



Annalisa Rosso

La capacità di destinare risorse per la salute dell'infanzia non dipende dalla ricchezza di un paese, ma è "primariamente e semplicemente una questione di volontà politica".

---

**Negli ultimi 10 anni, nel continente africano si è osservato un aumento dell'impegno di alcuni Governi per garantire un miglioramento del benessere dell'infanzia.** Gli sforzi realizzati hanno condotto a un effettivo progresso di alcuni indicatori sanitari e sociali, quali per esempio la copertura vaccinale (aumentata in percentuali variabili dal 40 al 75% fra il 2005 e il 2008 in Angola, Capo Verde, Niger e Sud Africa), la mortalità infantile (ridottasi significativamente in paesi come Tanzania, Madagascar, Niger e Sierra Leone), e l'accesso alla scuola primaria e secondaria, con una riduzione sostanziale del *gender gap*.

**Ciononostante, il raggiungimento di un reale stato di benessere per la popolazione infantile in Africa è ancora lontano: più della metà dei bambini affetti da malattie potenzialmente letali non ha accesso né a servizi sanitari adeguati né alle terapie necessarie, l'accesso all'acqua potabile e ai servizi igienici è molto basso, mentre il livello di malnutrizione permane elevato.** Nel settore dell'istruzione, nonostante l'aumento d'ingressi nella scuola primaria, vi è un alto tasso di *drop out* (più di 1/3 degli studenti non completa il primo ciclo d'istruzione).

Il Rapporto Budgeting for Children in Africa<sup>[1]</sup>, realizzato da un gruppo di esperti dell'African Child Policy Forum (ACPF) e pubblicato come allegato dell'African Report on Child Wellbeing 2011<sup>[2]</sup>, ha valutato la performance di 52 Governi del continente nella tutela del benessere dell'infanzia, sulla base degli investimenti effettuati in 4 settori chiave: la salute, l'educazione, la protezione sociale, e lo sviluppo nella prima infanzia. In particolare, il Rapporto ha cercato di misurare l'impegno effettivo per la tutela dell'infanzia, utilizzando come barometro gli investimenti economici realizzati in questo settore, rispetto alle capacità di spesa dei Governi.

## Le risorse pubbliche in Africa

Per capire se un Governo stia effettivamente utilizzando il massimo delle risorse disponibili per il benessere dell'infanzia, bisogna anzitutto analizzare il totale delle risorse economiche a sua disposizione - e sulle quali possa esercitare un pieno controllo - e calcolare quante di queste siano destinate ai 4 settori chiave identificati.

L'analisi delle entrate tributarie, che includono anche le sovvenzioni esterne (*grants*), è il punto di partenza del Rapporto, che ha evidenziato notevoli disparità fra i diversi Paesi del continente africano. Nel 2008, per esempio, i governi di Libia e Sud Africa avevano a loro disposizione rispettivamente circa 74 miliardi e 68 miliardi di dollari dalle entrate tributarie, mentre le entrate pubbliche pro capite di Repubblica Democratica del Congo, Etiopia, Gambia, Malawi, Sierra Leone, Togo e Uganda si assestavano a meno di 100 dollari pro capite. Nell'analizzare la spesa pubblica destinata all'infanzia, è dunque necessario tenere conto di queste differenze nella disponibilità finanziaria dei Governi.

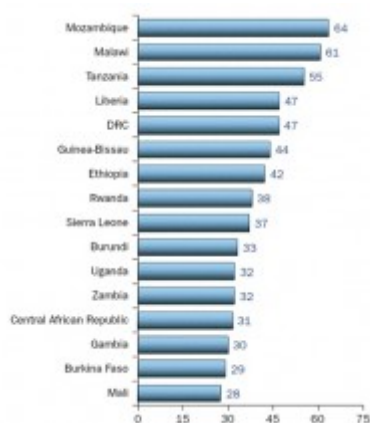
Un problema comune a quasi tutti i Paesi del continente africano è invece la combinazione di un basso livello di entrate tributarie con un'alta dipendenza da finanziamenti esteri, che contribuiscono in media al 18% delle entrate pubbliche in Africa, e più del 50% in Paesi come Burundi, Ruanda e Guinea Bissau. Questo dato implica un'alta dipendenza dai finanziamenti esteri per la spesa pubblica e gli investimenti di capitale, e quindi una bassa capacità di controllo diretto sull'utilizzo delle risorse economiche.

## Il budget per la salute

Osservando in dettaglio l'analisi condotta dagli autori del Rapporto sulla spesa sanitaria, emerge che nel 2008 la spesa media per la salute in Africa fosse del 9% della spesa pubblica totale, con notevoli differenze fra i vari Paesi, che spaziano dal 19% del PIL destinato alla salute dal Ruanda al 2.4% e al 3.5% di Burundi e Nigeria (**Figura 1**).

### **Figura 1. Spesa sanitaria come percentuale della spesa pubblica totale**



**Figura 2. Percentuale della spesa sanitaria dovuta a finanziamenti esteri**

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: ACPF (2011). Budgeting for Children in Africa: Rhetoric, Reality and the Scorecard.

Dopo avere analizzato le risorse economiche a disposizione e la spesa sanitaria dei Governi, gli autori del Rapporto hanno comparato gli investimenti effettivamente realizzati per la salute dell'infanzia nel continente africano con i target finanziari stabiliti a livello regionale e globale, come misura di *accountability* e di volontà politica.

In particolare, è stato preso come riferimento il livello d'investimento finanziario identificato dalla *Commission on Macroeconomics and Health* dell'OMS5 per garantire i bisogni minimi di salute in paesi in via di sviluppo, pari a 34 USD/anno pro capite. Secondo un'analisi effettuata su diverse fonti [3,4,5], 16 Paesi nel continente africano non raggiungerebbero questo target, e alcuni di essi (Etiopia, Repubblica Democratica del Congo) spenderebbero meno di un terzo del livello minimo identificato dall'OMS per la salute dei propri cittadini (rispettivamente 11 e 13 USD/anno pro capite).

Come già discusso, è importante ricordare che alcuni Governi del continente non hanno risorse interne sufficienti per aumentare gli investimenti per la salute: in Paesi come il Burundi o la Repubblica Democratica del Congo, investire 34 USD a persona per la salute significherebbe dedicare almeno  $\frac{1}{4}$  del proprio PIL alla spesa sanitaria, suggerendo che il target stabilito dall'OMS sia troppo elevato per le risorse effettivamente a disposizione di alcuni Paesi africani.

Gli autori del rapporto hanno quindi analizzato la percentuale di entrate pubbliche procapite spesa nel settore sanitario, dimostrando che alcuni Governi stiano spendendo molte meno risorse di quante avrebbero realmente a disposizione, primi fra tutti quello libico (NB: dati

precedenti all'attuale crisi politico/militare in corso nel Paese) e del Congo. Dall'altro lato, i Governi di Ruanda, Burundi e Madagascar hanno investito la più alta percentuale delle loro entrate fiscali in salute, seguiti da Gibuti e Burkina Faso.

Osservando invece il grado di raggiungimento dell'Abuja Declaration on HIV/AIDS, TB and Other Related Infectious Diseases[6], con cui i Governi africani si sono impegnati nel 2001 a spendere il 15% del loro budget in salute, risulta che solo 4 Paesi abbiano raggiunto questo target nel 2008 (Liberia, Rwanda, Tanzania e Zambia).

Dall'analisi effettuata, risulta che gli investimenti in salute non siano proporzionali al PIL dei Paesi africani, confermando che alla base della decisione di aumentare le risorse destinate alla salute vi sia principalmente una volontà politica, e non solamente una disponibilità finanziaria. **A questo proposito, i Paesi che hanno dimostrato una migliore performance rispetto agli investimenti in salute, tenendo conto delle risorse a loro disposizione, sono Ruanda, Burundi, Madagascar, Gibuti, Burkina Faso, Liberia, Niger, Tanzania, Senegal e Ghana. Quelli che, al contrario, hanno dimostrato un impiego inefficiente delle proprie risorse, sono Sudan, Repubblica Democratica del Congo, Nigeria, Sierra Leone, Guinea-Bissau, Costa d'Avorio, Guinea, Guinea Equatoriale, Congo e Libia.**

## **Il Budget Commitment Index**

Per effettuare una valutazione complessiva della volontà politica dei Governi africani rispetto agli impegni assunti per l'infanzia, gli autori del rapporto hanno costruito un indice (*Budget Commitment Index*), che costituisce una misura composita dei seguenti indicatori:

- La spesa pubblica per la salute come percentuale del totale della spesa pubblica
- La spesa pubblica totale per l'istruzione come percentuale del PIL
- La percentuale del bilancio pubblico investita in EPI (*Enhanced Programme for Immunization*)
- La spesa militare come percentuale del PIL
- La variazione percentuale della spesa sanitaria dei Governi dal 2004

I primi 3 Paesi nella *top ten* del *Budget Commitment Index* sono risultati essere la Tanzania, il Mozambico e il Niger, avendo mostrato il migliore utilizzo delle risorse a loro disposizione per il benessere dell'infanzia. Gli altri Governi della *top ten* sono quelli di Gabon, Senegal, Tunisia, Seychelles, Algeria, Capo Verde e Sud Africa.

**La Tanzania ha ottenuto il miglior punteggio, tra l'altro, per avere destinato una**

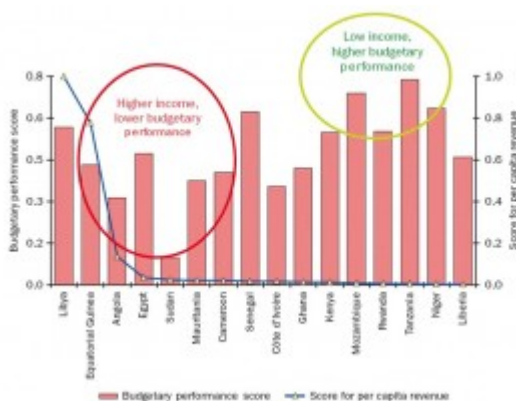
**percentuale rilevante delle proprie risorse interne nella sanità, avendo aumentato significativamente il proprio contributo diretto ai programmi nazionali d'immunizzazione, e per avere ridotto ulteriormente le proprie spese militari, di per sé già contenute.**

All'alto estremo della classifica si sono collocati, invece, i Governi della Repubblica Centrafricana, Guinea, Angola, Sierra Leone, Isole Comore, Repubblica Democratica del Congo, Burundi, Eritrea, Guinea Bissau e Sudan.

**Il Sudan ha mostrato una performance particolarmente negativa rispetto agli altri Paesi, avendo destinato la più bassa percentuale del proprio PIL all'istruzione (0,3%) e non avendo apportato nessun contributo diretto ai programmi d'immunizzazione, nonostante gli sfavorevoli indicatori sanitari del Paese.**

Come rappresentato nella **Figura 3**, non esiste una chiara corrispondenza fra il reddito procapite di un Paese e la capacità di destinare risorse per il benessere dell'infanzia in modo efficace. **Il messaggio fondamentale emergente del Rapporto, è quindi che la capacità di destinare risorse non dipende dalla ricchezza di un paese, ma è "primariamente e semplicemente una questione di volontà politica".**

**Figura 3. Relazione fra i punteggi del Budget Commitment Index e il reddito pro capite**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Un aumento delle risorse destinate all'infanzia, una maggiore connessione fra la formulazione di politiche e l'assegnazione di fondi per la loro realizzazione - a cominciare da quelle per la salute e l'istruzione dei bambini -, e la creazione di un sistema più trasparente e con un maggiore livello di accountability, sono alcune delle priorità d'azione definite dal

Rapporto per garantire lo sviluppo del continente Africano. Indispensabile, per questo processo, sarà il difficile passaggio dalla retorica alla presa di responsabilità (accountability).

**Annalisa Rosso.** Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP), Roma

### **Risorsa**

**[Le Rapport Africain sur le Bien-être de l'Enfant 2011](#)**. Budgétiser pour les enfants [PDF: 2,8 Mb]

### **Bibliografia**

1. ACPF (2011). Budgeting for Children in Africa: Rhetoric, Reality and the Scorecard. Addis Ababa: The African Child Policy Forum.
2. ACPF (2011). The African Report on Child Wellbeing 2011: Budgeting for Children. Addis Ababa: The African Child Policy Forum.
3. WHO (2010). [National Health Account](#). Ultimo accesso maggio 2010.
4. IMF (2009). World Economic Outlook. International monetary Fund, Washington D.C.
5. WHO (2001). Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization, Geneva.
6. UN (2009). [Abuja Declaration on HIV/AIDS, TB and Other Related Infectious Diseases, OAU/SPS/ABUDJA/3](#). [PDF: 27 Kb] Ultimo accesso ottobre 2009