

# 154<sup>a</sup> SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 16 a 20 de junho de 2014

---

Tema 4.3 da Agenda Provisória

CE154/12  
12 de maio de 2014  
Original: inglês

## ESTRATÉGIA PARA COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

### Introdução

1. Cobertura Universal de Saúde significa que todas as pessoas têm acesso equitativo a ações e serviços de saúde integrais e de qualidade, de acordo com as suas necessidades ao longo da vida. A cobertura universal de saúde reforça a necessidade de definir e implantar políticas e intervenções intersetoriais, com o objetivo de atuar sobre os fatores determinantes sociais da saúde e fomentar o compromisso da sociedade, como um todo, na promoção da saúde e do bem-estar, com ênfase na equidade.
2. A cobertura universal de saúde é o objetivo principal e orientador dos sistemas de saúde e tem como base os valores adotados pelos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a Atenção Primária de Saúde e visa, especificamente, o direito de todos ao mais alto padrão de saúde, equidade e solidariedade (1-5).
3. O direito à saúde é o valor central da cobertura universal de saúde e deve ser protegido e garantido sem qualquer distinção de idade, grupo étnico, raça, sexo, gênero, orientação sexual, idioma, religião, opinião política ou outra origem nacional ou social, posição econômica, local de nascimento ou qualquer outra condição. Para promover e proteger o direito à saúde é necessário interagir com outros aspectos relacionados aos direitos humanos. O direito à saúde é protegido pela maioria das constituições nacionais, bem como por tratados de direitos humanos internacionais e regionais, inclusive pela constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup>.
4. Cobertura universal de saúde requer a eliminação das barreiras aos serviços de saúde, de natureza geográfica, cultural ou financeira, que resultem na ausência de serviços ou ações, ou de estigmas e discriminação. É necessário ampliar o acesso a ações e serviços de saúde para grupos em condições de pobreza e vulnerabilidade, de forma equitativa, priorizando intervenções que abordem necessidades de saúde não resolvidas

---

<sup>1</sup> Leia os documentos CD50/12 do 50º Conselho Diretor da OPAS (2010), A saúde e direitos humanos; e CD52/18 do 52º Conselho Diretor da OPAS (2013), Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBT).

---

os desafios, tais como, mortalidade materna e neonatal, doenças crônicas, infecção por HIV, tuberculose e violência, os quais constituem um imperativo ético para que os Estados Membros avancem rumo à cobertura universal de saúde.

5. A cobertura universal de saúde contribui para o desenvolvimento humano e exige políticas e programas de saúde equitativos e eficientes. Em saúde, equidade significa ausência de diferenças injustas nas condições de saúde, no acesso e na atenção à saúde e no financiamento. Gênero, etnia e raça são determinantes estruturais específicos que contribuem diretamente para a inequidade em saúde. As políticas sociais e econômicas podem contribuir para gerar iniquidades em termos de oportunidade e fazer com que a saúde não seja uma prioridade (3, 6).

6. A cobertura universal exige solidariedade<sup>2</sup> para garantir proteção financeira. É necessário integrar os fundos<sup>3</sup> e eliminar pagamentos diretos na prestação dos serviços (7).

7. A cobertura universal da saúde requer o compromisso da sociedade, com mecanismos claros de inclusão e prestação de contas, participação multissetorial, diálogo e construção de consenso entre os diferentes atores sociais. Requer, também, compromissos políticos sustentáveis e de longo prazo por parte das autoridades responsáveis pela elaboração de políticas, leis e regulamentações e a implantação das estratégias necessárias. Esse compromisso deve ser assumido dentro de um marco conceitual e jurídico que assegure o acesso equitativo as ações e serviços e que garanta que a saúde seja uma prioridade fiscal, com financiamento suficiente, sustentável, equitativo e de qualidade. As evidências sugerem que os investimentos em saúde promovem o desenvolvimento humano (3, 8, 9).

8. A estratégia apresentada aqui define as condições indispensáveis que permitirão aos países orientar suas políticas e medir o sucesso e a velocidade do progresso rumo à cobertura universal de saúde. Cada país deverá definir seu próprio caminho, levando em consideração seu contexto social, econômico, político, jurídico, histórico e cultural, bem como, os desafios de saúde atuais e futuros.

9. A Estratégia rumo a Cobertura Universal identifica quatro linhas estratégicas simultâneas e interdependentes: *a)* expansão do acesso equitativo a ações e serviços de saúde integrais, de qualidade e centrados nas pessoas e na comunidade; *b)* fortalecimento da gestão e governança; *c)* aumento e melhoramento do financiamento, promovendo

---

<sup>2</sup> Solidariedade significa até que ponto os membros de uma sociedade trabalham juntos para definir e conquistar o bem comum. Solidariedade está relacionada à justiça distributiva com contribuições segundo as possibilidades e uso segundo a necessidade individual.

<sup>3</sup> Integração de fundos (*pooling*) significa unificar todos os recursos financeiros em um fundo único (seguro social, orçamento governamental, contribuições individuais e outros fundos); p. ex., todos contribuem dentro de suas possibilidades e recebem serviços segundo suas necessidades. Nesse esquema, o orçamento público inclui contribuições para os indivíduos que não dispõem dos meios para contribuir.

equidade e eficiência e eliminando o gasto direto do usuário; e *d*) fortalecimento das ações intersetoriais para abordar os determinantes sociais da saúde.

### **Antecedentes**

10. Nas últimas décadas, foram realizadas importantes políticas e iniciativas estratégicas para transformar os sistemas de saúde nos níveis nacional, regional e global, muitos dos quais envolveram a participação ativa e o apoio da OPAS/OMS e de outros parceiros.<sup>4</sup> As mais recentes foram a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011), a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável 'Rio+20' (2012), a Declaração das Nações Unidas de dezembro de 2012 e o debate sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015, que propõe a cobertura universal de saúde como um objetivo-chave para o desenvolvimento humano. Os mandatos, resoluções, estratégias e planos de ação da OPAS/OMS que dão suporte a esta estratégia são citados no Anexo IV do Plano Estratégico da OPAS (3, 10, 11, 12).

11. Os países da Região reafirmaram seus compromissos com a cobertura universal de saúde durante o 52º Conselho Diretor da OPAS (2013), ao outorgar à Repartição Sanitária Pan-Americana (Repartição) o mandato de elaborar uma estratégia a ser apresentada durante o 53º Conselho Diretor (2014). Esse compromisso, por parte dos Estados Membros, está assumido no Plano Estratégico da OPAS para o período de 2014-2019, que reconhece a cobertura universal da saúde como um pilar essencial, juntamente com os determinantes sociais da saúde (3).

### **Análise da situação atual: desafios para avançar rumo à cobertura universal**

12. Na Região foram alcançados avanços significativos na área da saúde em consequência do desenvolvimento econômico e social de seus países (o PIB per capita triplicou entre 1980 e 2012), da consolidação e do fortalecimento dos sistemas de saúde e da capacidade de incorporar e aplicar tecnologias para melhorar a saúde. O compromisso político dos países para atender as necessidades de saúde de suas populações tem sido um fator essencial para essas conquistas (3, 4).

13. Apesar dos avanços e do crescimento econômico alcançado, a pobreza e as iniquidades continuam sendo um desafio para a Região. Dados recentes sugerem que a América Latina e o Caribe continuam sendo as regiões do mundo com maior desigualdade, sendo que 29% da população vive abaixo da linha de pobreza e 40% dos mais pobres recebem menos de 15% da renda total. Tais iniquidades são refletidas nos resultados de saúde: por exemplo, a Região das Américas não alcançará o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de redução da mortalidade materna até 2015; e, apesar das reduções significativas na mortalidade neonatal, as diferenças existentes entre

---

<sup>4</sup> Outras agências das Nações Unidas, agências de cooperação multilateral e bilateral, agências de cooperação financeira e sociedade civil.

países são contundentes. Sem intervenções específicas para transformar os sistemas de saúde, o crescimento econômico não é suficiente para reduzir as iniquidades (3, 4).

14. Reduzir as iniquidades na saúde torna-se uma tarefa ainda mais complexa em função dos padrões epidemiológicos e demográficos emergentes. A coexistência de doenças transmissíveis e não transmissíveis, a violência (inclusive a violência de gênero), o aumento da expectativa de vida e a urbanização tornam necessário que os sistemas e serviços de saúde reajam de maneira diferente e inovadora. Em 2012, mais de 100 milhões de pessoas tinham idade acima dos 60 anos na Região. A expectativa é que esse valor dobre até 2020. Calcula-se que entre 1999 e 2009 mais de 5,5 milhões de pessoas tenham morrido de causas externas (ou seja, causas não naturais e reconhecidas como evitáveis, como suicídios, homicídios e acidentes) (3, 4).

15. Ao mesmo tempo, problemas como a exclusão e a falta de acesso a serviços de qualidade persistem em vários grupos da população.<sup>5</sup> A falta de acesso universal e a baixa qualidade implica um custo social significativo, com efeitos catastróficos para as populações, especialmente os grupos mais vulneráveis. As evidências indicam que quando a cobertura é insuficiente, além das más condições e danos à saúde, geram diminuição de renda, culminando em um círculo vicioso de doença e pobreza nas famílias. Na Região, 30% da população não tem acesso à saúde por motivos financeiros e 21% não procura atendimento em função de barreiras geográficas. Populações vulneráveis, pessoas de pouca e de muita idade, mulheres, crianças, minorias étnicas, populações indígenas e afrodescendentes, migrantes e pessoas com doenças crônicas ou incapacitantes estão entre as mais afetadas por este problema (3, 4).

16. A segmentação e fragmentação observadas na maioria dos sistemas de saúde da Região resultam em iniquidade e ineficiência, que comprometem o acesso universal, a qualidade e o financiamento. A segmentação e a fragmentação são perpetuadas pela falta de capacidade regulatória dos sistemas de saúde, pela natureza vertical de alguns dos programas públicos de saúde e a falta de integração dos serviços de saúde. (4).

17. Os modelos de atenção de saúde dos países da Região não atendem adequadamente às diferentes necessidades de saúde de seus povos e comunidades.<sup>6</sup> O modelo de atenção predominante de alguns países tem por base o atendimento episódico de condições agudas pelos centros hospitalares, frequentemente com o uso excessivo de tecnologias e de médicos especialistas. Investimentos e reformas nos sistemas de saúde nem sempre visam superar novos desafios, e as novas tecnologias e inovações nem sempre foram suficientemente incorporadas na gestão e prestação dos serviços.

---

<sup>5</sup> Em 2010, 36 milhões de pessoas da Região não tinham acesso à água potável. Aproximadamente 120 milhões não contavam com serviços de remoção de lixo e tratamento de esgoto, e quase 25 milhões de pessoas na América Latina e Caribe defecavam a céu aberto.

<sup>6</sup> A Política de Igualdade de Gênero da OPAS reconhece que há diferenças entre homens e mulheres com respeito às necessidades de saúde e ao acesso dos recursos, e que essas diferenças devem ser abordadas para corrigir os desequilíbrios entre homens e mulheres.

18. A capacidade de resolução<sup>7</sup> e a organização dos serviços, particularmente dos serviços de atenção primária, é limitada e não atende às necessidades emergentes de saúde, especialmente àquelas decorrentes do envelhecimento da população e do crescente ônus das doenças não transmissíveis na Região.

19. Desequilíbrios e lacunas continuam a existir em termos de disponibilidade, distribuição, composição, competência e produtividade dos recursos humanos da área de saúde, particularmente no nível de atenção primária. Há um déficit de trabalhadores da saúde em 11 países da Região (menos de 25 médicos, enfermeiras e parteiras com certificação para cada 10.000 pessoas). Mesmo nos países onde a relação trabalhador da saúde/população está acima desse limite, muitas das regiões não metropolitanas e distritos de saúde ficam aquém deste índice, causando problemas sérios de acesso a serviços integrais de saúde.

20. O acesso e uso racional de medicamentos seguros e de qualidade e de outras tecnologias de saúde, além do respeito pela medicina tradicional, continuam a ser um desafio para a maioria dos países da Região, o que afeta a qualidade dos serviços. Problemas de abastecimento, baixo uso de medicamentos genéricos, preços altos e uso inadequado e ineficaz de medicamentos representam barreiras adicionais à cobertura universal de saúde (3, 4). Apesar de apresentar melhorias por toda a região, a capacidade regulatória de medicamentos e tecnologias de saúde continua a representar um desafio, especialmente no que se refere a tecnologias de saúde inovadoras e complexas requeridas pelos sistemas de saúde.

21. A falta de financiamento adequado e a ineficiência no uso dos recursos disponíveis são grandes obstáculos ao alcance da cobertura universal de saúde. Na maioria dos países da Região, o gasto total em saúde está em torno de 6-7% do PIB. Em 2011, a média dos gastos públicos em saúde da Região era de apenas 3,8% do PIB, enquanto a média dos gastos públicos em saúde dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) é de 8% do produto interno bruto (PIB). Várias tentativas foram realizadas para resolver a falta persistente de recursos financeiros para o setor da saúde por meio do uso de pagamentos diretos pelo usuário. Porém, essa estratégia financeira cria barreiras para o acesso e impacta direta e negativamente os resultados de saúde das pessoas e comunidades. Além disso, essa política aumenta o risco das pessoas enfrentarem gastos catastróficos para serem atendidas nos serviços de saúde e, conseqüentemente, pode gerar empobrecimento (7).

22. Muitos países da região contam com dispositivos constitucionais ou outro tipo de instrumento de direitos humanos para garantir o acesso à saúde. Entretanto, nem sempre esses marcos jurídicos levam à criação de políticas, planos e estratégias nacionais que garantam o acesso universal a serviços de saúde de qualidade.

---

<sup>7</sup> Nesse contexto, define-se capacidade de resolução como sendo a habilidade dos serviços de saúde prestar uma atenção coerente com as necessidades e demandas das pessoas, alinhada ao conhecimento científico e técnico atual e que levem à melhoria das condições de saúde.

23. Para as autoridades de saúde, um grande desafio é coordenar-se de modo eficaz com outros setores e desenvolver capacidades de liderança para implantar iniciativas intersectoriais bem-sucedidas que abordem os determinantes sociais da saúde<sup>8</sup>. Alguns dos casos de sucesso na transformação dos serviços de saúde para a Cobertura Universal da Saúde têm se embasado no debate aberto e no diálogo com a sociedade (11)<sup>9</sup>.

24. Dessa forma, torna-se necessário uma urgente transformação dos sistemas de saúde, tendo como objetivo e eixo norteador a cobertura universal da saúde. É necessário também implantar ações estratégicas e integrais, de maneira progressiva e sustentável. Na medida em que os processos democráticos são consolidados na região, com crescente descentralização e empoderamento da população, a cobertura universal de saúde se converte em uma demanda social crescente (3).

### **Estratégias para Cobertura Universal de Saúde**

25. As linhas estratégicas propostas orientam a transformação dos sistemas de saúde rumo à cobertura universal.

#### **Linha estratégica 1: Expansão do acesso equitativo a serviços de saúde integrais, de qualidade e centrados nas pessoas**

26. Definir ações e serviços de saúde universais, integrais e de qualidade, assegurados por lei, a serem gradativamente ampliados de acordo com as necessidades de saúde, as capacidades do sistema e o contexto nacional. Definir ações e serviços de saúde é um elemento essencial para garantir o direito à saúde, e, portanto, deve incluir todas as pessoas equitativamente, independente da capacidade de pagamento, sem diferenças na qualidade e sem riscos financeiros. As ações e serviços de saúde devem incluir as necessidades diferenciadas e não atendidas de todas as pessoas e cuidar das necessidades específicas dos grupos em condições de vulnerabilidade. Para adotar essas medidas é necessário adaptar os marcos jurídicos e regulatórios, de acordo com os instrumentos internacionais de direitos humanos relativos à saúde. A tomada de decisões relativas às ações e serviços universais de saúde deve estar baseada em evidências e incluir perspectivas éticas, culturais e de gênero. É necessária uma abordagem multidisciplinar na avaliação das tecnologias de saúde e na avaliação econômica das intervenções de

---

<sup>8</sup> Esse problema vem piorando nos países onde o financiamento do sistema de saúde e de outros setores sociais depende de cooperação internacional. Nesses locais, é indispensável que a autoridade nacional de saúde estabeleça uma coordenação eficaz da assistência externa para avançar no sentido da cobertura universal da saúde.

<sup>9</sup> Nesses casos em particular, são necessárias ferramentas que facilitem a participação pública eficaz na criação e implantação de políticas de saúde, tais como conselhos, conferências, fóruns de saúde e outras soluções colegiadas.

saúde. Também são necessários mecanismos para transparência social nos diferentes estágios do processo (13, 14)<sup>10</sup>.

27. Transformar a organização e a gestão dos serviços de saúde por meio do desenvolvimento de modelos de atenção que enfoquem as necessidades das pessoas e comunidades, aumentando a capacidade de resolução da atenção primária, bem como a integração dos serviços por meio das Redes de Atenção à Saúde (15).

28. Aumentar imediatamente os investimentos na atenção primária, visando melhorar a capacidade de resolução, aumentar o acesso e expandir progressivamente a oferta de serviços, para incluir de forma rápida as necessidades de saúde não atendidas.

29. Aumentar as oportunidades de emprego na atenção primária, criando condições de trabalho dignas, atraentes e com incentivos, particularmente nas áreas desatendidas. Consolidar equipes multidisciplinares de saúde e garantir capacidade de resposta, com acesso a informações de saúde e serviços de telessaúde (inclusive de telemedicina). Introduzir novos perfis técnicos e profissionais, de acordo com as ações e serviços universais e ao modelo de atenção (16, 18).

30. Medicamentos essenciais e tecnologias de saúde também fazem parte das ações e serviços universais garantidos. É importante definir quais os processos que melhoram, de maneira sistemática e progressiva, a disponibilidade e o uso racional de medicamentos, além de outras tecnologias de saúde, bem como, desenvolver a capacidade regulatória para garantir que tais medicamentos sejam seguros, eficazes e de qualidade.

31. Implantar programas que aumentem a autonomia das pessoas, inclusive as atividades de promoção da saúde, de prevenção e educativas, as quais permitam o melhor conhecimento das pessoas sobre suas condições de saúde, direitos e obrigações. É fundamental envolver as pessoas e fornecer os elementos necessários para que possam tomar decisões informadas sobre sua própria saúde e a saúde dos membros da família. É importante reconhecer o papel das mulheres como prestadoras de serviços de cuidado (formal e informal) da saúde (3).

## **Linha estratégica 2: Fortalecimento da Gestão e Governança**

32. Estabelecer mecanismos formais de participação e diálogo no desenho e implementação de políticas inclusivas e garantir a prestação de contas, rumo à cobertura universal de saúde. O diálogo e a participação social devem permear todo o processo de formulação das políticas, para garantir que determinados interesses não se sobreponham aos valores da equidade e do bem comum.

---

<sup>10</sup> As ações e serviços de saúde universais garantidos devem vir acompanhados de diretrizes sobre as práticas de atendimento nas redes de atenção, para reduzir a variabilidade e a má qualidade das práticas clínicas, assim como a falta de coerência entre as necessidades, as decisões e os investimentos, visando garantir um bom nível de qualidade técnica, eficiência e continuidade do cuidado.

33. Desenvolver planos e políticas que explicitem a intenção do Estado em transformar seu sistema de saúde para avançar rumo à cobertura universal. Esses planos devem ter metas definidas para que possam ser monitoradas e avaliadas. Instituir mecanismos que viabilizem a participação das pessoas, da sociedade civil e do setor privado na avaliação e no monitoramento.

34. O marco jurídico e regulatório deve refletir o compromisso da sociedade com a cobertura universal da saúde, determinando as medidas e garantias necessárias para alcançar todos os elementos do direito à saúde. Para alcançar a cobertura universal de saúde, as autoridades nacionais devem fortalecer a função gestora do setor de saúde, garantindo as funções essenciais de saúde pública e fortalecendo a governança.

35. Fazer da regulação um instrumento eficaz, que possa garantir o acesso e a qualidade da atenção dos serviços de saúde; treinamento, distribuição e conduta apropriada dos recursos humanos; geração e alocação de recursos financeiros para promover a equidade e o acesso, bem como garantir a proteção financeira; adoção de tecnologias que beneficiem as pessoas; e participação de todos os setores, inclusive do setor privado, no avanço rumo à cobertura universal de saúde (19).

36. Fortalecer os sistemas nacionais de informação para monitorar e avaliar o progresso em direção à cobertura universal de saúde. Os dados devem ser desagregados para facilitar o monitoramento dos avanços na equidade. É essencial desenvolver uma agenda de pesquisas e melhorar a gestão dos conhecimentos (20).

### **Linha estratégica 3: Aumento e melhoria do financiamento, promoção da equidade e da eficiência e eliminação do desembolso direto por parte dos usuários**

37. Aumentar o financiamento público para à saúde, de forma eficiente e sustentável. O gasto público em saúde não deve ser inferior a 6% do PIB, ainda que seja insuficiente para reduzir as desigualdades, na lógica da cobertura universal de saúde. O aumento dos recursos públicos para a saúde<sup>11</sup> deve promover a equidade na alocação de recursos, priorizando a atenção primária e melhorando a capacidade de resposta e de integração dos serviços nas redes de atenção (7).

38. Eliminar as formas de desembolsos diretos [pelo usuário] no local de atendimento, as quais se constituem em barreiras financeiras ao acesso<sup>12</sup> aos serviços de

---

<sup>11</sup> Esse aumento nos gastos públicos deve ter como ponto de partida o aumento da arrecadação (reduzindo e combatendo a evasão fiscal). Em seguida, em reconhecimento ao fato de que o ônus fiscal da Região é relativamente baixo, deve-se considerar o estabelecimento de fontes inovadoras de financiamento, considerando a baixa prioridade fiscal atribuída à saúde. No curto prazo, os gastos públicos devem ser aumentados para alcançar no mínimo 6% do PIB, sendo que o objetivo no médio prazo é alcançar a média de 7-8%, relatada pelos países que mais avançaram em direção da cobertura universal de saúde, como é o caso de países da Europa e da OCDE.

<sup>12</sup> As despesas efetuadas diretamente pelo usuário têm efeitos negativos sobre a equidade, afetando tanto as populações em condições de vulnerabilidade como aquelas que conseguiram atravessar a linha da pobreza e passar para a classe média; além disso, essas têm efeitos negativos sobre a eficiência por



saúde. Essa medida aumenta a proteção financeira por reduzir a iniquidade, a exposição a gastos catastróficos e ao empobrecimento.<sup>13</sup> Os pagamentos diretos devem ser substituídos por um fundo integrado solidário, que permita subsídios transversais de pessoas saudáveis para doentes, de ricos para pobres e de jovens para idosos. Essa é uma estratégia eficaz para aumentar a equidade e a eficiência do sistema de saúde <sup>14</sup> (7).

39. Melhorar a eficiência no financiamento e na organização do sistema de saúde<sup>15</sup>. Com relação à eficiência na organização dos serviços é necessário, entre outros, alinhar incentivos e mecanismos de pagamento aos resultados, entendidos como avanços em direção à cobertura universal de saúde, racionalizar a introdução e o uso de medicamentos e tecnologias de saúde, por meio de uma abordagem integrada e multidisciplinar,<sup>16</sup> melhorar o processo de aquisição de insumos, de medicamentos essenciais e de outras tecnologias de saúde, aproveitando as economias de escala, adotando processos licitatórios transparentes e lutando contra a corrupção (7).

#### **Linha estratégica 4: fortalecimento das ações intersetoriais para abordar os determinantes sociais de saúde**

40. Estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial e fortalecer a capacidade da autoridade nacional de saúde para que possa implantar políticas de saúde que abordem os determinantes sociais<sup>17</sup>. Fortalecer a capacidade das autoridades de saúde de influenciar legislações, regulações e intervenções extra setoriais que abordem os determinantes sociais da saúde (10).

41. Gerar evidências que apoiem ações interinstitucionais que tenham impacto sobre a saúde de pessoas e comunidades, especialmente avaliando as implicações das políticas, dos programas e dos projetos de desenvolvimento sobre a saúde, incluindo a participação da sociedade civil e da comunidade.

---

permitir protelar a decisão por buscar atendimento ou não, com a conseqüente deterioração da saúde e a necessidade de oferecer serviços mais caros e mais complexos.

<sup>13</sup> As contribuições financeiras individuais devem substituir todas as formas de pagamento direto no momento do atendimento por métodos pré-pagos que utilizem o fundo integrado comum.

<sup>14</sup> Ao incluir um número maior de pessoas, o fundo integrado comum distribui melhor os recursos dos saudáveis para os doentes, dos jovens para os idosos e daqueles que têm mais para os que têm menos. Além disso, a integração dos recursos ajuda a combater a segmentação por reduzir custos das transações e aumentar a eficiência do sistema de saúde.

<sup>15</sup> Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo 2010 da OMS, as ineficiências são responsáveis por 30-40% de todos os gastos de saúde. Portanto, garantir que os recursos financeiros para a cobertura universal de saúde sejam gastos corretamente e com transparência, para oferecer mais serviços de melhor qualidade para toda a população, especialmente para os grupos mais vulneráveis, é um imperativo ético.

<sup>16</sup> Certificar-se de que estes atendam às necessidades da população, que sejam coerentes com o modelo de atenção e que sejam incluídos no conjunto universal de serviços garantidos.

<sup>17</sup> Questões essenciais à saúde, inclusive educação, meio ambiente, água e saneamento, habitação, crescimento urbano, migração e mercado informal de trabalho. Comitês de luta contra o HIV, TB e malária, comitês nacionais de combate à obesidade, entre outros, são exemplos de mecanismos intersetoriais.

42. Promover a cobertura universal de saúde em programas de proteção social. Fortalecer a participação do setor saúde na definição dos componentes dos programas sociais relacionados à saúde, inclusive dos programas para transferência condicionada de renda.

43. Fortalecer os elos entre a saúde e a comunidade, promovendo o papel dos municípios e das organizações sociais na melhoria das condições de vida e construção de espaços saudáveis. Aumentar a autonomia das pessoas e comunidades por meio do treinamento de líderes, mulheres, jovens e outros membros da comunidade para que estes conheçam os determinantes de saúde e participem ativamente na promoção e proteção da saúde.

### **Ações do Comitê Executivo**

44. Solicita-se que o Comitê Executivo considere a adoção da *Estratégia para a Cobertura Universal de Saúde* e considere a adoção da resolução incluída no Anexo A.

### **Referências**

1. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care (now more than ever) [Internet]. Genebra: (OMS) 2008 [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
2. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata [Internet]. International Conference on Primary Health Care; 6 a 12 de junho de 1978; Alma Ata, União Soviética (atualmente Almaty, Cazaquistão). Genebra: OMS; 1978 [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
3. Organização Pan-Americana da Saúde Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014 - 2019\* [Internet]. 52o Conselho Diretor da PAHO, 65a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washinton (DC), USA. Washington (DC): OPAS; 2013 (Documento Oficial 345) [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=23127&Itemid=270&lang=pt](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23127&Itemid=270&lang=pt)
4. Organização Pan-Americana da Saúde Saúde nas Américas: Edição 2012. Panorama regional e perfis dos países [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2012 [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7&Itemid=3&lang=en](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=3&lang=en)

5. Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization / World Health Organization (PAHO/WHO) [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2007 [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renewing\\_Primary\\_Health\\_Care\\_Americas-PAHO.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renewing_Primary_Health_Care_Americas-PAHO.pdf)
6. Bird CE, Rieker PP. Gender and health: the effects of constrained choices and social policies. New York: Cambridge University Press; 2008.
7. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage [Internet]. Genebra: OMS: 2010 [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/en/>
8. World Bank. World development report 1993: investing in health [Internet]. Washington (DC): World Bank and Oxford University Press; c1993. 351 p. [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: [http://wdonline.worldbank.org/worldbank/a/c.html/world\\_development\\_report\\_1993/abstract/WB.0-1952-0890-0.abstract1](http://wdonline.worldbank.org/worldbank/a/c.html/world_development_report_1993/abstract/WB.0-1952-0890-0.abstract1)
9. Engström H, et. al. Reinvesting in health post-2015 [Internet]. *The Lancet* 2013 Dec 7-13;9908(382):1861-1864 [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01406736>
10. World Health Organization. Rio political declaration on social determinants of health [Internet]. World Conference on Social Determinants of Health; 19 a 21 de outubro de 2011; Rio de Janeiro (Brasil). Genebra: OMS: 2011 [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf)
11. United Nations. The future we want [Internet]. Rio+20 Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável; 20 a 22 de junho de 2012; Rio de Janeiro (Brasil). New York: UN; 2012 (Document A/CONF.216/L.1) [consultado em 14 de abril de 2014] Disponível em: <http://www.un.org/en/sustainablefuture/>
12. Global Health Workforce Alliance. High-level dialogue on health in the post-2015 development agenda, Gaborone [Botsuana] 5-6 de março de 2013 [Internet]. Genebra: GHWA/WHO; 2013 [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: [http://www.who.int/workforcealliance/UHC\\_HRH\\_GHWA\\_Briefing\\_Note\\_\(B\).pdf](http://www.who.int/workforcealliance/UHC_HRH_GHWA_Briefing_Note_(B).pdf)
13. Rovira J, Rodríguez-Monguió R, Antoñanzas F. Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación. Washington (DC): OPAS; c2003. Washington (DC): OPAS; 2003 [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em [apenas em espanhol]:

<http://www.paho.org/hq/documents/conjuntosdeprestacionesdesaludobjetivosdisenoyaplicacion-ES.pdf>

14. Center for Global Development. Priority-setting in health. Building institutions for smarter public spending [Internet]. Washington (DC): CGD; c2012 (Um relatório das instituições definidoras de prioridades para o desenvolvimento global (Center for Global Development's Priority-setting Institutions) para o Grupo de Trabalho em Saúde, Amanda Glassman and Kalipso Chalkidou, Co-presidentes) [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.cgdev.org/publication/priority-setting-health-building-institutions-smarter-public-spending>
15. Pan American Health Organization. Integrated delivery networks: concepts, policy options, and road map for implementation in the Americas [Internet]. Washington (DC): OPAS; c2010 (Série: Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, No. 4) [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: [http://www.paho.org/sur/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=88&Itemid=](http://www.paho.org/sur/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=88&Itemid=)
16. Organización Panamericana de la Salud. La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia la APS [Internet]. Washington (DC): OPAS; c2010 (Série: Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas, No. 3) [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em [apenas em espanhol]: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HSS-Series-APS-3-Acreditacion.pdf>
17. Pan American Health Organization. Medical education for primary health care [Internet]. Washington (DC); OPAS; c2008 [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC-Medical\\_Education\\_for\\_PHC.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC-Medical_Education_for_PHC.pdf)
18. Organização Pan-Americana da Saúde Metas regionais em matéria de recursos humanos para a saúde 2007-2015 [Internet]. 27a Conferência Sanitária Pan-Americana, 59a Sessão do Comitê Regional para as Américas; 1 a 5 de outubro de 2007; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2009 (Resolução CSP27.R7) [consultado em 4 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/csp/csp27.r7-p.pdf>
19. Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Washington (DC): OPAS; 2007 [consultado em 4 de abril de 2014]. Disponível em [apenas em espanhol]: [http://www.paho.org/PAHO-USAID/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=10377&Itemid=99999999](http://www.paho.org/PAHO-USAID/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10377&Itemid=99999999)

20. World Health Organization. World health report 2013: research for universal health coverage. Internet Geneva: OMS; (2013) [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2013/report/en/>
21. United Nations. United Nations Millennium Declaration [Internet]. Fifty-fifth session of the United Nations General Assembly; 8th Plenary Session; 8 de setembro de 2000; New York (EUA). Nova Iorque: ONU:2000 (Resolução A/RES/55/2) [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>
22. Etienne, CF. Equity in health systems (Editorial) [Internet]. *Pan American Journal of Public Health* 2013;33(2):81–82 [consultado em 14 de abril de 14]. Disponível em: [http://www.paho.org/journal/index.php?gid=550&option=com\\_docman&task=doc\\_download=](http://www.paho.org/journal/index.php?gid=550&option=com_docman&task=doc_download=)
23. Evans, D, Etienne, C. Health system financing and the path to universal coverage [Internet]. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88(6):402 (DOI: 10.2471/BLT.10.078741) [consultado em 14 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-078741/en/index.html>
24. Sachs JD. Achieving universal health coverage in low-income settings. *Lancet* 2012 Sep 8;380(9845):944-947 (doi: 10.1016/S0140-6736(12)61149-0) [consultado em 14 de abril de 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959391>.