteve encontros com vários doadores, incluindo o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID) a agência Sueca para o Desenvolvimento e Cooperação (SDC), a Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional (CIDA), a Agência Norueguesa para o Desenvolvimento e Cooperação (NORAD), a Agência Japonesa para a Cooperação Internacional (JICA) e a Agência Irlandesa para o Desenvolvimento e Cooperação (DCI).

4. O Relator Especial consultou também representantes da sociedade civil. Relativamente à questão do direito à saúde, consultou ONGs nacionais e internacionais a trabalharem em Moçambique, incluindo os Médicos Sem Fronteiras, a AMODEFA (uma associação virada para o

planeamento familiar) e a Save the Children. Manteve encontros com as organizações Kindlimuka e RENSIDA, duas associações de pessoas que vivem com o HIV/SIDA e com o bispo de Maputo, que está muito envolvido na Campanha para a Redução da Malária. Além destes, teve encontros com duas associações da área da saúde, a Associação Nacional dos Enfermeiros de Moçambique e a Associação dos Médicos de Moçambique. O Relator Especial solicitou uma conferência de imprensa para conceder aos jornalistas um breve encontro em torno das suas observações preliminares. Contudo, tal conferência não se realizou.²

5. No decurso da sua missão, o Relator Especial visitou vários Hospitais, clínicas e centros de saúde. Em Maputo, visitou o Centro de Saúde do Alto Maé, o Centro de Saúde de Xipamanine e o Hospital Central. Na Província de Gaza visitou o Hospital Distrital do Chókwè, um centro de testagem e aconselhamento sobre o HIV/SIDA e um hospital para pessoas que vivem com o HIV/SIDA. Teve também um encontro com o Director Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane em Maputo.

6. O Relator Especial expressou o seu sincero agradecimento a todas pessoas com as quais se reuniu.

I. O DIREITO À SAÚDE: PRINCÍPIOS, NORMAS E PADRÕES.

A. Quadro Legal internacional

7. Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) estabeleceu os fundamentos para o quadro legal internacional relativo ao direito à saúde. Subsequentemente, o direito à saúde estava salvaguardado num vasto leque de instrumentos dos direitos humanos regionais e internacionais, incluindo a Convenção Internacional sobre os direitos Económicos, Sociais e Culturais (CIDESC) e a Carta Internacional dos Direitos Humanos e dos Cidadãos.³

8. O governo de Moçambique ratificou a Convenção sobre os Direitos Civis e Políticos (CIDCP) e o seu Segundo Protocolo Opcional, bem como outros grandes tratados sobre os direitos humanos, incluindo a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CIEFDR), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDM), a Convenção contra a Tortura e Outras Formas de Tratamento ou Penalização Cruéis, Desumanas ou Degradantes (CAT), a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e o seu Protocolo Opcional sobre o comércio de menores, a prostituição e a pornografia infantil, a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Cidadãos e a Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança. Estes tratados contêm cláusulas importantes relacionadas com o direito à saúde e oferecem um enquadramento à legislação e à política, a nível nacional.

9. Ainda que o Governo de Moçambique tenha ratificado muitos instrumentos que apontam ao direito à saúde, não ratificou a CIDESC. O Relator Especial apela ao Governo no sentido de o fazer o mais cedo possível.

10. De acordo com a lei internacional dos direitos humanos, o direito à saúde inclui o direito a cuidados de saúde adequados e disponíveis a tempo e horas, incluindo o acesso a medicamentos essenciais. Inclui também os factores determinantes que estão subjacentes à saúde, tais como o acesso a água potável e o saneamento adequado.

O direito à saúde inclui liberdades, tais como ser livre da discriminação e do tratamento médico

não consensual, e inclui condições, tais como cuidados de saúde prestados em tempo útil e adequado, saneamento adequado e educação em matéria de saúde. Resumidamente, o direito à saúde pode ser compreendido como sendo o direito ao gozo de uma variedade de infra-estruturas, bens e serviços, para atingir os padrões de saúde os mais elevados possíveis. Um Estado que faça parte de tratados internacionais relevantes, tem obrigação de tomar medidas que conduzam à realização progressiva do direito à saúde, utilizando o máximo dos seus recursos disponíveis.

11. Os Estados que assinaram os tratados sobre os direitos humanos, têm a obrigação de materializar as cláusulas contidas nesses tratados. Estas cláusulas incluem a obrigação de *respeitar* (i.e. não interferir), *proteger* (evitar que os outros interfiram), e cumprir (i.e. tomar medidas que visem facilitar a realização) com os direitos humanos, incluindo o direito à saúde. O Governo de Moçambique, no âmbito da sua ratificação de instrumentos legais internacionais, tais como a CEDM, a CRC, a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Cidadãos e a Carta Africana dos Direitos e Bem-estar da Criança, tem a obrigação de respeitar, proteger e cumprir com o direito à saúde, para todos os que se encontram na sua jurisdição. A comunidade internacional também tem a responsabilidade de apoiar Moçambique no cumprimento das obrigações relativas aos direitos humanos, pela via do apoio e da cooperação internacionais.⁴ As ONGs, os profissionais de saúde, homens de negócios e outros, também têm responsabilidades importantes no que diz respeito aos direitos à saúde em Moçambique⁵.

12. Para além das suas obrigações legais internacionais, o governo de Moçambique comprometeu-se a atingir várias metas relacionadas com a saúde, através da sua participação nas últimas conferências nacionais e internacionais, incluindo a participação na Cimeira do Milénio da Assembleia Geral, na Terceira Conferência das Nações Unidas sobre os Países Menos Desenvolvidos, na Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento, na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, na Cimeira Mundial sobre o Desenvolvimento Social, na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas para a Criança, na Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Relacionada, na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações sobre o HIV/SIDA, na Cimeira Africana para a Redução da Malária, e na Cimeira Africana sobre o HIV/SIDA, a Tuberculose e Outras Doenças Infecciosas Relacionadas⁶. O governo empenhou-se em traduzir estes compromissos em iniciativas operacionais a nível nacional, incluindo iniciativas planeadas a partir do Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2000-2004 (PARPA), através da Estratégia Nacional do Sida e doutros documentos relacionados com a política de Saúde.

B. Quadro Legal Nacional

13. Apesar dos numerosos desafios históricos, Moçambique registou progressos significativos, desde o estatuto colonial até a um estado democrático com eleições livres e transparentes e que tem se empenhado no respeito por um vasto leque de liberdades fundamentais e direitos humanos. De acordo com a sua constituição, a protecção e a promoção dos direitos humanos é um objectivo fundamental da República de Moçambique⁷. A Constituição garante que todos os cidadãos devem gozar dos mesmos direitos e obrigações sem distinção da cor, raça, sexo, origem étnica, lugar de nascimento, religião, nível de educação, posição social, estatuto legal dos seus parentes, ou sua profissão, e que homens e mulheres são iguais perante a lei em todas as esferas política, económica, social e cultural⁸. No que diz respeito aos cuidados de saúde, o artigo 94 da Constituição prevê que “todos os cidadãos têm os mesmos direitos ao tratamento e aos cuidados médicos, nos termos da lei, e têm o dever de promover e preservar a saúde”. A constituição estabelece que “os cuidados médicos e de saúde para os cidadãos devem ser

organizados por um serviço nacional de saúde que beneficie a todos os Moçambicanos”⁹.

14. O Governo adoptou recentemente uma legislação, e outros regulamentos relacionados, que tratam de alguns aspectos relacionados com a saúde. Por exemplo, em Fevereiro de 2002, foi adoptada uma legislação para proteger as pessoas que vivem com o HIV/SIDA da discriminação no local de trabalho e para combater o estigma e a exclusão relacionada com a doença. A lei 5/2002, inclui cláusulas que asseguram a privacidade e a confidencialidade, a testagem e o aconselhamento voluntário e o acesso aos cuidados e ao tratamento, das pessoas que vivem com o HIV. Em Abril de 2004, reconhecendo o impacto devastador do HIV/SIDA sobre as mulheres, homens e crianças em Moçambique, o Ministério da Indústria e Comércio produziu uma licença compulsiva, de modo a tornar os medicamentos para o tratamento do HIV/SIDA mais disponíveis e acessíveis. O Relator Especial enaltece o governo por estas iniciativas, as quais são todas vitais para a realização do direito de cada um à saúde, em Moçambique.

15. Contudo, a legislação sobre a saúde mental em Moçambique está muito ultrapassada. Além disso, não existe actualmente um recurso legal para a protecção específica dos direitos dos pacientes. **O Relator Especial encoraja o governo a rever e a corrigir a sua legislação sobre a saúde mental, de modo a assegurar que esta se encontra em conformidade com o direito à saúde e com os outros direitos humanos importantes. Ele encoraja também o governo a considerar a adopção de uma carta para a protecção dos direitos dos pacientes.** A tarefa da escrita da referida carta poderá ser incumbida a uma instituição nacional de direitos humanos (veja o próximo parágrafo).

C. Instituição nacional dos direitos humanos

16. A existência duma instituição nacional de direitos humanos independente pode ajudar a promover e a proteger os direitos humanos, incluindo o direito à saúde, trabalhando junto do governo, do sector judiciário, do sector público e da sociedade civil. **O Relator Especial encoraja o governo de Moçambique a criar uma instituição nacional de direitos humanos, de acordo com os padrões internacionais, como meio de fortalecer a capacidade dos direitos humanos no país. A instituição deve também prestar uma atenção especial à preparação de uma carta sobre a protecção dos direitos dos pacientes.**

II. O GOZO DO DIREITO À SAÚDE EM MOÇAMBIQUE: ALGUNS ASPECTOS FUNDAMENTAIS

17. O estabelecimento da saúde como uma prioridade, no documento da estratégia Moçambicana de redução da pobreza, no desenvolvimento de planos multi-sectoriais e do plano sectorial ligado à saúde, e a adopção da legislação relacionada com o direito à saúde, reflectem o compromisso do governo em resolver os problemas da saúde no país. Apesar disso, embora os indicadores de saúde em Moçambique tenham melhorado significativamente nos últimos anos, estes mantêm-se extremamente fracos, e há enormes barreiras para a realização dos direitos à saúde daqueles que vivem na pobreza. Os parágrafos que se seguem destacam algumas dessas barreiras, e os desafios inerentes à sua eliminação. O Relator Especial reconhece o efeito negativo da guerra civil (1976-1992) sobre o sistema de saúde, como reconhece também a negligência colonial em torno dos cuidados de saúde, antes da independência. Ele também reconhece o impacto dos recentes desastres naturais, incluindo a fome e as cheias que destruíram parte das infra-estruturas de saúde do país em 2000/1. Qualquer avaliação sobre a saúde em Moçambique

deve ser entendida dentro deste contexto.

A. Pobreza

18. Os problemas de saúde em Moçambique devem também ser entendidos dentro de um contexto de pobreza generalizada. No relatório do PNUD sobre o índice do desenvolvimento humano (2003), Moçambique ficou classificado na 170ª posição, num total de 173 países. O produto interno bruto é de USD 230 per capita, um valor muito abaixo até daqueles níveis dos países menos desenvolvidos (PMD). Aproximadamente 70% da população vive abaixo da linha de pobreza¹⁰.

B. Prevenção, tratamento e controlo das doenças

19. Em Moçambique, o HIV/SIDA, a malária, a diarreia e tuberculose são as principais causas de morbilidade e mortalidade. Estima-se que, entre 13 e 16% da população, vive com o HIV/SIDA¹¹. A malária constitui cerca de 30 e 40% das mortes em crianças menores de cinco anos, e é um problema em particular para algumas zonas rurais¹². As doenças relacionadas com a água e o saneamento, tais como a diarreia, a cólera, a disenteria, a malária, a sarna e a bilharziose, estão muito espalhadas e contribuem para uma grande parte da falta de saúde que se regista nas comunidades. Moçambique é, também, vulnerável ao surgimento da meningite meningocócica e da peste bubónica, particularmente nas zonas urbanas. A lepra continua a afectar algumas partes do país, embora nos últimos anos se tenham dado passos significativos rumo à sua erradicação.

20. A prevenção, o tratamento e controlo de doenças epidémicas, endémicas, ocupacionais e outras, é uma obrigação central do direito à saúde¹³. Os estados devem tomar medidas de modo a assegurar o acesso aos bens, instalações e serviços de prevenção e tratamento das doenças, incluindo assegurar o acesso aos medicamentos para o HIV/SIDA, a malária e a tuberculose; estabelecer programas de prevenção e de educação para os comportamentos ligados à saúde, tais como os comportamentos ligados às doenças sexualmente transmissíveis; e assegurar o acesso ao saneamento adequado e à água potável.

21. O Relator Especial enaltece o compromisso e a liderança demonstrados pelo governo moçambicano, ao mais alto nível, nos esforços para o combate ao HIV/SIDA através de uma abordagem compreensiva e multi-sectorial. No ano 2000 foi criado um Conselho Nacional de Combate ao SIDA, com o objectivo de coordenar as actividades do governo, da sociedade civil, dos doadores e das ONGs nacionais e internacionais. O conselho concentrou os esforços na prevenção, educação, sensibilização, e em actividades de tratamento e de apoio. Foi introduzida a educação sobre o HIV/SIDA no currículo escolar. Foram criados aproximadamente 25 centros de testagem e de aconselhamento voluntário, com o apoio de ONGs, ao mesmo tempo que se desenvolveram e promoveram directrizes nacionais sobre os GATV e sobre a transmissão vertical da mãe para o filho. Estão em curso grandes iniciativas que visam melhorar a prevenção, o tratamento e as actividades relacionadas com cuidados e apoio em todo o país, incluindo aquelas que advêm do financiamento proveniente do Fundo Global e do Projecto do Banco Mundial sobre o SIDA em Vários Países.

22. Contudo, ainda existem desafios significativos, bem como existe a necessidade urgente e premente de fortalecer as infra-estruturas de cuidados de saúde e a sua capacidade em recursos humanos, em todo o país, em particular à luz das recentes iniciativas que visam aumentar o acesso ao tratamento e à prevenção. Ainda existe estigma e discriminação contra as pessoas afectadas pelo HIV/SIDA em todo o lado, pese embora o esforço crescente de consciencialização por parte do governo, das ONGs e da sociedade civil. Os serviços e as infra-estruturas de saúde

continuam inacessíveis a muitos Moçambicanos, particularmente à população mais marginalizada, tal como as mulheres nas áreas rurais. São muito poucos os moçambicanos - menos de 1% dos necessitados - que estão a receber o tratamento para o HIV/SIDA, embora haja progressos com vista à redução significativa do preço dos anti-retrovirais e progressos na vontade política de disponibilizar o tratamento no sector público¹⁴. Na altura em que redigia este relatório, o Conselho Nacional do Combate ao Sida estava em processo de revisão do plano estratégico nacional para fazer face a estes desenvolvimentos e desafios, dando particular destaque à estratégia para aumentar a prevenção, os cuidados e o tratamento. **O Relator Especial recebeu a garantia de que a implementação do plano estratégico nacional iria aumentar significativamente o número de pessoas a receberem tratamento. O Relator recomenda que se acompanhe de perto o desenvolvimento desta previsão.**

C. Saúde das Mulheres

23. De acordo com o *Relatório Nacional do Desenvolvimento Humano* (RNDU), as políticas que visam a promoção do desenvolvimento da mulher, incluindo o acesso aos serviços de saúde, ainda não estão a produzir os efeitos desejados. A taxa de mortalidade materna em Moçambique está entre as maiores do mundo - uma estimativa recente coloca-a numa proporção de 1,083 mortes por cada 100,000 nascidos vivos¹⁵. As infeções sexualmente transmissíveis afectam as mulheres de uma forma desproporcional. Estima-se que 57% das pessoas que vivem com o HIV/SIDA sejam mulheres. As mulheres também sofrem desproporcionalmente com a epidemia, visto que são elas quem suporta o encargo de cuidar das pessoas que vivem com o HIV/SIDA. As gravidezes precoces e os abortos inseguros também são considerados um grande problema¹⁶. A violência doméstica, nas comunidades e escolas, bem como a violência sexual, é um outro problema particular de saúde que as mulheres e raparigas enfrentam em Moçambique, embora ainda não seja clara a dimensão do mesmo¹⁷. O governo de Moçambique tem a obrigação de assegurar o direito das mulheres à saúde através, entre outras formas, da tomada de medidas de modo a eliminar a discriminação contra as mulheres no campo da saúde e a assegurar que elas têm acesso aos serviços apropriados durante a gravidez¹⁸. Isto inclui fortalecer mais a mulher para a tomada de decisões relacionadas com a sua saúde sexual e reprodutiva, torná-la livre da coerção, da violência e da discriminação. **O Relator Especial encoraja o governo a prosseguir nos seus esforços de promover a igualdade do género e de acabar com a discriminação contra as mulheres no campo da saúde, bem como no combate contra a violência baseada no género.**

D. Saúde da Criança e do adolescente

24. A saúde das crianças é um assunto particularmente crítico - 44,5 % da população moçambicana tem menos de 15 anos de idade¹⁹. De acordo com um estudo recentemente realizado, cerca de 30-40% das crianças sofrem de malnutrição crónica²⁰. A taxa de mortalidade infantil, nas crianças com menos de 5 anos, estima-se em 219 por cada 1,000 nascidos vivos²¹. Embora esta seja uma melhoria significativa quando comparada com os 277 por cada 1,000 nascidos vivos em 1994, a epidemia do HIV irá fazer dividir ou reverter este declínio²². Os adolescentes enfrentam problemas de saúde, incluindo os problemas relacionados com uma elevada incidência da gravidez, abortos, altos níveis de infecção pelo HIV e com os casamentos precoces das raparigas.

25. Enquanto estado membro da Convenção sobre os direitos da criança, o governo de Moçambique tem a obrigação de desenvolver esforços pelo direito da criança à saúde, incluindo a tomada de medidas para a redução da mortalidade infantil, tem a obrigação de assegurar a assistência médica às crianças, e de combater as doenças e a malnutrição²³. **O Relator Especial**

reitera as recomendações feitas pelo Comité sobre os Direitos da Criança de 2002.²⁴

III. QUADRO DE POLÍTICAS RELACIONADAS COM A SAÚDE

26. As políticas mais importantes e abrangentes do governo em relação à redução da pobreza, incluindo os elementos ligados à saúde, são desenvolvidas no seu documento sobre a estratégia para a redução da pobreza, o Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2000-2004 (PARPA). No quadro mais amplo do PARPA, encontram-se os planos sectoriais e multi-sectoriais, com uma relevância fundamental para a saúde, bem como o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS), o Plano Nacional de Água (PNA) e a Plano Estratégico Nacional para o HIV/SIDA. Os objectivos do Desenvolvimento do Milénio, bem como outros compromissos assumidos em conferências internacionais, oferecem um quadro de metas e alvos acordados internacionalmente, a serem atingidos a nível nacional em Moçambique. O quadro das Nações Unidas para Assistência ao Desenvolvimento (UNDAF) estabelece o quadro comum para o desenvolvimento da cooperação das Agências das Nações Unidas em Moçambique.

27. Existe, em geral, uma grande concordância entre a visão que o governo tem da saúde e o direito à saúde. Esta realidade reflecte-se na declaração da missão do Ministério da Saúde²⁵ que, segundo observou o PESS, “expressa de forma resumida os direitos dos cidadãos” à assistência médica e à saúde e a obrigação [do ministério] de promover e defender a saúde, consagrada no artigo 94 da Constituição da República”.²⁶

28. Os componentes mais importantes do PESS também estão de acordo com o direito à saúde. Por exemplo, a prioridade que se dá à saúde materna e infantil, e os cuidados de saúde que se disponibilizam às pessoas que vivem na pobreza, são consistentes com o princípio da não discriminação e da igualdade, os quais são centrais no direito à saúde. O destaque que se dá a uma melhor prevenção, educação e nutrição, reflecte as obrigações que os Estados têm, de providenciarem pelos factores determinantes subjacentes à saúde, tais como a educação sanitária e nutricional.

29. Todavia, à excepção do UNDAF, os documentos políticos não se articulam com as políticas relevantes, as estratégias e os objectivos, no âmbito do quadro do direito à saúde e doutros direitos humanos relacionados, muito embora haja, nalguns pontos, referências aos direitos humanos.

30. **O Relator Especial recomenda que o direito à saúde e os outros direitos humanos relacionados sejam incluídos em todos documentos políticos nacionais e internacionais, e que seja fornecida assistência técnica aonde for necessário. As políticas baseadas nas normas sobre os direitos humanos, incluindo o direito à saúde, são mais susceptíveis de serem eficazes, consistentes, sustentáveis, inclusivas, equitativas e significativas, especialmente para os membros da sociedade que são mais vulneráveis e que se encontram em desvantagem.**

31. **Em particular, o Relator Especial, encoraja o Ministério da Saúde a integrar o direito à saúde em todas as suas actividades, como um meio de reforçar os elementos importantes das estratégias existentes, tais como a participação da comunidade, a redução da pobreza, a igualdade do género e a responsabilidade. Por exemplo, o quadro interno e internacional dos direitos humanos deve ser explicitamente reconhecido e integrado na revisão do PESS. A comunidade internacional, em particular os doadores e as organizações inter-governamentais devem ser encorajadas a apoiar Moçambique no cumprimento das suas obrigações sobre os direitos humanos dando apoio ao desenvolvimento e à implementação das políticas ligadas à saúde. O Relator Especial recomenda que os**

componentes do UNDAF relativos aos direitos humanos sejam fortalecidos e mais alargados no processo de revisão. Ele encoraja todas as agências, incluindo a OMS, a integrarem cada vez mais os direitos humanos, em particular o direito à saúde, nos seus trabalhos.

32. O Relator Especial sublinha a importância crucial da monitorização e da responsabilidade relativamente ao direito à saúde em Moçambique, tanto ao nível nacional como ao nível da assistência e da cooperação internacional. As políticas nacionais e internacionais requerem mecanismos efectivos que assegurem a transparência e a responsabilidade. Por exemplo, ao cumprirem com as suas responsabilidades de cooperação e de assistência internacional, os governos doadores e as suas instituições devem ser o mais transparente possível. Se um interveniente moçambicano desejar saber como é que um estado desenvolvido está a contribuir para a realização dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde em Moçambique, esta informação deve ser-lhe prontamente disponibilizada. Além disso, as razões que explicam as políticas dos parceiros devem ser claras e acessíveis. Qualquer grande mudança que haja na política deve ser antecipada, explicada e discutida. O governo, a sociedade civil e a população moçambicana, têm o direito a esta informação e a este processo; esta transparência é uma das qualidades que faz a distinção entre o cumprimento de uma responsabilidade internacional e um acto de caridade.

A. Redução da pobreza

33. A redução da pobreza pode constituir uma força positiva na realização do direito à saúde e dos outros direitos humanos, e vice-versa. De forma apropriada, a saúde é uma das seis prioridades do PARPA “com o objectivo de promover o desenvolvimento humano e de criar um ambiente favorável para um crescimento rápido e inclusivo, com base alargada”²⁷. O PARPA delinea muitos objectivos da saúde que são fundamentais no contexto da redução da pobreza, incluindo uma expansão e melhoramento dos cuidados primários, com destaque para os programas dirigidos à mulher e à criança; uma campanha para reverter o crescimento da epidemia do HIV/SIDA; grandes esforços na luta contra as doenças endémicas como a malária, a TB, a diarreia e a lepra; desenvolvimento dos recursos humanos; e outros importantes objectivos relacionados com a saúde, tais como o aumento da segurança alimentar e o fornecimento da água potável e saneamento.

34. Estes objectivos são consistentes com as normas do direito à saúde como, por exemplo, o direito de assegurar o acesso universal aos cuidados primários de saúde; a prevenção, o tratamento e o controlo do HIV/SIDA, da malária e da tuberculose; a redução da mortalidade materna e infantil; aumentar o acesso aos métodos contraceptivos seguros e eficazes; assegurar o acesso à água potável; e eliminar a desigualdade entre o género, no acesso aos cuidados de saúde. Não obstante, parece que o PARPA não está, actualmente, a encaminhar devidamente algumas preocupações respeitantes aos direitos humanos e relacionadas com a pobreza em Moçambique, bem como a situação dos grupos especialmente marginalizados, tais como as crianças afectadas pelo HIV/SIDA. **O Relator Especial recomenda que, durante o processo de revisão do PARPA se preste uma maior atenção à integração dos direitos humanos no mesmo, em particular dos direitos humanos dos grupos vulneráveis. Deve-se prestar uma atenção particular à resolução das desigualdades entre homens e as mulheres, bem como ao impacto da pobreza nos grupos vulneráveis, tais como as crianças afectadas pelo HIV/SIDA.**

35. Os objectivos do PARPA para a saúde, reflectem os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio relativos à saúde, como por exemplo a redução da mortalidade materna e infantil, o combate contra a malária e as melhorias no acesso à água potável. Contudo, alguns dos objectivos preconizados no quadro do PARPA, parecem diferir das metas dos Objectivos do

Desenvolvimento do Milénio. Face ao **compromisso internacional dos objectivos de Desenvolvimento do Milénio, incluindo o compromisso com o Banco Mundial, o Relator Especial recomenda que, durante a actualização do PARPA, o governo integre as metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio no mesmo e que o governo e a comunidade internacional dediquem o máximo de esforços e recursos para assegurar que os objectivos de Desenvolvimento do Milénio se transformam em realidade.**

B. Não-discriminação e Igualdade.

36. A discriminação com base no género, raça, etnicidade e outros factores, é um factor social determinante para a saúde. As desigualdades sociais, alimentadas pela discriminação e pela marginalização de alguns grupos em particular, têm influência quer na distribuição das doenças quer no panorama dos resultados de saúde entre os mais aflitos. Como consequência, o encargo da doença é suportado injustamente pelos grupos sociais vulneráveis e marginalizados. Ao mesmo tempo, a discriminação e o estigma associados a condições específicas da saúde, como por exemplo, à incapacidade mental e a doenças – tais como o HIV/SIDA - tendem a reforçar as divisões e as desigualdades sociais já existentes.²⁸

37. O governo identificou a existência de uma “necessidade contínua de dar prioridade aos grupos populacionais desfavorecidos”²⁹ e adoptou políticas que apontam, implícita ou explicitamente, aos problemas de saúde de alguns grupos desfavorecidos, em particular das mulheres que vivem em situação de pobreza e da população rural. Isto está em sintonia com os princípios importantes dos direitos humanos de não-discriminação e igualdade.

38. Um dos elementos importantes no combate à discriminação, é a identificação dos grupos afectados. A recolha de dados suficientes e seguros sobre a saúde, desagregados de acordo com os princípios que proíbem a discriminação, pode ser particularmente útil para a identificação da discriminação ou das disparidades que existem no gozo do direito à saúde.³⁰ Muitos dos dados sobre a saúde em Moçambique estão desagregados de acordo com a sua localização regional ou rural/urbana. O Relator Especial também enaltece a sugestão do PESS, de incorporar no seu sistema de monitorização, os dados sobre os cuidados de saúde desagregados com base no género.³¹ No entanto, para combater efectivamente a discriminação, é necessário fazer a identificação dos indivíduos e dos grupos em risco, seguido da elaboração e implementação de políticas e legislação apropriadas. A desagregação dos dados de saúde através dos princípios que proíbem a discriminação, é um passo importante neste processo. A comunidade internacional deve ajudar Moçambique a desenvolver a capacidade para recolher esses dados desagregados.

39. Género. O Relator Especial enaltece o governo de Moçambique por estabelecer a questão do género como uma prioridade nacional. Um desenvolvimento positivo neste sentido, é a recente criação de um Ministério da Mulher e Para Coordenação da Acção Social. No PESS dá-se uma atenção especial ao género, onde se afirma que este deve ser “analisado do ponto de vista da justiça social e dos direitos humanos” e que deve ser fortalecido “em todos os programas de saúde”. O PARPA dá um enfoque ao melhoramento do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde para a mulher, em particular da redução da taxa de mortalidade materna e do aumento da cobertura de partos institucionais.³² O PESS propõe várias estratégias de saúde viradas para o género, incluindo a pesquisa das relações entre o género e a saúde, a formação do pessoal da saúde em matéria de género, a promoção da igualdade do género, a promoção dos direitos de saúde reprodutiva, e a adopção de medidas de protecção legais contra o abuso sexual e a violência física ou doméstica.³³ Há um estudo sobre a violência que está a ser desenvolvido pela OMS, PNUD, UNICEF e pelos Ministérios da Saúde e da Justiça e que visa o desenvolvimento dum plano de combate à violência contra a mulher.

C. Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade dos cuidados de saúde

40. O direito à saúde inclui o direito a serviços de cuidados de saúde, a bens e a instalações disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de qualidade adequada.³⁴ No decurso da sua missão, houve várias preocupações relacionadas com estes aspectos fundamentais do direito à saúde em Moçambique, que chamaram a atenção do Relator Especial.

41. As unidades sanitárias, os bens e serviços, devem estar disponíveis e acessíveis - tanto física como economicamente - para todos, sem discriminação. Há uma série de factores que dificultam o acesso aos cuidados de saúde em Moçambique, incluindo o número insuficiente de unidades sanitárias, uma grande falta de profissionais de saúde, uma fraca participação da sociedade civil nos processos de tomada de decisões e a existência de casos de corrupção no sector da saúde.

42. De acordo com um inquérito realizado em 1999 há, no total, cerca de 40% da população que padece de uma doença em Moçambique e que não procura tratamento. As duas principais razões que contribuem para este facto são a distância em relação às unidades sanitárias e a falta de dinheiro.³⁵

43. Acessibilidade física. O Governo moçambicano tem feito esforços significativos para expandir a rede rural de saúde em todo o país. No período entre a independência e 1985, o número dos postos de saúde no país aumentou de 326 para 1,195.³⁶ Contudo, durante a guerra civil, muitas dessas unidades sanitárias foram atingidas, destruídas ou saqueadas. Desde 1994, o governo tem-se concentrado na reabilitação das infra-estruturas sanitárias e no melhoramento das unidades sanitárias, incluindo nas zonas rurais. Há mais de 400 unidades sanitárias que foram reabilitadas ou novamente construídas, embora se tenha constatado pouco progresso na expansão dos serviços de saúde para novas áreas. Com fundos próprios, o governo planeia construir, e reabilitar os centros de saúde e hospitais rurais já existentes, e o Ministério da Saúde está também a investigar abordagens inovadoras tais como a disponibilização de postos de saúde ambulatoriais, assim como postos de saúde com farmácias e agentes comunitários.³⁷

44. No entanto, apesar destes esforços, estima-se que haja apenas 50% da população que tem acesso aos serviços básicos de prevenção e tratamento.³⁸ Nas zonas rurais, a distância é particularmente proibitiva: a distância média entre a área residencial e o local onde se pode encontrar um médico é, em média, de 46 km, a distância para encontrar uma parteira é de 21 km e para encontrar um posto de saúde é de 19 km.³⁹ Há também desigualdades entre regiões, no acesso às unidades sanitárias. O Relator Especial reconhece o governo pelo seu compromisso de aumentar a disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde, bens e infra-estruturas. **Ele encoraja o governo a aumentar os seus esforços, de modo a assegurar o acesso aos serviços de saúde para a população rural, bem como o recrutamento de mais profissionais desta área.**

45. Acessibilidade económica. A distância para chegar às unidades sanitárias pode constituir um problema, nos locais aonde os doentes têm de pagar uma quantia significativa em dinheiro pelo transporte até à unidade sanitária. A cobrança da taxa também foi uma questão levantada por muitas organizações e por individualidades, durante a missão do Relator Especial.

46. De acordo com a lei 4/87 de 19 de Janeiro de 1987, as taxas oficiais de admissão e consulta são fixadas num valor relativamente baixo.⁴⁰ Há isenções para certos serviços, como por exemplo, para a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, e para alguns grupos como os idosos, as crianças menores de 5 anos idade, os pobres e outros. Teoricamente, estas isenções podem ajudar a assegurar a igualdade no acesso aos cuidados de saúde. Contudo,

algumas pessoas com quem o Relator Especial se reuniu, expressaram a opinião de que o sistema de pagamento de consultas continua a constituir uma barreira para as pessoas que vivem na pobreza.⁴¹ Um relatório publicado pelo Banco Mundial, menciona algumas dessas críticas:

“Na realidade, o sistema é complexo e raramente funciona. Não existem directrizes claras que definam as categorias de isenção ou que dêem instruções sobre como cobrar as taxas e sobre como usar os fundos cobrados. As categorias que são difíceis de definir, como a do pobre, não goza de isenção e, mesmo que as pessoas sejam isentas dos valores oficiais, de modo a obterem serviços, elas pagam valores não oficiais... O sistema está claramente a lesar os pobres e a aumentar as desigualdades.”⁴²

47. Para além dos preços estabelecidos por lei, a cobrança ilícita de valores aos utentes é considerada um grande problema em Moçambique.

48. Embora as taxas oficiais sejam estabelecidas a um valor relativamente baixo, há um estudo recente que investigou o efeito que teria a eliminação da actual taxa de 1,000 meticaís (MT) nos postos de saúde das zonas rurais, e que concluiu que a eliminação desta taxa iria aumentar em mais de 10% a probabilidade média prevista para a procura de tratamento. O estudo também projectou uma subida da taxa de consulta para 5,000 MT e constatou que tal situação resultaria numa grande redução da procura de cuidados médicos e na probabilidade de, em casos de doença, as pessoas não se dirigirem a uma unidade sanitária.⁴³ Por outras palavras, de acordo com este estudo, as taxas de consulta inibem o acesso aos cuidados de saúde, pelo menos, no caso de cuidados primários, e qualquer subida poderá constituir mais um impedimento na procura dos cuidados essenciais de saúde.

49. A questão das taxas de consulta tem sido discutida nos últimos anos em documentos do governo e nas instituições financeiras internacionais. Actualmente, as taxas dos utentes representam cerca de 3% do total dos rendimentos da área de saúde, para o governo. O PARPA contempla o possível papel que as taxas de consulta poderão ter na recuperação das despesas do sector de saúde pública.⁴⁴ O Relator Especial compreende que o governo seja contra a cobrança de taxas de consulta com a finalidade de recuperar custos. No encontro que teve com o Banco Mundial, o Relator foi informado que o governo não tem actualmente uma posição formal sobre a taxa de consulta em Moçambique. No passado, as instituições financeiras internacionais encorajaram o Governo a procurar recuperar as despesas através das taxas moderadoras.⁴⁵

50. Em muitos países, as taxas de consulta tendem a excluir os pobres e outros grupos marginalizados dos serviços essenciais de saúde,⁴⁶ e esta situação pode ser considerada como inconsistente com o direito à saúde. Por isso, o Relator Especial está fortemente empenhado na recomendação da abolição das taxas dos utentes em Moçambique, com o argumento de que elas constituem um obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde, especialmente para os que vivem na pobreza.

51. No entanto, a evidência é pouco clara nalguns detalhes. Por exemplo, qual seria o impacto que teria a abolição das taxas de consulta, para ter acesso ao nível mais baixo de prestação de serviços, e para qualquer posterior encaminhamento para níveis mais altos, ao mesmo tempo que se mantivesse uma pequena taxa para um paciente que decidiu ir directamente ao segundo nível, sem ser encaminhado a partir do nível mais baixo? Tal abordagem encorajaria os doentes a dirigirem-se inicialmente ao nível mais baixo da prestação de serviços de saúde, o que pode aliviar o congestionamento desnecessário nos níveis mais altos. Por outro lado, tal iniciativa só seria justa se toda a população tivesse acesso às unidades sanitárias primárias, de forma igualmente conveniente.

52. Assim, o Relator Especial recomenda que o Ministério da Saúde faça uma revisão independente das taxas de consulta, com o apoio técnico da OMS. A revisão deve determinar se a taxa de consulta impede o acesso, especialmente àqueles que vivem na pobreza, às mulheres e a outros grupos desfavorecidos e, se tal for o caso, determinar se essa taxa deve ser abolida em todos os locais ou se deve ser mantida em algumas circunstâncias limitadas, tais como naquelas indicadas no parágrafo anterior. A revisão deve incluir as taxas dos serviços médicos e os medicamentos. O processo de revisão deve incluir a participação de grupos desfavorecidos. O Relator Especial também recomenda que a comunidade doadora em Moçambique tome uma posição clara sobre as taxas de consulta no sector da saúde, tendo em conta (i) a evidência do impacto das taxas de consulta para os que vivem na pobreza e (ii) as obrigações do Governo, do ponto de vista dos direitos humanos, de disponibilizar serviços médicos sem discriminação na lei ou de facto. Se a evidência confirmar que as taxas de consulta inibem o acesso ao tratamento, especialmente para os que vivem na pobreza e para outros grupos desfavorecidos, então pode-se concluir que a sua introdução ou retenção é inconsistente com o direito à saúde.

53. Aceitabilidade. Todas as unidades sanitárias, bens e serviços, devem respeitar a ética médica e devem ser culturalmente adequados, i.e. devem respeitar a cultura dos indivíduos, das minorias, populações e comunidades, devem ser sensíveis a questões de género e às exigências do ciclo da vida, bem como devem ser concebidas para respeitar a confidencialidade e melhorar o estado de saúde dos necessitados. Há várias questões relacionadas com a aceitabilidade que foram levantadas no decurso dos encontros que o Relator Especial manteve. Uma das questões levantadas é a falta de respeito de alguns profissionais para com os doentes. O Relator Especial também foi informado de casos de divulgação de informações sobre a condição de HIV/SIDA de pacientes. **Ele insta os profissionais da saúde a respeitarem, em todos os momentos, os direitos humanos dos doentes e recomenda que os direitos humanos façam parte obrigatória da sua formação.**

D. Profissionais de Saúde

54. O direito à saúde requer que haja unidades de cuidados de saúde e de saúde pública em funcionamento, e que haja bens e serviços disponíveis em quantidades suficientes. Isto inclui o pessoal profissional de saúde qualificado, a receber salários competitivos a nível nacional.⁴⁷

55. Há uma grande escassez de profissionais de saúde em Moçambique. Uma estimativa recente indica que existem apenas 3 médicos por cada 100,000 pessoas.⁴⁸

56. Um dos maiores objectivos do governo moçambicano é aumentar a cobertura dos serviços de saúde, tornando as unidades sanitárias mais acessíveis. Tanto o PARPA, como o PESS, referem que os recursos humanos do sector da saúde precisam de ser aumentados.⁴⁹ Contudo, se não houver um aumento significativo do número de profissionais de saúde a todos os níveis, o Relator Especial teme que o Governo de Moçambique não seja capaz de estabelecer um sistema de saúde que seja consistente com as suas obrigações, no contexto do direito à saúde. **O Relator Especial recomenda vivamente que se dê mais atenção à componente dos recursos humanos existente na estratégia de saúde do Governo e que haja muito mais investimento nesta área do que o que tem havido até ao presente momento.**

57. O assunto é multifacetado. Existe a necessidade de formar mais profissionais de saúde. Dada a curta duração da missão, o Relator Especial não conseguiu obter uma informação adequada sobre qual o número de profissionais de saúde que seria necessário para satisfazer as necessidades de saúde em Moçambique, ou qual seria a prioridade do tipo de profissionais de saúde. No entanto, ele entende que a definição de prioridades deve ser feita em consulta com

todos os intervenientes relevantes.

58. Não será possível haver formação de mais profissionais de saúde se não houver um melhoramento e alargamento da capacidade de formação médica de Moçambique. Desde 1975 que a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, a única Universidade a formar médicos, tem estado a graduar uma média de 21 médicos por ano.⁵⁰ Este número é particularmente baixo, tendo em conta a actual falta de médicos. Será necessário aumentar consideravelmente os investimentos no Hospital Central de Maputo e nas unidades sanitárias com função formadora, seleccionadas a nível das províncias, para formar mais médicos e outros profissionais de saúde.

59. Há um outro aspecto que é a necessidade de melhorar os contratos e as condições dos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde que trabalham no sector público, em particular os profissionais de saúde de nível alto e médio, recebem salários inferiores àqueles que se pagam no mercado. De acordo com a informação recebida pelo Relator Especial, este facto contribui para outros problemas, tais como a cobrança ilícita da taxa de consulta. Os problemas não se limitam ao nível da remuneração, mas afectam também a disponibilidade de materiais básicos e do equipamento necessário para que os trabalhadores da saúde possam desempenhar as suas funções de forma profissional e com segurança. O melhoramento dos contratos e das condições de trabalho irá aumentar a taxa de retenção dos profissionais nos seus postos de trabalho, irá melhorar a moral e reduzir a corrupção no sector da saúde.

60. A formação, o recrutamento e o emprego de profissionais de saúde exigem muitos recursos. Durante a sua missão, o Relator Especial foi informado de que o Fundo Comum estabelecido pelo memorando de entendimento de Novembro de 2003, uma iniciativa louvável através da qual muitos doadores bilaterais se juntaram na assistência internacional para o desenvolvimento, sob o controlo do Ministério da Saúde, pode ser usado para melhorar os recursos humanos no sector da saúde. O Relator foi ainda informado de que os limites orçamentais não seriam alargados ao Fundo Comum. **O Relator Especial encoraja o governo Moçambicano e os seus parceiros financeiros, a considerarem o aumento dos recursos disponíveis dentro do Fundo Comum, de modo a resolver a necessidade urgente de mais profissionais de saúde, bem como a necessidade de melhores contratos e condições de trabalho.**

61. Moçambique deveria beneficiar de um conselho médico estatutário, responsável pela regulamentação, registo, apoio e disciplina dos profissionais de saúde.⁵¹ **O Relator Especial encoraja o governo a consultar, de forma abrangente, os profissionais da saúde e outras partes interessadas, relativamente à estrutura proposta, ao mandato e poderes do conselho médico procurando, também, definir se um conselho deve ser responsável por todos os profissionais de saúde, ou se se devem criar diferentes conselhos para diferentes categorias de profissionais de saúde. O Relator Especial é da opinião que o governo poderia contactar o Secretariado da Commonwealth para se informar se este poderia prestar apoio técnico à criação de um conselho médico.**

E. Água e saneamento

62. O direito à saúde estende-se para além do direito aos serviços de cuidados de saúde e inclui também o direito aos factores determinantes subjacentes ao direito à saúde, tais como a água e o saneamento. Em Moçambique, a água e o saneamento caracterizam-se por baixos níveis de cobertura, por serviços fracos de abastecimento e pela fraca sustentabilidade;⁵² há 75% da população rural e 60% da população urbana que não têm acesso a infra-estruturas de saneamento adequadas, e 71% da população rural e 64% da população urbana que não têm acesso a água

potável. São comuns as doenças relacionadas com os problemas da água e saneamento, tais como a malária, a cólera, a diarreia, a sarna e a bilharzíase.⁵³

63. O governo tem feito alguns progressos na melhoria do acesso à água potável e ao saneamento adequado. Em 1995, foi desenvolvida uma Política Nacional de Água, seguida de um Plano de Transição da Água Rural, em 1997. Têm sido feitos esforços para estabelecer um quadro institucional para a implementação destas políticas. Contudo, há grandes lacunas que terão de ser colmatadas, de modo a atingir as Metas do Desenvolvimento do Milénio, incluindo a necessidade de assegurar programas adequados para a promoção do saneamento e do comportamento higiénico; o envolvimento dos utentes na implementação dos projectos; e o fortalecimento das mulheres como “agentes da mudança” em práticas higiénicas.⁵⁴ **Deve-se prestar uma atenção especial à satisfação das necessidades da população rural. O Relator Especial encoraja também o governo de Moçambique e os seus parceiros financeiros a estabelecerem um Fundo Comum para os serviços da água e saneamento, dentro das linhas do Fundo Comum para o sector da saúde.**

F. Disponibilidade de recursos

64. A lei internacional dos direitos humanos reconhece a necessidade de recursos para o cumprimento de muitos dos aspectos do direito à saúde. A lei obriga os Estados a reconhecerem de forma progressiva, o direito à saúde, em concordância com o máximo de recursos disponíveis, incluindo aqueles disponibilizados pela comunidade internacional. As quatro maiores fontes de financiamento para a saúde em Moçambique são o Tesouro, os financiadores bilaterais e multilaterais, os empregadores e as famílias. **De acordo com as leis internacionais dos direitos humanos, os Estados têm a responsabilidade primária de disponibilizar os recursos para a realização do direito à saúde. Assim, cabe ao Tesouro disponibilizar o máximo de recursos para melhorar os resultados da saúde no país. O Relator Especial também realça a responsabilidade da comunidade internacional em fornecer assistência e cooperação, de forma sustentável, aos esforços que Moçambique está a empreender para a implementação das suas obrigações internacionais, em matéria de direitos humanos.**

65. A Nível nacional. O orçamento nacional e os outros quadros orçamentais relevantes relacionados com Moçambique, devem reflectir as obrigações do governo perante o direito à saúde, atribuindo o máximo de recursos disponíveis ao direito à saúde. À luz da iniciativa para os Países Altamente Endividados (HIPC) e das iniciativas HIPC Realçadas (eHIPC) as despesas em saúde aumentaram nos últimos anos, tanto em termos reais, como na proporção do total das despesas do governo (1998 – 7,1%; 1999 – 9,0%; 2000 – 10,1%).⁵⁵ Enquanto proporção do total das despesas do governo, 10,1% é um dos níveis mais elevados de África.

66. Apesar disso, o Relator Especial observa que as despesas com a saúde ainda se encontram muito abaixo dos USD 10 per capita. Estes números ainda se encontram muito abaixo do mínimo das recomendações internacionais para as despesas na saúde, o qual se situa num mínimo de USD 34 per capita.⁵⁶ O Relator Especial também lamenta que, em 2003, o governo tenha disponibilizado uma despesa inferior para a saúde, em comparação com anos anteriores. O Relator Especial questiona se as atribuições de fundos para a saúde são as adequadas para garantir os níveis mínimos essenciais do direito à saúde, e recorda que o governo se deve assegurar que dedica *o máximo de recursos disponíveis* à saúde, incluindo os recursos disponibilizados pela comunidade internacional. O Relator Especial observa também que, em 2002, o Comité dos Direitos da Criança expressou uma preocupação pela falta de recursos humanos e materiais nas instituições do Estado ligadas à saúde, e recomendou que o governo aumentasse a proporção dos recursos gastos na saúde bem como noutras áreas prioritárias, aonde for necessário no quadro da cooperação internacional.⁵⁷

67. Tornar os recursos mais disponíveis significa fazer o desembolso pontual dos recursos. O Relator Especial ficou preocupado com informações sobre atrasos nos fundos dos doadores e sobre atrasos no desembolso de recursos, do nível central para as províncias. No sector da saúde, estes atrasos podem ser extremamente graves e podem pôr em causa o direito à saúde ou à vida. Um outro aspecto é a capacidade do sistema de saúde para absorver os recursos: algumas pessoas afirmaram que, mesmo quando os recursos eram disponibilizados, estes não eram utilizados. Para além de aumentar os recursos do sector da saúde, o Relator Especial insta o governo e os doadores a solucionarem este problema dos atrasos e da capacidade de absorção.

68. No decurso da sua missão, o Relator Especial foi alertado, em termos gerais, para o problema da corrupção em Moçambique, incluindo no sector da saúde. Embora o Relator Especial tenha sido alertado para o facto de a corrupção ser generalizada no sector da saúde, ele não foi informado sobre casos específicos de corrupção. Algumas ONGs também lamentaram o desvio de fundos por parte de algumas organizações da sociedade civil.

69. A corrupção pode constituir um constrangimento grave ao gozo do direito à saúde, por exemplo, quando há recursos que são disponibilizados para o sistema de cuidados de saúde e que são desviados para bolsos alheios ou quando é o suborno que define as prioridades. Aqueles que vivem na pobreza são os que mais sofrem, inevitavelmente, com a corrupção. As características essenciais do direito à saúde incluem a participação, o acesso à informação, a transparência, o controlo e a prestação de contas. Cada uma destas características ajuda a estabelecer um ambiente aonde corrupção não tem lugar. **Por outras palavras, uma política para o direito à saúde é também uma política contra a corrupção.**

70. O Relator Especial recebeu informações de que, desde a sua visita, o governo adoptou uma lei anti-corrupção.⁵⁸ O PARPA também assumiu um compromisso de prevenir a generalização da corrupção, de reduzir a sua incidência no seio dos trabalhadores do sector público e de adoptar mecanismos reguladores visando a prevenção, investigação e julgamento das práticas de corrupção.⁵⁹ **Em linha com as obrigações do governo, incluindo aquelas dos seus funcionários, de respeitar o direito à saúde, e em linha com a obrigação do governo de proteger o direito à saúde da interferência de terceiros, o Relator Especial insta o governo a desenvolver todas as acções adequadas para combater a corrupção no sector da saúde. Ele recomenda que o Ministério da Saúde integre o direito à saúde – incluindo a questão da transparência e da responsabilização – em todas as suas políticas e programas, e em que renove publicamente o seu compromisso de acabar com a corrupção no sector da saúde.**

71. Parceiros internacionais. A realização do direito à saúde em Moçambique está estreitamente ligada ao apoio dos doadores. Os doadores contribuem significativamente para o sector de saúde, numa percentagem estimada em 50 – 60% das despesas globais. O PARPA inclui um objectivo que é o de reduzir a dependência financeira externa como percentagem do PIB.⁶⁰ Uma vez que a dependência da ajuda é um assunto grave, qualquer redução que haja da ajuda não deve pôr em risco os objectivos para a saúde, associados às Metas do Desenvolvimento do Milénio e aos níveis mínimos essenciais do direito à saúde. O Relator Especial realça que a disponibilização de assistência financeira e técnica, por parte dos países desenvolvidos ao governo moçambicano, não é um acto de caridade. É uma responsabilidade internacional, prevista nas obrigações internacionais de assistência e cooperação, prescritas no conjunto dos tratados internacionais sobre os direitos humanos, como por exemplo, a CRC e a ICESCR. Segundo a declaração da CDESCR, “Dependendo da disponibilidade dos recursos, os países devem facilitar o acesso às infra-estruturas sanitárias, bens e serviços essenciais noutros países, onde for possível, e disponibilizar ajuda necessária quando esta for solicitada”⁶¹ A Declaração do Milénio das Nações Unidas e outros documentos de conferências internacionais, confirmam que a responsabilidade de

erradicação da pobreza absoluta deve ser partilhada por todos os actores, enquanto a Meta do Desenvolvimento do Milénio N.8 coloca esta responsabilidade particularmente nos países desenvolvidos, incluindo o aumento da assistência para o desenvolvimento, por parte dos países que estão comprometidos com a redução da pobreza. Assim, cabe aos países desenvolvidos prestar assistência internacional e cooperação ao governo de Moçambique. **Uma vez que os parceiros bilaterais e multilaterais já dão um contributo indispensável ao sector da saúde, recomenda-se vigorosamente que estes aumentem o seu apoio financeiro e assistência técnica ao sector da saúde em Moçambique.**

72. Nos últimos anos, os parceiros de cooperação bilaterais e multilaterais desenvolveram uma abordagem mais integrada e coordenada, em relação à sua assistência financeira e técnica ao sector da saúde. Por exemplo, o Compromisso do Kaya Kwanga (Código de Conduta) e o memorando de entendimento sobre o Fundo Comum de Apoio ao Sector da Saúde (Novembro de 2003) representam um progresso significativo. O Fundo Comum deve ajudar o Ministério da Saúde a assegurar um grande controlo sobre a atribuição dos recursos dos doadores, de acordo com as prioridades nacionais. No entanto, alguns parceiros principais, principalmente a USAID e o Japão, recusaram-se a ser signatários do memorando de entendimento. Assim, o governo de Moçambique tem de estabelecer acordos bilaterais no sector da saúde, bem como no Fundo Comum, o que tende a agravar a sua falta sistemática de capacidade.

73. **Em consequência, o Relator Especial recomenda que todos os parceiros de cooperação bilateral e multilateral desenvolvam uma abordagem integrada e coordenada no sector da saúde, que seja o mais compreensível, simples e eficiente possível. Em particular, ele recomenda que a USAID e o Japão se juntem ao Fundo Comum. Esta necessidade de uma maior integração e coordenação não se limita ao sector da saúde, da forma como este é representado pelo Ministério da Saúde e da forma como está reflectido no memorando de entendimento de Novembro de 2003. Por exemplo, deve ser assinado o mais rápido possível um memorando de entendimento que abranja o Ministério das Obras Públicas e Habitação (cujas responsabilidades pesam muito sobre a saúde dos moçambicanos). Os parceiros bilaterais e multilaterais devem assegurar que todas as contribuições feitas para o Fundo Comum, ou outros mecanismos, sejam pagas prontamente de acordo com o calendário estabelecido.**

74. **Para além das contribuições feitas pelos doadores financeiros, deve-se reconhecer, apoiar e melhorar o papel vital que o sistema das Nações Unidas desempenha em Moçambique, incluindo a disponibilização da provisão de cooperação técnica e assistência.**

75. Instituições financeiras internacionais. As instituições financeiras internacionais (IFIs) têm desempenhado um papel importante em Moçambique desde os meados de 1980, com o ajustamento de programas, o apoio ao desenvolvimento e a assistência técnica. **O Relator Especial sublinha que cabe às IFIs respeitar as obrigações nacionais e internacionais do governo de Moçambique, relativas aos direitos humanos. Elas não devem seguir políticas nem encorajar o governo a seguir políticas que sejam inconsistentes com as suas obrigações em relação aos direitos humanos.** O Relator Especial encoraja as IFIs (e outros actores) a utilizarem a avaliação do impacto para determinar o efeito que têm as políticas ou os projectos, nas pessoas que vivem na pobreza ou noutros grupos marginalizados como as mulheres, crianças e pessoas que vivem com o HIV/SIDA.

76. O Relator Especial reconhece a importância que tem o HIPC e as iniciativas do eHIPC, do ponto de vista do direito à saúde. Os recursos facultados pelas iniciativas HIPC e eHIPC são atribuídos a programas fundamentais de luta contra a pobreza e, de 1997 a 2002, o perdão da dívida contribuiu com 110 biliões de meticais para o sector da saúde.⁶²

77. Para além de estabelecer as prioridades das políticas nacionais do governo, o PARPA fornece uma base de apoio aos programas das IFIs e tornou-se uma plataforma significativa para o apoio dos doadores e das Nações Unidas. Dado que o PARPA é um documento nacional, ele deve ser aprovado pelo FMI e pelo Banco Mundial, se pretender atrair apoios para o programa através destas instituições. **O Relator Especial recomenda às IFIs que, quando avaliam e fazem recomendações sobre as estratégias criadas por Moçambique, incluindo as Avaliações Conjuntas dos Trabalhadores, tenham em consideração as obrigações nacionais e internacionais de Moçambique que rodeiam os direitos humanos.**

78. Apesar do enfoque significativo das Metas do Desenvolvimento do Milénio sobre a saúde, o sector da saúde em Moçambique não parece constituir prioridade para a assistência do Banco Mundial. O apoio do Banco Mundial ao sector da saúde é muito modesto e corresponde aproximadamente a 13% do apoio total do Banco Mundial, em comparação com os 14% para a água e saneamento, os 16% para a educação e os 38% para a área dos transportes.⁶³ O primeiro crédito de apoio à redução da pobreza (PRSC) desembolsado pelo Banco Mundial não inclui fundos para o sector da saúde. **O Relator Especial está preocupado com a forma como este apoio é limitado e defende que o Banco Mundial se concentre mais na assistência ao sector da saúde. Ele encoraja o Banco Mundial a assegurar que o seu segundo PRSC presta a devida atenção ao sector da saúde, para além dos outros sectores vitais para a redução da pobreza e vitais para os direitos humanos e saúde, tais como a água e saneamento.**

IV. PARTICIPAÇÃO: O PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL

79. Enquanto os países têm a obrigação de cumprir com os direitos humanos, o empenho da sociedade é essencial para o gozo desses direitos. Tanto o PARPA como o PESS realçam a importância da participação da sociedade civil. Aquando da elaboração dos planos para o sector da saúde ⁶⁴ fizeram-se consultas à sociedade civil, embora algumas organizações da sociedade civil tenham afirmado que o processo participativo não mobilizou a sociedade civil da forma adequada. O governo também está no processo de elaboração de uma política para a participação da comunidade na saúde. O Relator Especial reconhece os esforços envidados para melhorar a participação da sociedade civil, tanto em relação às políticas da saúde como em relação a programas e a outras iniciativas ligadas à saúde.

80. A política para a melhoria da participação responde muito bem ao direito humano de participar e a outros direitos relacionados, tais como o direito a participar na resolução dos assuntos públicos. A participação da população em todas as situações de tomada de decisão relacionadas com a saúde, aos níveis da comunidade, nacional e internacional é um elemento importante do direito à saúde. Este princípio está consagrado na Constituição de Moçambique que refere que “o Estado deve promover a participação dos cidadãos e instituições na elevação do nível de saúde pública”.⁶⁵

81. **O Relator Especial encoraja o governo a procurar, de forma activa, o empenho da sociedade civil no sector da saúde, incluindo ONGs e grupos marginalizados tais como mulheres, crianças, idosos e pessoas que vivem com o HIV/SIDA. Por exemplo, uma das características fundamentais da revisão do PARPA deve ser a participação significativa da sociedade civil .**

82. **O Relator Especial recomenda também que os meios de comunicação social sejam bem informados sobre as iniciativas do governo para o sector da saúde. Uma imprensa independente pode ajudar a melhorar a participação da população e a responsabilidade da comunidade, e terá um papel crucial a desempenhar em qualquer iniciativa de grande**

escala e na campanha de informação pública efectiva contra o HIV/SIDA. O governo deve considerar os meios de comunicação social como aliados, na luta por um melhor sistema de saúde e contra a corrupção no sector da saúde e noutros sectores. Pelo seu lado, os meios de comunicação social devem fazer uma cobertura realista dos assuntos relacionados com a saúde.

83. Os grupos da sociedade civil têm estado a trabalhar activamente para melhorar a situação da saúde, dos Moçambicanos que vivem na pobreza. Muitas destas iniciativas impressionantes não se têm fundamentado explicitamente nos direitos humanos, embora tenha havido uma grande correspondência entre estas iniciativas e as normas e princípios dos direitos humanos. O valor acrescido dos direitos humanos é o facto de estes darem origem a direitos, obrigações, responsabilidade e participação, e isto pode ajudar a fortalecer as comunidades – mas para isso, é preciso conhecer os direitos humanos. **O Relator Especial sugere que, nas suas actividades e campanhas, as organizações da sociedade civil utilizem uma linguagem mais explícita sobre os direitos humanos, incluindo o direito à saúde.**

84. O PESS reconhece que, em geral, a participação da comunidade ainda é fraca e esporádica. Este programa aponta que “até ao momento, a participação da comunidade consistiu na colaboração para a execução dos programas de saúde e não na planificação, avaliação, controlo e gestão de algumas actividades deste sector.”⁶⁶ As actuais estruturas da saúde não trabalham com a comunidade local para desenvolver as formas mais adequadas de prestação de serviços, e esta falta de empenho pode conduzir a uma redução na utilização dos serviços.⁶⁷ Uma abordagem dos direitos humanos para a saúde requer uma participação activa e informada da comunidade, incluindo na formulação, implementação e controlo das estratégias, políticas e programas da saúde. O apoio da comunidade também pode contribuir para que haja um ambiente que conduza a testagens voluntárias e aconselhamentos eficazes sobre o HIV/SIDA; a que haja campanhas de prevenção contra a transmissão do HIV/SIDA entre a população jovem; e ao cumprimento do tratamento, bem como à redução do estigma, de uma forma mais generalizada.

V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

85. **As conclusões e recomendações específicas do Relator Especial são apresentadas ao longo do presente relatório. Aqui, dá-se uma ênfase particular a algumas observações conclusivas, gerais e fundamentais.**

86. **O compromisso do governo de Moçambique e dos parceiros financeiros bilaterais e multilaterais, de enfrentar os desafios da pobreza em Moçambique, reflecte-se claramente na prioridade que se dá à saúde, dentro das estratégias nacionais de redução da pobreza, bem como no desenvolvimento de políticas adequadas, estratégias e regulamentos, no sector da saúde. No entanto, para que estas iniciativas sejam mais sustentáveis e equitativas, o Relator Especial encoraja o governo a integrar explicitamente as normas dos direitos humanos, incluindo o direito à saúde, em todos os documentos políticos nacionais e internacionais, dando uma particular atenção aos princípios fundamentais dos direitos humanos, tais como a participação, a não discriminação, a igualdade, o acesso à informação, a transparência, o controlo e a responsabilidade. Neste contexto, ele sugere que seja disponibilizada assistência técnica ao governo, aonde for necessário.**

87. **O Relator Especial sublinha a necessidade de resolver o problema de desfasamento entre a existência de muitas iniciativas políticas que são recomendáveis em Moçambique e a falta de capacidade do país para as pôr em prática. Ele encoraja o governo e os seus**

parceiros de cooperação bilateral e multilateral a desenvolverem uma abordagem integrada e coordenada no sector da saúde que seja o mais abrangente, eficaz e simples possível.

88. O Relator Especial recorda o papel central que os profissionais de saúde desempenham na prestação dos serviços de saúde. Ele sublinha a necessidade de aumentar significativamente o número de profissionais de saúde e de melhorar os seus contratos e condições de trabalho, incluindo os níveis de remuneração. O melhoramento dos contratos e das condições de trabalho aumentará o número de funcionários que permanecem nos seus postos de trabalho e reduzirá a corrupção.

89. O Relator Especial destaca a necessidade de se atribuírem os recursos adequados ao sector da saúde e aos sectores com este relacionados, e que estes recursos sirvam para resolver os maiores problemas relacionados com o direito à saúde, no país.

90. O Relator Especial encoraja o governo de Moçambique a estabelecer mecanismos de responsabilização que se baseiem nos direitos humanos relacionados com a saúde, incluindo a criação de uma instituição nacional dos direitos humanos; uma carta para a protecção dos direitos dos pacientes; e um conselho médico estatutário responsável pela regulamentação, registo, apoio e manutenção da disciplina dos profissionais de saúde. Ele também encoraja o governo a ratificar o ICESCR, que constitui uma forma de responsabilização internacional.

91. O Relator Especial encoraja o governo a melhorar activamente a participação da comunidade no sector da saúde, inclusive através de uma colaboração próxima com as ONGs.

.....

Notas

1 O Relator Especial também solicitou um encontro com a sede do Fundo Monetário Internacional no país.

2 O Relator Especial publicou um comunicado de imprensa com as observações preliminares sobre a sua missão no dia 23 de Dezembro de 2003 – veja www.ohchr.org/news.

3 Veja o relatório preliminar do Relator Especial para a Comissão dos Direitos Humanos (E/CN.4/2003/58, parágs. 10-21).

4 E.g. ICESCR, Art.2.1; CRC, art.4 e art. 24.4. Veja também o comentário geral No. 14 adoptado pelo Comité sobre o Direito Económico, Social e Cultural (CESR), parags. 38 – 42.

5 Veja UDHR, preâmbulo, e comentário geral do CESCR No. 14, parag. 42.

6 Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação e Sistema das Nações Unidas, *Inventário de Acompanhamento para Conferências e Convenções em Moçambique* (2000).

7 Constituição da República, art. 6.d (Novembro 1990).

8 Ibid., arts.66 e 67.

- 9 Ibid., art 54.1.
- 10 S. Chao and K. Kostremans, *Improving Health for the Poor in Mozambique: The fight Continues*, World Bank (2001), prefácio.
- 11 Report on Global HIV/SIDA Epidemic, UNAIDS 2002; UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheet, Mozambique (2002 update).
- 12 Mozambique, Millenium Development Goals Report (MDGR), P.22.
- 13 Veja ICESC, art. 12; CRC, art. 24; veja também a recomendação geral No. 24 adoptada pela Comissão sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher.
- 14 *Strategic Plan for Scaling up HIV/AIDS Care and Treatment in Mozambique*, The Republic of Mozambique and the Clinton Foundation: Business Plan 5.7, 9 May 2003, p.21.
- 15 Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS), P.7.
- 16 MDGR, p.24.
- 17 PESS, p.24; UNDP, Mozambique HDR, pp.48- 51.
- 18 CEDAW, art.12.
- 19 Veja Plano Estratégico do Sector da Saúde, p. 4.
- 20 Chao and Kostermans,op. cit.,p.3.
- 21 PESS, p.7.
- 22 Veja Mozambique MDGR, p.4.
- 23 CRC, art. 24.
- 24 CRC/C/15/Add.172, parags. 50 – 51.
- 25 PESS, p.20.
- 26 Ibid.
- 27 Veja PARPA, p.3.
- 28 Veja E/CN.4/2003/58, parags. 59 – 68.
- 29 PESS, p.1.
- 30 Veja Committee on the Rights of the Child, comentário geral No.5, parag. 48; A/58/427, parags. 5 - 37; e CESCR, comentário geral No.14, parag. 11.
- 31 PESS, p. 25.
- 32 PARPA, parag.138.

- 33 PESS, p. 25.
- 34 CESC, comentário geral No. 14, parag. 12. Apesar de todas as quatro secções serem muito importantes, por falta de espaço, este relatório não tratou a cada uma delas com profundidade.
- 35 Chaos and Kostermans, op. cit., p.15.
- 36 Veja M. Lindelow, *Health Care Demand in Rural Mozambique: Evidence from the 1996/97 Household Survey*, International Food Policy Research Institute (2002).
- 37 PARPA, parag. 141.1; PESS, p. 45.
- 38 PARPA, parag. 131.
- 39 Ministério das Finanças (1998), veja Chao e Kostermans, op.cit., p.16.
- 40 Isto é 1,000 MT em unidades sanitárias para pacientes no ambulatório das zonas rurais e 5,000 MT em unidades sanitárias das zonas urbanas para pacientes no ambulatório e 10,000MT para pacientes externos.
- 41 Veja também Chao and Kostermans, op cit., p.22.
- 42 Ibid., p.23.
- 43 Veja M. Lindelow, p.75.
- 44 Veja PARPA, parag. 135.
- 45 Em 1998, o Ponto de Decisão dos Países Pobres Altamente Endividados (HIPC) continha uma meta para a recuperação de custos, a qual consistia em aumentar, dos 2% em 1995 para 10% em 2002, a distribuição das despesas periódicas na saúde a serem apoiadas com a preparação de uma nova legislação sobre a taxa de consulta e ainda em ajustar o valor destas despesas de forma a acompanhar a inflação. Veja International Development Association e a International Development Fund, *Final Document on the Initiative for HIPC*, Março de 1998, apêndice, quadro 5, p.36.
- 46 *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health, p.61; M. Whitehead, G. Darhlgren, T. Evens, *Equity and Health sector Reforms: Can Low Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?* *The Lancet*, vol. 358, No.8, September 2001.
- 47 CESC, comentário geral No. 14, parag.11 (a).
- 48 World Bank, World Development Indicators, 2001. Veja M. Haacker, *Providing Health Care to HIV Patients in Southern Africa*, IMF Policy Discussion Paper 2001, p.4.
- 49 PARPA, parag. 14.
- 50 Números fornecidos pela Faculdade.

- 51 Este papel é actualmente desempenhado pelo Ministério da Saúde.
- 52 MDGR, p.17.
- 53 Ibid., p.16.
- 54 Ibid., 17.
- 55 IMF and IDA, Mozambique HIPC Completion Point Document, 2001, parag. 22.
- 56 Veja OMS, Relatório da Comissão sobre Macro-empresas e Saúde, op.cit., pp.
53– 57.
- 57 CRC/C/15/Add.172, parag. 18.
- 58 Lei 6/2004.
- 59 PARPA, p.75.
- 60 PARPA, parag. 60.
- 61 CESCR, Comentário geral No.14, parag.39.
- 62 Chao e Kostermans, op. Cit.,p.12.
- 63 World Bank, *The World Bank in Mozambique* (2003), p. 3.
- 64 PARPA, parags. 279 – 309.
- 65 Artigos 54.3.
- 66 PESS, p.37.
- 67 Veja MDGR, p.23.