ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE

GOVERNAÇÃO DO SISTEMA DE SAUDE EM CABO VERDE

RELATÓRIO

CLÁUDIO FURTADO

Julho de 2008

«A promoção da saúde compreende a acção individual, a acção da comunidade e a acção e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um» in: Marcos conceituais para a construção Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil.

« La responsabilité de la performance du système de santé d´un pays incombe en dernière analyse ay gouvernement. L´administration générale- prise en charge consciencieuse et avisée du bien-être d´une population- est l´essence même d´un bon gouvernement. La santé des gens constitue toujours une priorité nationale : la responsabilité qui en incombe aux gouvernements est permanente.» Dr. Gro Harlem Brundtland, Directeur Général OMS,

Abreviações

CMS	Comissões Municipais de Saúde
CNDS	Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
CNEPS	Comité Nacional de Ética de Pesquisa para a Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CR	Constituição da República
CS	Centros de Saúde
DECRP	Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza
DGSS	Direcção Geral de Solidariedade Social
ECV	Escudo Cabo-verdiano
EMPROFAC	Empresa de Produtos Farmacêuticos
GEP	Gabinete de Estudos e Planeamento
IDRF	Inquérito às Despesas e Receitas das Famílias
IDSR	Inquérito Demográfico e à Saúde Reprodutiva
INE	Instituto Nacional de Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MTFS	Ministério do Trabalho, Família e Solidariedade
ODM	Objectivos do Desenvolvimento do Milénio
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-governamental
PEDRHS	Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNLP	Programa Nacional de Luta contra a Pobreza
PNS	Política Nacional de Saúde
PS	Postos Sanitários
SIGOF	Sistema de Integrado e Gestão de Operações Financeiras
SNE	Sistema Nacional de Estatística
SNS	Serviço/ Sistema Nacional de Saúde
SIS	Sistema de Informação Sanitária

USB	Unidades Sanitárias de Base
VERDEFAM	Associação cabo-verdiana para a protecção da família
VIH-SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana - Sindroma da Imunodeficiência adquirida

Quadros

Quadro nº 1	Evolução dos indicadores DECRP (2001-2006)	19
Quadro nº 2	Evolução das despesas por estrutura orgânica (2001-2007)	62
Quadro nº 3	Evolução despesas, segundo classificação funcional (2004-07)	63
Quadro nº 4	Despesas do INPS com doenças e maternidade	64
Quadro nº 5	% População com acesso menos de 30 m da residência, por município	67
Quadro nº 6	Necessidades Projectadas de pessoal de saúde 2014	73
Quadro nº 7	Rácio população profissionais de saúde	74

Quadros - Anexo

Quadro 1-A	Indicadores Socio-económicos	96
Quadro 2- B	Indicadores de pobreza e das condições de vida em Cabo Verde	98
Quadro 3-C	Sistema de comparticipação nas despesas de saúde e estatuto face à pobreza	99
Quadro 4-D	Problemas de saúde e estatuto face à pobreza	100
Quadro 5-E	Distribuição% indivíduos 18 e 60 anos por estatuto de pobreza e sexo,2º índice de massa corporal	100
Quadro 6-F	Plano de Desenvolvimento das Infra-estruturas sanitárias 2005-2010	101
Quadro 7-G	Ratio população/profissionais de saúde	101

INTRODUÇÃO 17
Saúde e Desenvolvimento 20
Metodologia 22
Capítulo 1. Visão Estratégica 24
1.1. Contexto Global 24
1.2. Visão Estratégica a Longo Prazo 25
1.2.1. Dimensão Nacional 25
1.3. Estratégia Global de Desenvolvimento e a integração da dimensão Saúde 28
1.4. Conclusões 34
Capítulo 2. Participação e Busca de Consensos 35
2.1. Participação no processo de tomada de decisões 35
2.2. Identificação dos actores e integração de seus interesses nas políticas de saúde 38
2.3. Conclusões 40
Capítulo 3. Estado de Direito 42
3.1. Quadro legal e regulamentar em matéria de saúde 42
3.2. Implementação dos quadro legal e regulamentar 45
3.3. Conclusões 48
Capítulo 4. Transparência no processo de tomadas de decisões e na gestão 49
4.1. Transparência no processo de tomada de decisões 49
4.2. Transparência na alocação dos recursos 52
4.3. Conclusões 53
Capítulo 5. Celeridade da resposta das Instituições às demandas dos utentes 54
5.1. Reacção em relação às necessidades sanitárias das populações 54
5.2. Reacção face às necessidades sanitárias regionais e locais 56
5.3. Conclusões 58
Capítulo 6. Equidade no acesso aos cuidados de saúde 60
6.1. Igualdade no acesso aos cuidados 61
6.2.Imparcialidade no financiamento dos cuidados 64
6.3. Disparidades no acesso e nos cuidados de saúde 69
6.4. Conclusões 71
Capítulo 7. Eficácia e Eficiência do Sistema de Saúde 73
7.1. Qualidade gerencial na gestão dos recursos humanos do sector 73
7.2. Articulação e Disseminação de informações 77
7.3. Conclusões 78
Capítulo 8. Nível de assumpção de responsabilidades dos diversos intervenientes 80
8.1. Os média e o sistema nacional de saúde 80
8.2.O Poder legislativo e SNS 82
8.3. O sistema judicial e o SNS 83
8.4. O controlo dos recursos afectados ao sistema 84
8.5. Conclusões 85
Capítulo 9. Sistema de Informação Sanitária 86
9.1. Sistema de colecta, análise, tratamento e difusão da informação 87
9.2. Sistema de Informação Sanitária e acompanhamento das políticas sanitárias 88
9.3. Conclusões 90
Capítulo 10. A dimensão ética no Sistema nacional de Saúde 91
10.1. A dimensão ética na pesquisa médica 91
10.2. Ética nos cuidados de saúde 92
11. Linhas Conclusivas 94
Bibliografia 97

Anexos 98

SUMÁRIO ANALITICO

Evolução da Situação Socio-Sanitária de Cabo Verde: Tendências

O Sistema de Saúde cabo-verdiano tem, de uma certa forma, uma ancoragem nos modelos de Estado de Bem-Estar Social. Com efeito, o direito à saúde encontra-se constitucionalmente consagrado (artigo 70º), bem como á protecção social (artigo 69º) e pode ser considerado como sendo universal e tendencialmente gratuito.

No nosso contexto, de igual modo, a promoção da saúde é vista como uma investimento estratégico considerando que tem um forte impacto no desenvolvimento económico e social do país, bem com uma factor que influencia o grau de desigualdade entre os cidadãos.

O Programa do Governo e a Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza consideram o investimento na promoção da saúde como um eixo estratégico fundamental com um forte impacto no desenvolvimento económico e social do país, bem com um factor que diminui a desigualdade entre os cidadãos.

Em Cabo Verde os indicadores de saúde materna, neo-natal, infantil, a mortalidade geral, etc., apresentam melhorias crescentes colocando o país entre os melhore situados no ranking dos países africanos.

A mortalidade geral situava-se em 2004 em 5,4 por mil. A média da mortalidade das crianças menores de 5 anos reduziu de 63,5‰ nascidos vivos no período 1992-1995 para 47,3‰ no período 1996-2000 e para 23,9‰ de 2001-2005.

Em relação à mortalidade infantil passou de 51,7‰ nados vivos para 37,6‰ no período entre 1992-1995, para 37,6‰ entre 1996-2000 e para 20,3‰ de 2001-2005, correspondente a uma redução de mais de metade

A mortalidade perinatal passou de 43,3 por mil nados vivos no período 1992-1995 para 38,5‰ no período 1996-2000 e para 26,8‰ de 2001 -2005, o que responde a uma redução de cerca de um terço. A sua repartição entre o meio urbano e rural era, em 2005, de 27‰ no meio urbano e 17‰ no meio rural (GEP-MS, 2005).

Em relação á mortalidade materna, ela tem vindo a conhecer uma tendência de diminuição desde os anos 90,em parte devida aos esforços feitos no atendimento pré-natal e durante a gestação, nos diversos centros de saúde reprodutiva. De igual modo, tal melhoria deve ser imputada à melhoria das condições socio-económicas da população.

Nos últimos anos a mortalidade materna tem oscilado entre os 20/100.000 em 2003, 36,9/100.000 em 2004 e 14,5/100.000 em 2005.

Em relação ao VIH estudos actuais sobre a seroprevalência apontam para uma taxa de 1,1%, mostrando uma redução em relação aos primeiros dados sobre a infecção de 1987 (?) quando era de 2,8%. Embora com impacto maior sobre alguns grupos de riscos como os usuários de drogas injectáveis e profissionais o do sexto.

Em relação á tuberculose, de acordo com as notificações, a incidência em 2005 foi de 47,7 por cem mil, a prevalência de 0,63 por cem mil e a taxa de mortalidade de 2,7 por cem mil. A

evolução anual do aparecimento de novos casos de tuberculose tem-se situado numa faixa de incidência entre 40 e 60 por cem mil habitantes.

De modo geral a mortalidade por tuberculose tem vindo a diminuir paulatinamente nos últimos dez anos em todos os concelhos. Isto pode-se dever a um melhor desempenho das actividades de combate à tuberculose apesar das limitações e dificuldades existentes.

Relativamente ao paludismo, ele é considerado como sendo de baixa endemicidade, com um registo médio anual, nos últimos anos, de cerca de uma centena de casos entre os autóctones e os importados. Contudo, o Governo tem em curso de implementação o Plano Nacional de Luta contra o Paludismo que propõe a sua erradicação no horizonte do ano 2015.

Em termos de distribuição geográfica, os casos têm praticamente concentrado na ilha de Santiago. Durante o ano de 2005 foram registados 68 casos, sendo 14 importados e 54 autóctones. Estes últimos casos foram registados nos municípios da Praia, Santa Catarina e Santa Cruz, sendo 87% na cidade da Praia. 31% dos casos atinge a população dos 15-19 anos e 55% no grupo etário superior a 20 anos.

Cabo Verde encontra-se em processo de transição epidemiológica com as doenças não transmissíveis a conhecerem um crescimento continuado, com tendência inversa para as infecto-contagiosas, ainda que persistam doenças transmissíveis com níveis de morbi-mortalidade não negligenciáveis. No entanto, como refere a PNS «Mais situações de doenças não transmissíveis, de que não se fizeram ainda estudos epidemiológicos, têm um peso considerável na nosologia dos hospitais, constituindo desafios a tomar em consideração. Contam-se entre elas as doenças cardiovasculares incluindo a hipertensão arterial e os acidentes vasculares cerebrais, os tumores, a insuficiência renal crónica, a diabetes, os traumatismos.» (MS, PNS:8)

Esta mudança de perfil epidemiológico coloca novos desafios ao SNS, designadamente em termos de especialização dos técnicos de saúde, o aumento de valências médicas nas estruturas de saúde, a criação de novos serviços, investimento em equipamentos, tecnologias e laboratórios significando um aumento crescente com os gastos em saúde. Neste momento, estima-se que os gastos com o SNS representem cerca de 9% do OGE e propõe-se o seu aumento para 10%.

Desta forma um dos grandes desafios que se colocam ao SNS é o de sua sustentabilidade financeira num contexto de gastos crescentes, mantendo-se o principio constitucional da tendência para a sua gratuidade, da possibilidade e, eventualmente da necessidade, do reforço da presença do sector privado no SNS, com o aumento das exigências de qualidade que emerge, por um lado, da expansão de um espaço público nacional forte e, por outro, do turismo.

Da mesma forma, o desafio da equidade e da qualidade que se coloca quotidianamente ao SNS tem estado a ganhar uma grande centralidade. Contudo, a melhoria da capacidade gerencial de todo o sistema, é condição *sine qua non* para a resposta a este desafio. Assim, a problemática da eficiência e da eficácia do SNS é, a um só tempo, uma questão orçamental, económica e ética, uma vez que apenas quando o SNS for eficiente poderá almejar aportar ganhos significativo às populações e, desta forma, ser mais justo.

A reforma do SNS de Cabo Verde actualmente em curso de implementação ter por objectivo fazer face aos desafios entretanto identificados e a construção de um verdadeiro SNS, uma vez que, até o momento, por um lado, existe uma nítida e larga hegemonia do sector público e, por

outro criar um sistema de sinergia entre todos os actores intervenientes, tanto públicos como privados.

Situação de Implementação dos Princípios de Governação do Sistema Nacional de Saúde

A OMS definiu dez grandes princípios que, cumulativos, permitem analisar e aferir o estado do SNS de um país, os seus avanços e potencialidades, bem com as suas fragilidades e as ameaças que potencialmente poderá sofrer.

O presente estudo procura, com base nas informações documentais e das entrevistas realizadas, fazer a análise da situação de forma tão exaustiva quanto possível, salvaguardando os limites impostos pela disponibilidade dos dados e informações e pelo facto de se tratar de um primeiro estudo.

O Sumário Analítico pretende, em termos mais genéricos, apontar os grandes elementos que caracterizam o SNS cabo-verdiano, a nível de cada um dos princípios de governação.

1. Visão Estratégica

O Governo Cabo-verdiano definiu de forma clara, tanto na no Programa do Governo como na Política Nacional de Saúde e no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, uma visão prospectiva do SNS, tendo como horizonte o ano 2020 e que se consubstancia na vontade expressa de «garantir a saúde da população cabo-verdiana, construindo num contexto socio-económico favorável, um serviço nacional de saúde universalmente acessível, eficaz e equânime».

Tal visão que se procurou ser compartilhada por uma franja significativa da população, uma vez que ela foi objecto de busca de consensualização em vários níveis e instituições, assenta-se em três grandes dimensões: a acessibilidade universal dos cidadãos e dos residentes em Cabo Verde ao SNS, a eficácia dos serviços prestado e a equidade em termos de acesso.

Da mesma forma, a visão retida, assume como condição de sucesso, um contexto socio-económico favorável que permita a mobilização de recursos para o financiamento do SNS.

Neste contexto, resulta da visão que uma abordagem sistémica e holística foi retida, em que a saúde é parte integrante de uma totalidade mais abrangente: o desenvolvimento do país. Assim, a saúde, e por extensão o SNS, é factor de desenvolvimento.

Num país, em processo rápido de transição demográfica e epidemiológica, em que doenças transmissíveis coabitam com doenças não transmissíveis, particularmente as crónicas, em que as mutações sociais e económicas, frutos da rápida urbanização do país e de intensos fluxos migratórios, o SNS encontra-se permanente sobre fortes tensões a que se juntam as dificuldades de financiamento num país com uma percentagem significativa de população pobre.

Contudo, tanto a PNS quanto o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, este em processo de finalização e adopção pelo governo, procurar dar concretude à visão mediante a formulação de programas específicos que têm em conta, nomeadamente, a condição arquipelágica do país

2. Participação e Busca de Consensos

As autoridades sanitárias têm, de forma progressiva e consistente, procurado se a criar espaços institucionais de participação, construção e acomodação dos interesses dos vários intervenientes no domínio da Saúde.

Neste sentido, tanto do ponto de vista legal como organizacional, acções têm sido desenvolvidas no sentido de envolver todas as partes envolvidas no SNS a tomarem parte do processo decisional.

A nível legal, a criação do Conselho do Ministério da Saúde, do Conselho Consultivo do Ministério e das Regiões Sanitárias bem com as Comissões Municipais de Saúde caminham no sentido de um maior envolvimento dos actores, como demonstram as composições deste órgãos.

A nível organizacional todos os órgãos criados estão a funcionar, ainda que tenham entrado em funções recentemente.

Em termos práticos, tem-se assistido, sobretudo, nos momentos de discussão das grandes políticas de saúde e que devem consubstanciar-se nos documentos orientadores, a um envolvimento mais alargado de actores provenientes das instituições governamentais e da sociedade civil, tanto a nível central como descentralizado.

Este envolvimento tem feito com que as grandes directivas de política mereçam um relativo consenso nacional, malgrado interesses e posicionamentos diversos e plurais.

Não se deve contudo deixar de sublinhar que esse processo de participação dos actores na tomada de decisões começa a consolidar e que persistem ainda fragilidades organizacionais tanto nas instituições publicas quanto nas associações da sociedade civil, designadamente as que representam os interesses dos utentes, de algumas categorias profissionais e mesmo das mutualidades de saúde dificulta uma participação mais forte e qualitativamente significativa.

3. Estado de Direito

O SNS encontra-se razoavelmente regulamentado, tendo como quadro de referência os dispositivos constantes da CR e da Lei de Bases da Saúde. Observa-se igualmente um processo de revisão de legislações específicas que devem ajustar-se à nova realidade institucional bem como a regulamentação de um conjunto de dispositivos constantes da Lei de Bases da Saúde.

O facto da Lei de Bases da Saúde ter sido aprovada pelo Parlamento constitui uma forte garantia de sua legitimidade, envolvendo vários actores parlamentares na sua discussão e aprovação.

De igual, a auscultação de associações representativas de actores do SNS, designadamente a Ordem dos Médicos, a Associação dos Enfermeiros e outros agentes e profissionais da saúde tem permitido que a produção legislativa neste sector responda positivamente às aspirações dos envolvidos.

Considerando a importância que a Lei de Bases da Saúde confere ao sector privado de saúde, mecanismos de complementaridade entre os sectores público e privado de saúde precisam, contudo, ser melhor definidos, e regulados, bem como um quadro claro de definição de domínios

e áreas (tanto em termos clínicos como geográficos) de intervenção e de incentivo aos investimentos privados no domínio da saúde.

Constata-se, de igual modo, a necessidade de uma melhor articulação com as ordens e associações profissionais no sentido de uma melhor definição dos mecanismos de acumulação de funções nos serviços público e privado de saúde, evitando que, em determinados contextos, um ou outro saia prejudicado.

4. Transparência

O SNS tem podido beneficiar do processo de reforma do Estado e da Administração Pública actualmente em curso. De uma forma mais especifica, constata-se que as reformas no domínio da gestão financeira, orçamental e de recursos humanos no sentido de assegurar uma maior eficiência na gestão governamental, de tornar mais eficaz as acções, de melhorar a performance global e instituir uma sistema de governação política, económica e financeira baseada na transparência no processo de tomada de decisões e na utilização dos recursos públicos tem beneficiado grandemente a *accountability* do SNS. Contudo, esta transparência na gestão tem sido essencialmente no sector público de saúde, uma vez que não existem mecanismos legais e institucionais de acompanhamento mais sistemático e sistémico dos operadores privados de saúde.

O reforço do quadro de competência do Tribunal de Contas, da melhoria do funcionamento do Parlamento para o controlo das actividades governativas e o aperfeiçoamento dos serviços de inspecção das finanças constituem passos dados no domínio da transparência da gestão geral da Administração Pública e do SNS em particular.

No entanto, existe uma necessidade do reforço dos mecanismos de controlo da gestão nos diversos níveis do sistema e a todos os actores envolvidos. De uma forma particular, parece ser fundamental que a Inspecção-geral da Saúde entre em funcionamento, para, a par de outras instituições, acompanhar todas as actividades no domínio da saúde. Neste mesmo quadro, deve-se colocar a necessidade do reforço dos serviços centrais do Ministério da Saúde em termos de recursos humanos para, nomeadamente, os sectores da inspecção e da gestão administrativa e financeira.

5. Reacção do SNS às Demandas dos Utentes

O SNS consegue dar cobertura nacional em termos de cuidados primários de saúde. A rede de cobertura geográfica dos serviços de cuidados primários é abrangente. A nível dos cuidados diferenciados de saúde nota-se um esforço significativo tanto a nível da construção das infra-estruturas de saúde e dos equipamentos laboratoriais como dos recursos humanos nas mais diversas especialidades médicas, de enfermagem e demais técnicos de saúde. Os Hospitais Regionais e Centrais inscrevem-se neste quadro.

Quando, a nível nacional, não existem recursos capazes de dar resposta ás necessidades dos utentes, o SNS tem feito recurso às evacuações, essencialmente para Portugal.

De igual modo, o sistema está dotado de mecanismos de seguimento e alerta rápidos que monitorizam a situação em termos de saúde pública e podem com uma certa rapidez responder a situações sanitárias emergentes.

É verdade, contudo, que algumas condicionantes e constrangimentos existem. Desde logo, deve-se apontar a problemática do financiamento do sistema e a dispersão territorial decorrente de um país-arquipélago, bem como as fragilidades em termos de articulação das informações sanitárias para, em tempo útil, poder permitir a tomada de decisão. Com efeito, a centralização do processo de tratamento e análise de dados nos serviços centrais do Ministério da Saúde não permite que as estruturas regionais e municipais, designadamente as Delegacias de Saúde, possam atempadamente reagir às necessidades sanitárias. De igual modo, a fragilidade das Delegacias de Saúde em termos recursos humanos constitui um constrangimento á satisfação das necessidades sanitárias e não sanitárias das populações

6. Equidade e Abertura

Constitucionalmente o acesso à saúde é um direito de todos os cidadãos e compete ao Estado assegurar que tal principio se concretize. Em termos de cuidados primários da saúde, a população cabo-verdiana encontra-se, globalmente, bem servida por uma vasta rede de infra-estruturas e serviços de saúde desde as Unidades Sanitárias de Base, passando pelos Postos Sanitárias, Centros de Saúde e Hospitais. Mais ainda, a oferta por parte de privados de serviços de saúde e de disponibilização dos medicamentos reforça a rede de prestação de serviços.

O SNS garante o acesso de todos aos cuidados de saúde, independentemente da condição socio-económica, do sexo ou do local de residência. É verdade que os utentes devem comparticipar nos custos de saúde, mas os que são pobres e vulneráveis têm atendimento gratuito ou então beneficiam de algum tipo de cobertura social, ainda que de forma pontual.

Para facilitar o acesso medicamentoso, particularmente às populações pobres, o SNS tem vindo a contar nos últimos anos com a parceria do Programa Nacional de Luta contra a Pobreza que tem injectado no sistema cerca de 100.000 contos para compra de medicamentos. É verdade, contudo, que ainda persistem, por vezes, nas farmácias públicas problemas de ruptura de stock.

No que diz respeito aos cuidados diferenciados, algumas dificuldades de acesso se colocam para as categorias populacionais mais pobres e as que residem em comunidades afastadas dos serviços de saúde, particularmente os centros de referência. Aliás, os indicadores de saúde mostram que o encravamento de comunidades associado à sua localização relativamente longa dos centros hospitalares tendem a fazer agravar as condições de saúde.

Em termos de relações de género não existe uma relação de causalidade directa entre os sexos e o acesso, a não ser quando se agregar outras variáveis, designadamente a pobreza, ou melhor as condições socio-económicas. Com efeito, não obstante a boa cobertura nacional do Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva e dos serviços primários de saúde, são as mulheres pobres, em regra chefes de família, que têm maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

No entanto, globalmente constata-se uma busca progressiva por parte do SNS de responder de forma adequada as solicitações dos utentes, diminuindo progressivamente as disparidades de acesso que resultam de uma ainda inadequada estruturação do sector, dos constrangimentos financeiros, técnicos e de recursos humanos, bem como do aumento da exigência e dos novos desafios sanitários.

7. Eficácia e Eficiência

Globalmente, o SNS tem vindo a melhorar a sua eficiência, quando se analisam os resultados obtidos e os custos investidos. O alargamento dos serviços de saúde e do número anualmente crescente de usuários atendidos seja em actividades de prevenção seja de tratamento mostram que o SNS tem vindo a dar respostas ás demandas da sociedade.

A transição demográfica e epidemiológica vivida pelo país tem feito, contudo, que novas necessidades apareçam e novas exigências constituindo uma fonte de pressão sobre o SNS, particularmente em relação ao seu financiamento e sua sustentabilidade a médio e longo prazo. Neste momento, cerca de 10% do Orçamento Geral do Estado destina-se à Saúde e estima-se que se torna necessário que venha a aumentar nos próximos anos para dar resposta aos desafios colocados pela PNS.

No sector público, tendo em conta os custos crescentes, medidas têm sido adoptadas no sentido de uma maior contenção e utilização rigorosa das disponibilidades orçamentais que, passa designadamente por mecanismos de gestão mais eficazes das aquisições de suprimentos para os serviços de saúde, bem como pela introdução de novas valências médicas, diminuindo, neste sentido, os custos designadamente com as evacuações.

No entanto, ainda persistem alguns pontos de estrangulamento e de ineficiência e que se prendem, nomeadamente, com a organização dos serviços e sua implicação na utilização dos recursos humanos, a forte prevalência de utilização das urgências para casos de consulta normal, défice na comunicação organizacional, etc.

De igual modo, a nível dos recursos humanos constata-se ainda a inexistência de uma sistema de gestão integrada, carreiras com pontos de bloqueio, défice de pessoal técnico em determinas áreas, estruturas e serviços, articulação deficiente para a definição de estratégias de formação de recursos humanos para a saúde entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, etc.

8. Responsabilidade

O SNS possui mecanismos claros e funcionais de seguimento e monitorização das responsabilidades dos vários actores intervenientes no SNS. Mecanismos internos de responsabilização associados a estruturas externas asseguram a supervisão da aplicação das normas e regulamentos financeiros e administrativos do sistema. È verdade que grande parte dos mecanismos actualmente existentes destina-se a supervisionar o sector público que, neste momento, é largamente hegemónico. Contudo, a abertura do sector de saúde à actividade privada impõe a necessidade de definir, afinar e implementar mecanismos de supervisão e controlo da actividade privada de saúde.

Nos últimos anos, assiste-se a uma esforço significativo de normatização e institucionalização dos mecanismos de seguimento do SNS, buscando assegurar a introdução de boas práticas no sistema. A implementação de órgãos a nível central, regional e local de definição, seguimento e avaliação das políticas públicas denota a preocupação com a responsabilização dos diversos *stakeholders* do sistema.

Deve-se, no entanto, sublinhar que as instituições de supervisão, controlo e fiscalização carecem de um reforço de sua capacidade organizacional designadamente em termos de recursos humanos.

Neste contexto, o aprofundamento do quadro normativo de supervisão, a separação das competências dos diversos intervenientes, o reforço da capacidade institucional constituem desafios a enfrentar.

9. Inteligência e Informação

No domínio da informação sanitária, pode-se dizer que se tem vindo a registar uma melhoria substancial no sistema de produção de estudos e estatísticas de saúde e o aumento da sua importância na formulação de políticas de saúde. De referir que tais estudos e estatísticas têm sido maioritariamente produzidos pelo Ministério da Saúde, assistindo-se contudo a um interesse crescente de instituições universitárias de saúde nacionais e estrangeiras bem como de investigadores individuais no estudo da situação sanitária do país.

Constata-se, contudo, que o SIS padece ainda de um conjunto de constrangimentos que vão da forte centralização do processo de tratamento e análise dos dados até a insuficiência de recursos humanos no sector da produção de estudos e produção de estatísticas, com particular relevo nas Delegacias de Saúde.

No que se refere á difusão e disponibilização de informações, constata-se que existem mecanismos bastante eficazes nomeadamente a publicação impressa de estudos, relatórios e boletins de estatísticas, bem como o alojamento de todos os documentos em web sites do Governo, do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Estatística.

Interessa sublinhar que todo o processo de reforma do SNS actualmente em curso tem tido como fonte de fundamentação e legitimação estudos e estatísticas produzidas. Com efeito, seja a PNS, seja o quadro legal e normativo produzido ou a Política nacional de Desenvolvimento Sanitário em fase de conclusão baseiam-se em estudos, diagnósticos e estatísticas produzidas. Novos estudos estão em curso e que devem dar *inputs* para definição de novas políticas sectoriais, designadamente o estudo sobre doenças não-transmissíveis.

Existem ainda informações sanitárias produzidas a nível de alguns serviços específicos. Assim, informações financeiras e sobre os recursos humanos são produzidos pela Direcção Geral dos Recursos Humanos e Administração e as relativas à gestão dos medicamentos pela Direcção Geral da Farmácia.

10. Ética

O SNS dispõe de um Comité Nacional de Ética em Pesquisas de Saúde (CNEPS) cujo parecer é vinculativo para o arranque das actividades de investigação. Criado recentemente, o CNEPS apreciou já quase uma dezena de projectos de investigação no domínio da saúde.

Ademais, as estruturas de saúde, particularmente os Hospitais Centrais, através de sua Direcções Clínicas, têm vindo a acompanhar as práticas dos agentes de saúde, visando assegurar o respeito pela autónoma, a justiça e o atendimento adequado dos utentes. Além do

mais, a Direcção Geral da Saúde dispõe de equipas de supervisão que, periodicamente, visam as estruturas de saúde no sentido de avaliar o cumprimento das boas práticas no atendimento aos utentes.

De referir ainda que a Ordem dos Médicos dispõe de uma secção encarregue de acompanhar todas as questões que se prendem com a dimensão ética e deontológica da profissão, dando seguimento aos casos apresentados pelos utentes.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o desenvolvimento dos sistemas de saúde como crucial. Com efeito, o conhecimento da governação do sistema de saúde permite definir políticas de saúde mais adequadas e melhor articuladas com as políticas globais do país, uma vez que a própria concepção do sistema de saúde vai para além da prestação dos serviços de saúde colectivos e individuais para englobar outros aspectos relativos à política pública com incidência na saúde das populações.

Assim, o presente estudo tem por objectivo conhecer os contornos do sistema de saúde em Cabo Verde no sentido de ajudar na compreensão dos seus objectivos, procurar compreender a sua performance e fornecer informações aos planificadores, decisores e parceiros do país na elaboração de políticas que devem de forma clara responder aos principais problemas do SNS (Serviço Nacional de Saúde) incidir sobre as funções-chaves do sistema.

Este estudo surge da iniciativa do Escritório Regional Africa da OMS e pretende ser um instrumento importante tanto para o Governo de Cabo Verde como para a própria OMS no sentido de poder apoiar na definição das áreas e domínios prioritários de cooperação e intervenção.

Os sistemas de saúde, quaisquer que eles sejam e, independentemente de países ou sociedades, têm como objectivo principal melhorar o estado de saúde da população devendo, para o efeito, colocar à disposição dos cidadãos serviços adequados. Neste sentido, a prestação de serviços de responsabilidade dos sistemas de saúde, resultando de uma articulação optimal entre os recursos financeiros, humanos, materiais e medicamentos, deve almejar ser eficiente, eficaz e efectivo.

Globalmente, as sociedades contemporâneas investem na promoção da saúde como um investimento social estratégico, uma vez que o estado da saúde da população de um país tem forte impacto no desenvolvimento, influencia o grau de desigualdade económica e social entre os cidadãos. Neste sentido, o acento tónico das políticas de saúde e dos sistemas de saúde tende a estar colocado na saúde e não no tratamento da doença.

Em países como Cabo Verde, o desafio da qualidade da prestação de serviços de saúde, por parte do sistema nacional de saúde, é condição necessária para que os objectivos de desenvolvimento do milénio possam ser realizados.

Contudo, resulta praticamente como um consenso que as limitações orçamentais da maior parte dos estados em desenvolvimento aliadas a uma reduzida capacidade de gestão a todos os níveis do sistema de saúde, constituem os grandes constrangimentos.

O conceito de sistema de saúde é intrinsecamente sistémico no sentido que é um conceito sintético reagrupando todos os actores envolvidos na prestação dos serviços de saúde, sejam eles do sector público, privado, da sociedade civil, incluindo, de forma central, os utentes. Neste quadro, os serviços prestados incluem os cuidados, incluindo a prevenção, o diagnóstico, o tratamento ou a reabilitação, e outras dimensões e componentes, não necessariamente destinados aos utentes (entendidos aqui como pacientes), como sejam a educação para a saúde, a legisferação, a formação, a gestão, o saneamento, etc.

Embora o serviço público de saúde tenha um papel central no quadro do sistema de saúde cabo-verdiano, como o dispõe a Constituição da República (CR), designadamente através dos artigos 7º, 69º e 70º, cada vez mais o sector privado tem vindo a desempenhar um papel crescente na prestação de cuidados de saúde, ainda que, até o momento, essencialmente, nos centros urbanos. Aliás, a CR, no seu artigo 70º, alínea d) estipula que o Estado deve "Incentivar e apoiar a iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação".

Com efeito, tendo em conta os limites intrínsecos ao serviço público de saúde e considerando os objectivos consignados tanto nas Bases Gerais do Sistema de Saúde quanto na Política Nacional de Saúde, revela-se de todo importante o incentivo à possibilidade de ofertas de cuidados de saúdes pelo sector privado, na perspectiva de alargar a prestação dos cuidados de saúde, melhorando a qualidade e a performance global sistema.

Cabo Verde tem feito avanços significativos no domínio do desenvolvimento humano nas últimas décadas graças, em grande medida, a uma série de políticas inovadoras, bem como à melhoria em termos de equidade e de igualdade de oportunidades no acesso ao SNS, ainda que persistam disfunções que explicam, aliás, a reforma em curso no sector.

Em Cabo Verde são notórios e significativos os avanços registados no sector da saúde, desde a independência, apresentando dos melhores indicadores da Africa sub-sahariana.

Estudos mostram que Cabo Verde se encontra numa fase de transição demográfica e epidemiológica coabitando, neste último domínio, doenças transmissíveis com um conjunto crescente de doenças não transmissíveis (cf. Política Nacional de Saúde).

De igual modo, assiste-se a um aumento progressivo de despesas com os custos de saúde, decorrentes do alargamento do número de infra-estruturas de saúde, do tipo de serviços oferecidos e da mudança progressiva do perfil de doenças com incidência em termos de necessidades de equipamentos e tecnologias para apoio ao diagnóstico e tratamento, bem como para medicação.

Assim, os principais problemas relacionados com o sistema de saúde parecem estar relacionados com a forte incidência da pobreza com implicações nos cuidados primários de saúde, bem como o financiamento do sistema.

A análise do sistema de saúde cabo-verdiano mostra igualmente que, neste momento, ela se encontra em processo de reforma, decorrente em grande parte da constatação dos problemas através referenciados. Neste âmbito, emergem como prioridades da reforma: z) o reforço dos centros de saúde, com prioridades para as zonas rurais e peri-urbanas; b)reforço dos hospitais de referência; c) aumento da capacitação dos recursos humanos; d) reforço da capacidade de planeamento, organização, gestão e avaliação; e) reforço dos programas prioritários; e f) reforço da participação da comunidade.

A análise da governação do sistema de saúde assume a perspectiva segundo a qual a governação não diz respeito unicamente aos governos. Tal como definido pelo PNUD, a governação é concebida "como exercício da autoridade política, económica e administrativa na gestão dos assuntos de um país e a todos os níveis. A governação cobre todos os mecanismos, processos e instituições complexas por intermédio dos quais os cidadãos e os grupos asseguram a defesa de seus interesses, tentam amainar as suas divergências, exercem seus direitos e assumem as suas obrigações perante a lei» (OMS, Cadre pour l´évaluation de la

gouvernance des systémes de santé dans les pays en développement: Passeport pour une bonne gouvernance)

No domínio da especifico da saúde, o conceito da governação pode igualmente nos remeter aos conceitos de «*stewardship*», ou administração geral dos sistemas de saúde, designando o conjunto de funções assumidas pelos poderes públicos tendo em vista atingir os objectivos nacionais de saúde.

Por sua vez, a OMS, no Relatório Mundial 2000, define um sistema de saúde com sendo aquele que «inclut toutes les activités dons le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé» (OMS, 2000: 5).

A operacionalização da análise da governação do sistema de saúde deve considerar que os objectivos últimos do serviço nacional de saúde, que visam a melhoria do estado global da saúde da população, recobrem, de entre outras, dimensões como a equidade, a cobertura, o acesso, a qualidade e os direitos dos pacientes. Do mesmo modo, permitem apreender os papéis e as responsabilidades dos sectores, público, privado e de solidariedade social, bem como da sociedade civil, na prestação e financiamento dos cuidados de saúde

O Relatório Mundial da Saúde 2000 identificou os seguintes objectivos da reforma do sector de saúde e que devem orientar as discussões acerca dos propósitos desta reforma e da medida de seus resultados. Neste contexto, tais objectivos são os seguintes:

a) Eficiência, referindo-se à relação entre os resultados obtidos e os recursos empregados. No que diz respeito á eficiência do sistema de saúde, deve-se ter presente que ela não é apenas uma questão orçamental ou mesmo económica. Com efeito, um Sistema Nacional de Saúde não eficiente tem custos sociais elevados e irreversíveis e não contribui para ganhos em saúde, não podendo, igualmente, ser justo;

b) Qualidade, compreendida como «um conjunto de actividades planeadas, baseado na definição de metas explicitas e na avaliação de desempenho, abrangendo todos os níveis e cuidados, tendo como objectivo a melhoria continua da qualidade dos serviços «(Recomendação nº 17 do Conselho de Ministros do Conselho da Europa);

c) Equidade, entendida como ausência de diferenças evitáveis ou remediáveis entre grupos de pessoas, sendo definidas segundo critérios sociais, económicos, demográficos ou geográficos. Relativamente à saúde, a ausência de equidade ultrapassa as simples desigualdades relacionadas com as determinantes da saúde, o acesso aos recursos necessários para melhorar a saúde ou conservá-la ou aos resultados em matéria de saúde. Ela resulta também da impossibilidade de evitar ou ultrapassar as injustiças ou não respeito dos direitos humanos;

d) Responsabilização do cliente, principais responsáveis pela sua própria saúde, juízes dos serviços por ele recebido, controla a qualidade e os custos e participa no pagamento dos serviços prestados;

e) Sustentabilidade, está relacionada com a perspectiva da necessária continuidade dos aspectos económicos, sociais, culturais e ambientais da sociedade humana em geral e que, no contexto, da saúde, remete para a necessidade de edificação de um sistema que seja economicamente viável, mas que não relegue para plano marginal a exigência

de ser socialmente justo e culturalmente aceite, além de ser ecologicamente correcto.

Em Cabo Verde a reforma do Sistema Nacional de Saúde, em curso de implementação, ainda que não de forma explicita, assume como objectivos os definidos pela OMS.

Saúde e Desenvolvimento

O acesso de pessoas pobres, vulneráveis e desfavorecidas aos cuidados de saúde é mais difícil, ainda que sejam a elas a, de forma mais frequente, adoecer e a morrer mais jovens. Estas injustiças ficam mais agravadas quando se vive mais tempo, com o aumento da esperança de vida, num mundo dominado pela opulência e o conhecimento.

Neste âmbito, a saúde deve ser colocada no centro da luta contra a pobreza e nas realizações do Objectivo do Desenvolvimento do Milénio. Os sistemas de saúde frágeis e desiguais, designadamente quando são confrontados com uma penúria de recursos humanos ou quando estão desprovidos de meios de financiamento duráveis, representam um obstáculo significativo ao alargamento dos programas de luta contra doenças necessárias para atingir os grupos alvo previstos nos ODM: reduzir a mortalidade materna e infantil, combater o VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo e tornar os medicamentos essenciais disponíveis e acessíveis nos países em desenvolvimento.

Por isso, é consensual hoje em dia que os governos e os países devem colocar a saúde no centro de todas as políticas, designadamente as económicas e de desenvolvimento. No mesmo sentido, vai a necessidade de se promover iniciativas sociais, políticas e económicas que, integradas no sistema de saúde, podem contribuir para melhorar a qualidade do serviço prestado.

Em Cabo Verde a forte incidência da pobreza e o desemprego tendem a fazer com que uma parcela significativa da população seja vulnerável, tanto do ponto de vista da doença como de acesso aos cuidados de saúde sejam eles primários ou diferenciados, embora a CR e demais documentos de política assegurarem o acesso universal aos cuidados de saúde a todos.

Com efeito, de acordo com os dados do Inquérito Despesas e Receitas Familiares (IDRF 2001/2002) e o estudo sobre o perfil de pobreza dele decorrente, 172.727 pessoas, ou seja 37%, viviam abaixo do limiar da pobreza. Destes, 93.000 são muito pobres, representando 53% do total dos pobres ou 20% da população do país. Tendo em consideração que grande parte deste grupo vive na zona rural – 51% da população rural é pobre e apenas 25%, na zona urbana o é –, uma política concertada, global e descentralizada é fundamental de forma a permitir uma cobertura integral aos grupos vulneráveis.

A evolução dos indicadores económicos, particularmente o crescimento contínuo e robusto do PIB que em 2006 terá atingido cerca de 10,9% indiciam, pelo menos em termos absolutos, a melhoria das condições de vida e a redução da pobreza absoluta.

Em termos das condicionantes da saúde, os dados do IDRF mostram que, apenas 11 de cada 100 agregados pobres estão ligados à rede de água potável e 41% dos agregados familiares não pobres têm essa facilidade. Contudo, a situação tende a melhorar de forma progressiva. No que diz respeito ao aprovisionamento em água potável constata-se que a percentagem da população com acesso passou de 32.7% em 2001 para 39.4% em 2006.

Esta situação pesa pela negativa em termos de obtenção da casa de banho e retrete, dado que a água é fundamental para manter a funcionalidade destas situações. Assim, apenas 45% dos 95.257 agregados familiares têm casa de banho e retrete, sem esquecer que essas infra-estruturas são, em regra, privilégio dos agregados não pobres Cerca de 88% dos agregados familiares não pobres possui casa de banho e retrete e apenas 58% dos agregados pobres o possui.

Da mesma forma, sobressai da análise dos dados do IDRF que a grande maioria, cerca de 75,5%, dos agregados familiares cabo-verdianos dão destino impróprio às águas residuais. Esta questão também constitui um privilégio das famílias não pobres, dado que 95% dos agregados familiares pobres atiram as águas residuais em redor da casa ou na natureza na vizinhança do lar. Esta questão parece ser uma situação agravante ao nível nacional, visto que também 67% dos agregados não pobres, dão destino impróprio às águas residuais. (INE, Perfil de Pobreza & Estratégia Nacional e Programa de Segurança Alimentar Durável numa Perspectiva de Luta contra Pobreza para o período de 2003/2007)

De uma forma global, os indicadores sociais do país tiveram uma evolução significativa, incluindo o sector de saúde. Com efeito, tanto a mortalidade materna como a mortalidade infantil conheceram uma queda entre o ano de referência da Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza (2004) e 2006.

Quadro nº 1: Evolução dos indicadores do DECRP (2001-2006)

Eixos Estratégicos	Indicadores do DECRP	Situação em 2001	Valores de referência (2004)	Situação em 2006
	% Agregados familiares com acesso à rede de água potável	32.7		39.4(**)
	% Agregados com acesso à rede de esgoto	11.5		30.4(**)
	Taxa de mortalidade infantil (por mil)		21.	20.2 (***) (2005)
	Taxa de mortalidade materna (por 100 mil)		36.9	14.5(***) (2005)
	Beneficiários PSM		6.514	7.514
	Beneficiários PSS		9.373	9.442

Notas : (*)ISE2006; (**)QUIBB2006; (***)OMD2007 (Provisório) Fonte: DGP. Cadre de dépenses à moyen terme (2008-2010), Agosto 2007

A educação constitui um importante factor determinante da saúde. Pode-se, pois, dizer que existe uma correlação positiva entre os indicadores de educação e saúde, significando que o aumento da escolarização tende a significar a melhoria da saúde da população. Com efeito, a escolarização facilita, de um lado, o acesso à informação e, de outro, a práticas comportamentais favoráveis a uma vida sadia.

Em Cabo Verde a educação tem ido uma evolução positiva e constante em todos os seus subsistemas. Estatísticas mostram que no ano lectivo 2004/2005 a taxa líquida de escolarização básica foi de 96,5%, tendo sido de58,5% no ensino secundário e com uma população estudantil no ensino superior no país que ultrapassa os 6.000 estudantes. A de analfabetismo está estimada em 19%.

A par da saúde, a educação é o sector governamental ao qual a maior fatia do Orçamento do Estado está alocado sendo que em 2006 o Orçamento de Estado para as despesas da

Educação atingiu cerca de 22%, dos quais 42,5% para o Ensino Básico, incluindo o Pré-escolar, e 33,6% para o Ensino Secundário.

De igual modo, no contexto da transição demográfica e epidemiológica por que Cabo Verde passa, aliada a uma multiplicidade de factores de vulnerabilidade alguns grupos e categorias sociais são particularmente tocados. São casos das pessoas da terceira idade, inválidos e doentes provenientes de grupos sociais desfavorecidos Com efeito, os idosos, uma categoria altamente dependente, representam cerca de 6% da população pobre. Considerando que a proporção da população idosa (com 65 anos e mais) continua a crescer, em virtude da redução associada da fecundidade e da mortalidade (passando de 5.8% a 6.3% entre 1990 e 2000), isso poderá, a médio ou longo prazo, resultar no envelhecimento da população, com todos os efeitos sociais que isso implicaria nomeadamente, uma maior dependência das pessoas idosas sobre a população activa e uma maior pressão sobre os serviços sociais básicos, incluindo os sistemas de segurança social. O aumento da esperança de vida, resultante da baixa da mortalidade nos diferentes níveis irá traduzir-se no aumento da população em situação de velhice, aumentando o contingente dos que, vivendo em situação de pobreza, não poderão assegurar por si sós a sua protecção

Metodologia

Para a realização do estudo, a OMS elaborou um guião contendo o quadro de análise da governação do sistema de saúde a partir de 10 princípios fundamentais:

(i) A visão estratégica;
(ii) A participação e a busca de consensos;
(iii) O estado de direito;
(iv) A transparência;
(v) A reactividade;
(vi) A equidade e a abertura;
(vii) A eficácia e a eficiência;
(viii) A responsabilidade;
(ix) A inteligência e a informação;
(x) E a ética.

Para cada um dos princípios, existe um conjunto de domínios e níveis de avaliação que, reunidos e analisados de forma dinâmica, permitem compreendem os contornos principais da governação do sistema de saúde em Cabo Verde, como se pode constatar do Guião metodológico em anexo.

Essencialmente, o processo de realização do estudo comportou as seguintes etapas:

1. Recolha dos principais documentos legislativos, de política e de organização do sistema de saúde cabo-verdiana;
2. Análise da documentação relativa ao quadro de despesas com o serviço nacional de saúde (SNS), o sistema e a abrangência da cobertura do SNS;
3. Realização de entrevistas com os principais responsáveis políticos e dos departamentos do Ministério da Saúde
4. Realização de entrevistas com representantes de actores envolvidos com o sistema de saúde, nomeadamente a Ordem dos Médicos, o INPS, ONG e outras organizações da sociedade civil

5. Análise dos dados e das informações recolhidas
6. Produção do relatório

A realização das entrevistas teve por base o guião elaborado pela OMS para estudos dos sistemas de saúde e que se encontra em anexo ao presente relatório.

A grande dificuldade encontrada na realização do estudo residiu no facto dos responsáveis dos departamentos centrais do Ministério da Saúde estarem sobrecarregados com compromissos anteriormente assumidos o que dificultou encontrar espaços nas suas agendas para a realização da entrevista. Decorreu desta situação que as entrevistas somente puderam ser realizadas no momento em que se deveria estar na análise das informações e na redacção da versão preliminar do relatório e na detecção das lacunas em termos de dados.

De igual modo, a programação inicialmente elaborada teve que ser reequacionada com implicação na entrega da primeira versão do documento.

De referir que o presente estudo será submetido às entidades entrevistadas e aos responsáveis do Ministério da Saúde para sua apreciação e validação.

Capítulo 1. Visão Estratégica

1.1. Contexto Global

O sector da saúde, a par da educação, tem tido uma grande centralidade nas políticas públicas de desenvolvimento dos sucessivos governos cabo-verdianos desde a independência. Com efeito, os investimentos crescentes dispensados à saúde, representando depois da educação, o que maior peso tem no Orçamento de funcionamento do Estado nas últimas décadas, denotam a sua importância.

A importância dada à construção de infra-estruturas de saúde em todas as ilhas e concelhos do país, a par de investimentos em equipamentos, medicamentos, bem assim na formação de recursos humanos tem permitido que os indicadores de saúde venham conhecendo melhorias significativas, colocando Cabo Verde como apresentando dos melhores quadros sanitários do continente africando, contribuindo decisivamente para o seu posicionamento no ranking do desenvolvimento humano.

A articulação da saúde e da educação como pilares do desenvolvimento do país constitui uma preocupação política, uma vez que a qualificação dos recursos humanos é considerado, pelo Governo, como elemento estratégico de desenvolvimento do país. Na verdade, na ausência de recursos naturais, o investimento no capital humano, como o refere as Grandes Opções do Plano, aparece como o diferencial de competitividade da economia cabo-verdiana no quadro de uma economia globalizada.

O reforço da centralidade da saúde nas políticas públicas pode ser assinalado com o facto de o Governo propor para a Legislatura 2006-2011, «Um Cabo Verde com: i) Aprofundamento permanente da coesão nacional em prol de menos pobreza, mais solidariedade e mais igualdade de oportunidades; ii) Melhoria da qualidade de vida dos cabo-verdianos com menos desemprego, mais e melhor qualidade ambiental, satisfação crescente das necessidades básicas (habitação, acesso à água potável, energia, saúde e educação), melhoria ascendente dos indicadores de desenvolvimento humano, melhor organização e coesão territorial» (PG, 2006: 2)

No domínio específico da saúde, o Programa do Governo aponta como objectivos a elaboração de uma Política Nacional de Saúde que tenha por base: «a Universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência sanitária; a Solidariedade de todos na garantia do direito à saúde e na contribuição para o financiamento dos cuidados de saúde; a Defesa da equidade na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços; a Salvaguarda da dignidade humana e a preservação da integridade física e moral dos utentes e prestadores; a Salvaguarda da ética e deontologia profissionais na prestação de serviços» (2006:46).

Para a sua concretização, três eixos estratégicos foram identificados pelo Governo; a) Serviço Nacional de Saúde moderno e sustentável; b) Mais e melhores serviços de saúde; c) Desenvolvimento de Recursos Humanos.

1.2. Visão Estratégica a Longo Prazo

1.2.1. Dimensão Nacional

Cabo Verde tem vindo a conhecer um crescimento económico constante e considerado robusto, sobretudo quando comparado com os países da sub-região africana. Na verdade, entre 2001 e 2006, a taxa média de crescimento da economia em termos reais foi de 5,6%, com uma taxa de inflação baixa, com estabilidade cambial e acentuada redução da dívida pública. Conseguiu-se, neste período, reequilibrar os desequilíbrios macroeconómicos registados em 2000. Em 2004 e 2005, a taxa de crescimento do PIB foi de 4,4% e 5,8% respectivamente. Estimativas apontam para o facto do PIB em 2006 ter crescido á volta de 10,7%

No mesmo período, o crescimento médio do PIB *per capita* foi de 3,7%, que parece evidenciar o aumento do poder de compra do cabo-verdiano. Estima-se que o PIB *per capita* tenha atingido os USD $ 2192.

A taxa de inflação esteve sob controlo em 2005, não tendo superado 1%. Em 2006, apesar das consequências internas do choque petrolífero que conduziu ao aumento de preços e com uma elevação da taxa de inflação para cerca de 4,2%, a taxa de crescimento da economia é estimada em 6%, o que denota uma boa performance dos indicadores macroeconómicos. Para 2007, o governo e o Banco de Cabo Verde projectam um crescimento de 6 a 7% e uma inflação controlada de cerca de 4%.

No que se refere às finanças públicas, conseguiu-se manter controlado o défice orçamental a uma taxa média de 3,3% entre 2001 e 2005.

Nos últimos anos tem vindo a aumentar de forma progressiva e permanente os investimentos privados externos, particularmente no sector dos serviços, nomeadamente hotelaria e turismo, transformando-se no sector mais dinâmico da economia cabo-verdiana.

Estima-se que o comportamento do investimento directo estrangeiro tem vindo a melhorar e sua realização registada na balança de pagamentos traduziu-se em 2006, numa taxa de crescimento de 70%.

Em termos de desenvolvimento humano, os relatórios mundiais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) têm mostrado uma boa prestação do país. De facto, o indicador de desenvolvimento humano (IDH) passou de 0,717 em 2002 para 0,721 em 2003 e 0,722 em 2004 e 0,736 em 2005 Da mesma forma, o indicador de Pobreza Humana (IPH) aponta também uma evolução positiva, tendo passado de19,7 % em 2002 para 18,7 % em 2003 e 2004 e de 15,85 em 2005.

Não obstante esses avanços e do país ter sido integrado ao grupo de países de rendimento médio, Cabo Verde continua sendo dos mais vulneráveis do mundo, com uma forte dependência em relação à Ajuda ao Desenvolvimento e as remessas dos emigrantes, ainda que estejam a diminuir o seu peso relativo em proveito dos investimentos privados directos. Da mesma forma, e no quadro de uma economia-mundo interdependente e globalizada, o país apresenta-se ainda por demais exposto aos choques externos.

Como referido anteriormente, a estrutura sectorial do PIB mostra uma forte dinâmica do sector terciário que, nos últimos anos, tem conhecido um crescimento robusto, representando cerca de

75% do PIB. Em contrapartida o sector primeiro tem estagnado à volta dos 8,5% e o sector secundário em 16%.

O crescimento económico constante dos últimos anos e com perspectivas de consolidar e aumentar não tem, contudo, tido, um impacto equitativo. De facto, a taxa do desemprego tem estado a um nível elevado, tendo situado em 17,4% em 2000 e 24,4% em 2005 para cair para cerca de 18% em 2006. Da mesma forma, a incidência da pobreza, de acordo com os dados do Inquérito às Despesas e Receitas das Famílias (IDRF), é elevada. Com efeito, cerca de 36% da população do país é pobre e 20% muito pobre.

A nível nacional, os grandes indicadores sociais mostram uma melhoria crescente das condições de vida, tendo-se melhorado o acesso aos serviços sociais de base, como a educação, a saúde, a água e o saneamento e a protecção social.

O direito à saúde encontra-se constitucionalmente consagrado em Cabo Verde. Com efeito, a CR de 1992 consagra já no capítulo referente aos princípios fundamentais, designadamente na alínea e) do artigo 7, dispondo que compete ao Estado «Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo cabo-verdiano, designadamente dos mais carenciados, e remover progressivamente os obstáculos de natureza económica, social, cultural e política que impedem a real igualdade de oportunidades entre os cidadãos, especialmente os factores de discriminação da mulher na família e na sociedade».

Aliás, a CR dispõe expressamente a universidade do acesso á saúde, afirmando que «Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica» (artigo 70, nº1)

Caixa 1.

PARTE I

PRINCIPIOS FUNDAMENTAIS

Alínea e) do artigo 7

Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo cabo-verdiano, designadamente dos mais carenciados, e remover progressivamente os obstáculos de natureza económica, social, cultural e política que impedem a real igualdade de oportunidades entre os cidadãos, especialmente os factores de discriminação da mulher na família e na sociedade.

Titulo III

Direitos e Deveres Económicos, Sociais e Culturais

Artigo 69

(Segurança Social)

1. Todos têm direito à segurança social para sua protecção no desemprego, doença, invalidez, velhice, orfandade, viuvez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

2. Incumbe ao Estado:

   a. Garantir a existência e o funcionamento eficiente de um sistema nacional de segurança social, com a participação dos contribuintes e das associações representativas dos beneficiários

   b. Apoiar incentivar, regular e fiscalizar os sistemas privados de segurança social

3. O Estado incentiva, regula e fiscaliza, nos termos da lei, a actividade das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público, com vista à prossecução dos objectivos de solidariedade social consignados na Constituição.

Artigo 70º

(Saúde)

1. Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica

2. O direito à saúde é realizado através de uma rede adequada de serviços de saúde e pela criação das condições económicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitem a melhoria da qualidade de vida das populações.

3. Para garantir o direito à saúde, incumbe ao Estado, designadamente:

   a. Assegurar a existência e o funcionamento de um sistema nacional de saúde:

   b. Incentivar a participação da comunidade nos diversos níveis dos serviços de saúde;

   c. Assegurar a existência de cuidados de saúde pública;

   d. Incentivar e apoiar a iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação;

   e. Promover a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;

   f. Regular e fiscalizar a actividade e a qualidade da prestação dos cuidados de saúde;

   g. Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos farmacológicos, e outros meios de tratamento e de diagnóstico.

O Serviço Público de Saúde, integrando o SNS, é considerado o seu esteio e sua estrutura. Com efeito, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 62/III/92 define as acções e serviços de saúde que objectivam a promoção e a protecção da saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença.

Retomando as directrizes e princípios emanados da CR, a Lei de Bases do SNS aprofunda um conjunto de questões que devem enformar tanto a política nacional de saúde, como toda a estruturação orgânica e funcional dos serviços que devem assegurar os cuidados de saúde.

Assim, ela estabelece como fazendo parte do SNS todas as entidades publicas ou privadas que desenvolvem actividades de promoção, protecção e tratamento na área da saúde (artigo 4º, número 1), bem como as instituições (públicas e privadas) que laboram no domínio de controlo de qualidade, pesquisa, importação, produção e comercialização de medicamentos e outros produtos utilizados na prestação de cuidados de saúde (nº 2 do art. 4).

Esta Lei-Quadro ressalta a centralidade do serviço público de saúde, ao estabelecer no nº 3 do artigo 4º que «os sectores privado e cooperativo podem integrar o Serviço Nacional de Saúde, em complementaridade com o sector público, nos termos da lei».

Ressalta deste dispositivo legal que tanto as instituições privadas e de solidariedade social quanto os profissionais liberais do sector da saúde entram subsidiariamente no SNS.

A longo prazo a política sanitária propõe-se garantir um SNS de qualidade, assegurando a equidade no acesso e num quadro de sustentabilidade financeira a longo prazo. De uma forma mais especifica, a visão subjacente à política sanitária é «promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde, reafirmando a estratégia dos Cuidados Primários de Saúde, melhorar o desempenho das estruturas e dos profissionais, aperfeiçoar a gestão dos recursos, assegurar a sustentabilidade financeira, elevar o nível de humanização dos serviços com particular ênfase no atendimento. Numa palavra, o objectivo maior da reforma é ganhar a batalha da qualidade e satisfazer as necessidades dos utentes.» (PNS)

1.3. Estratégia Global de Desenvolvimento e a integração da dimensão Saúde

Como referido anteriormente, a integração da saúde como direito fundamental do cidadão cabo-verdiano encontra-se plasmado nos artigos 69 (Segurança Social) e 70 (Saúde) da Constituição que consagram um conjunto de direitos e deveres em matéria de acesso à saúde e à segurança social por parte dos cidadãos cabo-verdianos.

Aliás, traduzindo estes dispositivos constitucionais, os sucessivos governos de Cabo Verde têm vindo a acordar á saúde uma prioridade significativa no âmbito dos programas de Governo e demais documentos de macro-política, como o são o Programa do Governo, as Grandes Opções do Plano, os Planos Nacionais de Desenvolvimento e o Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza.

Em termos de articulação, a problemática da saúde aparece, no âmbito das políticas governamentais, associadas ás políticas de crescimento económico como condição de geração de empregos e distribuição da riqueza social, às políticas de redução da pobreza, de protecção social e de educação.

Na sua articulação com a Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza, a saúde é erigida como um dos eixos estratégicos na medida em que «no seu conjunto deverão ter um impacto significativo sobre a pobreza, (…) concorrerão para aumentar a cobertura das necessidades, melhorar a qualidade das prestações e promover a equidade» (DECRP, 2005)

Da mesma forma, a política do governo para a área da saúde articula-se com os engajamentos assumidos no âmbito do Objectivos do Desenvolvimento do Milénio, designadamente os seguintes objectivos:

1 ODM 4. Reduzir a Mortalidade Infantil

2 ODM 5. Melhorar a Saúde Materna

3 ODM 6. Combater o VIH/SIDA, o Paludismo e outras doenças

No que diz respeito ao cumprimento das metas fixadas no quadro dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio na área de saúde, o último relatório de progresso mostra que grande parte das metas foi atingida e mesmo ultrapassada constituindo um desafio para Cabo Verde, por um lado, garantir a perenidade dos resultados e, por outro fixar metas mais ambiciosas que possam ser de *leit-motiv* para a definição e implementação de políticas específicas de saúde. Ademais, resulta como necessidade uma intervenção mais focalizada em alguns municípios e ilhas onde os resultados se encontram abaixo da média nacional. (cf. Ministério das Finanças e Administração Pública, Relatório de Progresso dos ODM, 2006.)

Como referido anteriormente, a saúde é considerado um factor chave para o desenvolvimento do país e factor de competitividade da economia, daí a sua importância tanto no Programa do Governo como nos demais documentos de orientação política e de planificação como o Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza e a Política Nacional de Saúde. Aponta especificamente que «Procura também ajustar-se à Agenda de Transformação do país, para responder à dinâmica do processo de desenvolvimento económico e social, assim como ao incremento da população flutuante ligado ao turismo e à imigração.» (PNS, 2007: 7)

Resulta da CR que o Estado desempenha um papel fundamental na garantia do acesso aos cuidados de saúde por parte dos cidadãos cabo-verdianos, tal como se pode constatar da leitura dos artigos 69 e 70, bem como dos documentos de política do Governo. Se o sistema público de saúde deve ser hegemónico no se sentido de poder assegurar o acesso á saúde publica por parte de todos, a complementaridade do sistema privado e cooperativo tem sido ultimamente incentivado, considerando a complexidade do SNS, dos custos a ele associados, mormente num país arquipelágico e em transição epidemiológica.

A tradução mais operacional da visão estratégica de longo prazo encontra-se, num primeiro momento, dada com a elaboração da Política Nacional de Saúde. A sua elaboração aconteceu em 2007, tendo sido apreciada recentemente pelo Conselho de Ministros, ainda que as condições legais para a sua definição de uma Política Nacional de Saúde (PNS) tivesse sido dadas aquando da aprovação da Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde, através da Lei nº 41/VI/ 2004 de 5 de Abril.

No sentido de sua operacionalização, o Governo assumiu perante o Parlamento, aquando da aprovação da Moção de Confiança do VII Governo Constitucional e do respectivo Programa de Governo, o compromisso de, durante a Legislativa 2006-2011, elaborar uma Política Nacional de Saúde tal como definido na Constituição da Republica, mais especificamente na alínea c) do número 2 do artigo 176 que dispõe que o Parlamento tem competência legislativa relativamente reservada no que concerne á definição das Bases do serviço nacional de saúde. Tal significa que o governo pode, mediante autorização legislativa do Parlamento, legislar sobre matéria.

A Política Nacional de Saúde (PNS) pretende recobrir o período de 2007- 2020. A PNS estrutura-se como um documento integrador, sistémico e holístico recobrindo todas as valências e os domínios da saúde, articulando-os com a visão global do desenvolvimento do país a médio e longo prazos e procurando congregar todos os actores, tanto do sector público quanto privado e

da sociedade civil.

A visão estratégica de longo prazo retida pela PNS é a seguinte: «garantir a saúde da população cabo-verdiana, dos turistas e imigrantes, construindo num contexto socio-económico favorável, um serviço nacional de saúde universalmente acessível, eficaz e equânime e factor de transformação do país»

De igual modo, assume-se que a concretização da visão passa pela criação de um conjunto de condições ou determinantes cuja não concretização significaria a impossibilidade de se atingir os objectivos preconizados pela PNS. De entre essas condições, o documento sublinha as seguintes:

1 Formulação e execução de políticas económicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e outros agravos, bem como um crescimento económico que beneficie todos os segmentos da população, uma cultura progressiva de democracia e estabelecimento de um enquadramento jurídico que proteja e promova a saúde;
2 Mobilização adequada, atribuição equitativa e gestão eficiente dos recursos, num contexto politico e socio-económico estável e propicio ao desenvolvimento sanitário.

Preenchidas estas pré-condições, a PNS assegura que no horizonte do ano 2000 terá:

1 Consolidado um sistema de serviços de saúde sustentável tendo como estrutura basilar um Centro de Saúde e que oferece os cuidados essenciais de atenção primária de qualidade, com uma equipa técnica adequada:

2 Um serviço regional hospitalar de saúde;

3 Um serviço hospitalar central de saúde nas cidades da Praia e Mindelo.

4 Um Serviço Nacional de Saúde solidário que terá melhorado a sua sustentabilidade financeira e sua capacidade administrativa e será capaz de se adaptar ás necessidades e à diversidade cultural e sociológica.

A construção da visão para 2020 e, por conseguinte, a definição das opções estratégicas e de todas as linhas programáticas da PNS teve por base a escolha de um cenário de desenvolvimento do país que estima:

1 Um desenvolvimento socio-económico acelerado e peso demográfico crescente, o que pressupõe a continuidade da estabilidade política, a consolidação do desenvolvimento socio-económico com redução das taxas de desemprego e a redução da pobreza, a redução lenta e progressiva de indicadores de saúde como a mortalidade geral, a mortalidade infantil e a mortalidade materna e um aumento do peso demográfico da terceira idade implicando o aumento dos custos de saúde decorrentes do aumento, de entre outras, das doenças degenerativas;

2 A sustentabilidade financeira do sector assegurada, o que significa um aumento progressivo e sustentado de montantes inscritos no Orçamento do Estado para o sector da Saúde num nível superior a 10%, expansão da cobertura dos cuidados de saúde por parte de instituições de previdência social, a montagem de um sistema de comparticipação dos utentes nos custos de saúde e a contenção dos custos ao nível dos

serviços de saúde a um patamar necessário;

3 Organização e oferta de cuidados de saúde e melhoria do atendimento dos utentes nos estabelecimentos públicos, significando a descentralização a nível da gestão e da prestação dos cuidados de saúde, redução das doenças transmissíveis e aumento do peso das doenças não transmissíveis, criação de serviços de tratamento diferenciado, nomeadamente no domínio da oncologia, insuficiência renal e cirurgia cardíaca, programação e incremento da formação especializada dos recursos humanos do sector, aumento ou transformação de infra-estruturas de saúde e expansão sustentada do sector privado de saúde e aumento de sua comparticipação como complementar aos serviços públicos de saúde.

Caixa nº 2

Princípios Fundamentais do Desenvolvimento Sanitário

Solidariedade
Equidade
Ética
Identidade Cultural
Igualdade

Princípios do Sistema de Saúde

Universalidade da cobertura
Integralidade da Cobertura
Rentabilização técnica e económica

Princípios de organização do Sistema Nacional de Saúde

Descentralização
Hierarquização
Capacidade de resolução dos serviços
Utilização de critérios epidemiológicos e estatísticos na definição de prioridades, afectação de recursos e orientação programática
Complementaridade entre os sectores publico privado
Comparticipação dos utentes nos custos de saúde

Fonte: PNS

A reforma preconizada pela Política Nacional de Saúde pretende, no quadro da sustentabilidade do sistema de saúde, que os cuidados primários de saúde se façam com qualidade e racionalidade e que estejam:

- Mais acessíveis às populações, tanto do ponto de vista geográfico como económico e sócio-cultural;
- Disponíveis
- Polivalentes.

A tradução programática da PNS se consubstancia em quadro programas de saúde pública:

Luta contra as doenças transmissíveis prioritárias, centrando-se nomeadamente no combate:

1. Infecções Sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção por VIH e o SIDA
2. Tuberculose
3. Poliomelite
4. Paludismo
5. Lepra
6. Cólera, Disenteria Bacteriana, meningite, Síndrome respiratória aguda severa, etc

Luta contra as doenças não transmissíveis, particularmente:

1. Doenças cardiovasculares, incluindo a hipertensão arterial, cardiopatias isquêmicas e os acidentes vasculares cerebrais
2. Insuficiência renal crónica
3. Diabetes
4. Tumores malignos
5. Traumatismos diversos

Atenção direccionada a grupos de população alvo de intervenções especificas, de forma particular:

1. Deficiências nutricionais
2. Saúde mental
3. Alcoolismo
4. Tabagismo
5. Doenças Alérgicas
6. Cegueira
7. Saúde reprodutiva e familiar

Influência nas condições determinantes de saúde, trabalhando em especial

- ✓ Promoção da Saúde
- ✓ Saúde e Ambiente.

Para a implementação desses eixos estratégicos que visam essencialmente a promoção da saúde dos cabo-verdianos e a melhoria progressiva dos indicadores de saúde, a PNS assinala de forma clara que tanto o Serviço Público de Saúde, englobando tanto as estruturas dependentes do Ministério da Saúde como outras, nomeadamente os serviços de previdência social, tanto do regime contributivo como não contributivo, os serviços públicos de educação, os municípios que, no quadro de suas competências têm atribuições em matéria de promoção da saúde, bem comos os serviços privados e de solidariedade social e organizações da sociedade civil, para além dos próprios utentes, constituem actores fundamentais para o sucesso da reforma.

Neste quadro, a própria PNS prevê, e está a funcionar ou em curso de implementação um conjunto de órgãos, nomeadamente o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Consultivo das Regiões Sanitárias e as Comissões Municipais de Saúde, reagrupando representantes de todos os elementos da do Serviços Nacional de Saúde (artigo 4º da Lei de Bases do SNS).

A PNS surge, de certa forma, para dar um enquadramento aos programas projectos específicos implementando e/ou em curso de implementação, caracterizados, muitas vezes, por uma abordagem sectorial, perdendo-se a visão do conjunto do sistema, designadamente:

i. Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva
ii. Programa Nacional de luta contra o Paludismo
iii. Programa Nacional de Luta Contra o HIV-SIDA
iv. Estratégia Nacional de Luta contra a Droga
v. Programa Nacional de Tuberculose e Lepra
vi. Programa nacional de Saúde Escolar
vii. Programa Nacional de Saúde Oral
viii. Programa Nacional de Saúde Mental
ix. Programa Nacional de Nutrição
x. Programa Nacional de Luta contra a Cegueira
xi. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

Contudo, o PNS é, acima de tudo, um documento-quadro orientador que define os grandes objectivos, estratégias e linhas de acção a nível nacional, regional e local mas não avança em termos de definição de um quadro lógico com a programação temporal das acções no horizonte da Política nem os recursos necessários para a sua concretização.

Assim, a monitorização das acções tem sido efeito a partir dos indicadores definidos por cada um dos programas e integrados no quadro do sistema de informação sanitária.

Da mesma forma, a avaliação do SNS apenas poderá ser feita com base nos programas sectoriais desenvolvidos e das metas fixadas seja no programa do governo seja no DECRP.

Aliás, o diagnóstico realizado no âmbito da preparação da PNS aponta os avanços registados em muitos indicadores de saúde, mas traz à tona os principais constrangimentos actuais do SNS, a saber:

- Uma deficiente organização da rede hierarquizada por níveis de prestação e por tipo de estruturas;
- Uma distorção do conteúdo funcional previsto para cada nível, conduzindo à confusão de funções e de práticas e à perda gradual da coesão do sistema;
- Um sistema de referência e contra-referência deficiente por ausência de normas estruturantes;
- Ausência de uniformidade nos equipamentos e aparelhos existentes nos estabelecimentos da mesma categoria da rede, seja de cuidados primários de saúde seja hospitalar, condicionada pela sua aquisição através da ajuda internacional.
- Crescimento significativo e diversificado de profissionais de saúde, mas ainda insuficiente, particularmente em profissionais especializados em diversos domínios, tanto clínico como de saúde pública e de gestão, para satisfazer as necessidades do sector, dar uma resposta diferenciada aos problemas e garantir o cabal funcionamento do sistema.
- SNS está a atingir os limites da sua sustentabilidade financeira.
- O Estado não criou ainda as condições para incentivar o desenvolvimento do sector privado nem para exercer o seu papel regulador e de fiscalização
- Nem sempre se conseguiu a melhor articulação entre o Estado e os diferentes parceiros, para o aproveitamento adequado das oportunidades oferecidas pela comunidade internacional e outras parcerias para o desenvolvimento sanitário

Contudo, o governo tem em preparação o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário que deverá concretizar a PNS, num horizonte temporal de média duração, quantificando metas, definindo indicadores e estabelecendo os recursos necessários e as responsabilidades.

Este trabalho de quantificação, particularmente das necessidades em recursos, será facilitada com o facto de se estar a finalizar o quadro de despesas a médio prazo no domínio da saúde, definindo as necessidades financeiras do sector em função dos objectivos fixados.

De igual modo, a existência de um Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para o período 2005-2014 definindo claramente as áreas de formação, as especialidades e sua quantificação, tem estado a permitir uma melhor operacionalização e um seguimento mais adequados dos resultados fixados no PNS.

1.4. Conclusões

A CR assegura aos cidadãos cabo-verdianos um conjunto vasto de direitos sociais, de entre os quais o acesso à saúde e á protecção social. Traduzindo os princípios gerais inscritos na CR, normativos infra-constitucionais no domínio da saúde têm vindo a especificar as condições de sua implementação. Neste contexto, a Lei de Bases da Saúde é bem explícita, bem assim o Programa do Governo, a Política Nacional da Saúde e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário.

Do ponto de vista das políticas públicas, também tem se vindo a clarificar as condições institucionais de garantia de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, num quadro de qualidade e de equidade.

A Política Nacional de Saúde define de forma clara a visão a longo prazo para o SNS apostando na necessidade se assegurar o acesso dos cidadãos cabo-verdianos e dos residentes aos cuidados de saúde, a qualidade de vida, de bem-estar e de saúde dos cidadãos. Mais ainda esta visão ela é sistémica e holística ao integrar a problemática da saúde no quadro mais vasto do desenvolvimento humano, partindo do pressuposto que a saúde da população é condição de desenvolvimento do país, da produtividade do trabalho e da inserção competitiva da economia do país na economia mundial.

Esta visão estratégica da saúde encontra-se desagregada em termos de programas e projectos no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário que busca concretizar a PNS.

No entanto, as limitações estruturais do país, a sua debilidade e vulnerabilidade económica e financeira constituem factores que constrangem a materialização da visão estratégica. As limitações financeiras do Estado, e a reduzida capacidade de comparticipação nos custos de saúde por parte de uma franja considerável da população e a forte pressão das despesas de saúde sobre o Orçamento Geral do Estado constituem condicionantes importantes ao SNS.

Capítulo 2. Participação e Busca de Consensos

Constitucionalmente, cabe ao Estado assegurar que os direitos dos cidadãos cabo-verdianos à saúde sejam cumpridos. De igual modo, dispõe um conjunto de deveres cometidos a estes últimos. Neste contexto, o SNS estrutura-se essencialmente á volta do serviço público de saúde, tendo o sector privado e as organizações confessionais, de solidariedade social ou mutualistas de saúde uma função complementar, mas ainda residual.

Os principais normativos da saúde, seja a Lei da Bases do SNS, seja o quadro legal que define a composição e as competências do Conselho Nacional da Saúde, dos Conselhos Consultivos das Regiões Sanitárias, como as Comissões Municipais de Saúde, atribuem uma função de relevo aos actores da sociedade civil organizada na definição, implementação e gestão do SNS.

Em contrapartida, no domínio da disponibilização de medicamentos e de alguma actividade de meios auxiliares de diagnóstico o sector privado tem vindo a desempenhar uma função crescente e estratégica, sobretudo para melhorar a equidade na prestação dos cuidados de saúde e na agilidade da prestação.

Aliás, os desafios decorrentes do envelhecimento da população e do aumento das doenças não transmissíveis, o aumento do fluxo turístico e o aumento demográfico e a consequente pressão sobre o serviço público de saúde interpelam a necessidade de se promover o desenvolvimento do sector privado e cooperativo, única condição de dar respostas atempadas, com eficiência e qualidade, num quadro sinergético de complementaridade.

De igual modo, e cada vez, assume-se que o SNS comporta vários actores, com níveis de responsabilidade diversos, mas que devem ser permanentemente associados aos processos de tomada de decisão, bem assim na implementação, seguimento e avaliação das políticas, programas e projectos. Assim sendo, a participação de representantes do sector privado e de organizações da sociedade civil na implementação e gestão do sistema de saúde deve ser incentivada e normativa e institucionalmente assegurada. Aliás, encontra-se em processo de aprofundamento e alargamento esta participação no quadro dos diversos órgãos criados e implementados e das reuniões alargadas periodicamente efectuadas.

2.1. Participação no processo de tomada de decisões

Durante muito tempo o processo de tomada de decisão no domínio da saúde constituía quase que uma prerrogativa dos decisores políticos e das autoridades sanitárias e, de forma especifica, dos altos responsáveis do Ministério da Saúde. Com efeito, a inexistência de espaços institucionais e institucionalizados de construção das políticas sanitárias justifica a débil participação dos actores nas decisões. Mais ainda, quando espaços de discussão e de construção de vontades eram abertos não havia mecanismos de vinculação das decisões.

A centralidade decisional que se verificou durante muito e que, ainda, pode ser considerada como existindo ainda que com menos acuidade, nos poderes públicos resulta, por um lado, da ausência de um quadro legal e regulamentar sobre a obrigatoriedade de auscultação dos actores do SNS e, por outro, de uma sociedade civil não organizada e, de certa forma, amorfa.

A existência de organizações associativas do pessoal de saúde, designadamente médicos e enfermeiros é recente, dos anos noventa do século passado, não existem organizações dos utentes, a não ser de forma subsidiária, a Associação de Defesa dos Consumidores, os demais operadores de saúde (clínicas, farmácias, laboratórios, empresas farmacêuticas) agem de forma isolada.

O processo de construção das decisões não envolvia de forma orgânica as partes interessadas, incluindo o pessoal técnico de saúde. Desta forma, tanto o pessoal da saúde como potenciais parceiros não se reviam nas políticas adoptadas e nas estratégias e acções delineadas para a concretização dessas políticas.

Nos últimos anos tem-se verificado uma inflexão no processo de formulação de políticas de saúde procurando, progressivamente, o envolvimento de todos os actores implicados. Aliás, o processo de revisão do quadro normativo do sector tem vindo a consagrar essa nova abordagem.

Por esta razão, dessintonias têm sido verificadas, particularmente na relação de comunicação institucional entre o Ministério da Saúde e as associações profissionais do pessoal técnico de saúde, designadamente a Ordem dos Médicos e o Sindicato dos Enfermeiros.

Assim, a lei de bases do serviço nacional de saúde prevê especificamente na alínea h) do artigo 4º e no seu artigo 16 que as associações para a promoção e defesa da saúde como fazendo parte do Serviço Nacional de Saúde garantindo-lhes «o direito de acção popular para promover a prevenção, a cessação ou perseguição judicial das infracções contra a saúde pública, bem como o direito de informação e de participação nos termos da lei».

De igual modo, o Decreto-Lei que cria as Comissões Municipais de Saúde (CMS) ao fixar a composição deste órgão, dispõe que delas fazem parte:

1 Um representante de cada uma das associações profissionais representativas do pessoal técnico de saúde;
2 Um representante das Associações para a Promoção e Defesa da Saúde;
3 Dois representantes das organizações sindicais sedeadas no Município;
4 Um representante das organizações não governamentais com intervenção nas actividades de saúde;
5 Um representante da Associação Nacional de Defesa dos Consumidores no Município.

Neste momento, as Comissões Municipais de Saúde estão em processo de instalação, tendo sido já instaladas Comissões em grande parte dos municípios do país.

Não se pode esquecer que constituem, de entre outras, atribuições das CMS: (i) Acompanhar a implementação da política de saúde a nível municipal; (ii) Dar parecer sobre os projectos de legislação sanitária com reflexos no Município; (iii) Contribuir para o desenvolvimento da inter-sectorialidade das acções de prevenção da doença e recuperação da saúde; (iv) Pronunciar-se sobre o funcionamento dos serviços e estabelecimentos de saúde a nível municipal e propor medidas com vista á sua melhoria; (v) Acompanhar o relacionamento entre os sectores público, cooperativo e privado de saúde; (vi) Acompanhar o relacionamento entre o Serviço Nacional de Saúde e os utentes;

Como se pode ver, através da CMS, as organizações da saúde civil que representam um terço

dos membros, têm um importante espaço de influenciação das decisões em matéria do funcionamento do SNS a nível municipal.

De igual modo, no quadro do Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão de acompanhamento do SNS e de consulta do Ministro de Saúde, têm assento, provenientes da Sociedade Civil: (i) Um representante de cada uma das associações profissionais representativas do pessoal técnico de saúde; (ii) Dois representantes das centrais sindicais; (iii) Um representante da Plataforma das Organizações não Governamentais; (iv) Um representante da Associação Nacional dos Consumidores de Cabo Verde.

Tendo em conta a composição do CNS, o peso das organizações da sociedade civil é ligeiramente superior a um terço, o que lhes confere uma forte capacidade de influenciar as decisões do Governo em matéria de saúde, nomeadamente: (i) formulação da política nacional de saúde; (ii) projectos de legislação sanitária; (iii) desenvolvimento da inter-sectorialidade das acções de prevenção da doença e promoção e recuperação da saúde; (iv) funcionamento dos serviços e estabelecimentos de saúde e medidas com vista à sua melhoria; (v) acompanhamento do relacionamento entre os sectores público, cooperativo e privado da saúde; (vi) acompanhamento do relacionamento entre o SNS e os seus utentes institucionais;

Também no Conselho Consultivo da Região Sanitária, representantes das associações profissionais representativas do pessoal técnico de saúde, das centrais sindicais, da Plataforma das ONG e da Associação Nacional dos consumidores têm assento.

No contexto cabo-verdiano algumas organizações não governamentais começam a ter uma forte relevância em termos de prestação de cuidados de saúde e/ou na promoção da saúde. Deve-se, neste contexto, sublinhar a VERDEFAM com uma forte acção no domínio da saúde sexual e reprodutiva e várias ONG e associações no domínio da luta contra o VIH-SIDA, e a Associação de Promoção da Saúde Mental «A Ponte». Na mesma direcção vai a intervenção da Cruz Vermelha de Cabo Verde, com uma atenção particular junto aos idosos, e doentes crónicos, designadamente diabéticos.

Uma das organizações de extrema importância na configuração da estrutura do SNS e em todo o processo de implementação das políticas de Saúde é a Ordem dos Médicos Cabo-verdianos.

Na sequência da aprovação da Lei nº 16/IV/95, de 26 de Junho que define as bases da criação e o regime jurídico das Ordens Profissionais, viria a surgir em 1997 a Ordem dos Médicos, cujos estatutos foram aprovados pelo Decreto-Lei nº 65/97, de 20 de Outubro.

De referir, no entanto, que o associativismo médico remonta a 1990 altura em que foi criada uma Associação de Médicos.

Inicialmente com 70 médicos inscritos a Ordem dos Médicos conta actualmente cerca de 300 associados, desenvolvendo actividades nos domínios da ética, deontologia e formação profissional, na contribuição para a Política Nacional de Saúde, na realização dos direitos dos utentes do Sistema Nacional de Saúde.

A articulação com Ordem dos Médicos é vital seja porque é ela quem procede à inscrição dos médicos enquanto requisito indispensável e necessário para o exercício da Medicina em Cabo Verde seja porque congrega actores essenciais na implementação da Política Nacional de Saúde.

Para além de apoiar no processo de fiscalização da qualidade dos serviços prestados pelas estruturas e pelos profissionais de saúde, a Ordem dos Médicos tem vindo a desempenhar um papel importante na reciclagem e na formação especializada dos médicos, na análise e reflexão critica sobre o funcionamento do SNS, dando contributos importantes em todo a cadeia do SNS.

Com efeito, as quatro Comissões Especializadas de que dispõe a Ordem, designadamente a de Ética e Deontologia, de Saúde Pública, de Formação e Qualificação Profissional e para o Sector Privado têm vindo a realizar importantes trabalhos nas respectivas áreas e domínios.

De igual modo, e no que diz respeito aos enfermeiros existe uma associação profissional que tem vindo a trabalhar, não apenas no sentido de promover a formação e a capacitação desses técnicos de saúde, como também ser um actor activo no diálogo com as estruturas de saúde.

Deve-se ainda referir a existência de um Sindicato de Enfermeiros que, pela sua própria característica e vocação, tem pugnado pela defesa dos direitos laborais de seus sindicalizados.

Nesta matéria, à semelhança dos médicos, a grande reivindicação prende-se com a implementação efectiva das carreiras, o desbloqueio das promoções e promoções e o pagamento dos trabalhos de turno de forma atempada.

Não obstante, o crescente número de estruturas de prestação de serviços médicos privado e cooperativo, bem como de profissionais liberais no sector a inexistência de uma organização representativa desses sub-sectores impede uma acção congregada no SNS e na contribuição à Política Nacional de Saúde. De igual modo, para o Ministério da Saúde, esta inexistência de uma organização do sub-sector torna mais difícil o diálogo e a interlocução, tendo em conta a dispersão territorial e a quantidade de operadores.

Neste sentido, uma eventual criação de um organismo representativo dos prestadores privados e cooperativos de saúde poderá revelar-se crucial para uma maior e melhor performance do SNS.

Se é verdade que tem vindo a aumentar de forma significativa a presença de actores da sociedade civil no processo de tomadas de decisões no sector da saúde, ainda é precoce determinar o real impacto desta participação. Com efeito, é apenas no decorrer de 2007 que o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Consultivo da Região Sanitária de Santiago Norte e algumas Comissões Municipais de Saúde foram instalados. Com efeito, são esses os espaços institucionais privilegiados de influenciação das políticas de saúde, ainda que organizações da sociedade civil possam ser ouvidos pelos diversos níveis de decisão, nomeadamente nos órgãos colegiais dos Municípios (Assembleias Municipais) e na Comissão Especializada do Parlamento da Saúde.

Numa atitude mais pró-activa, alguns sectores da sociedade civil têm feito *lobbies* e pressões junto a algumas instituições designadamente em domínios relacionados com a saúde pública.

2.2. Identificação dos actores e integração de seus interesses nas políticas de saúde

Todo o SNS tem - ou deve ter - como destinatário final e, por conseguinte, como principal actor o utente. Com efeito, este é o cliente que busca um serviço célere, eficiente e de qualidade porque visa o bem - estar físico e mental.

Assim, todo o SNS deve estruturar-se em função das demandas dos utentes e deve possuir mecanismos e espaços institucionais de envolvimento nas actividades do serviço com vista a crescente melhoria no atendimento.

É verdade, contudo, que, no nosso contexto, as organizações e serviços de saúde não foram concebidos e estruturados tendo o cliente como elemento organizacional estruturante e, por essa razão, o diálogo é deficitário, a que acresce a forte pressão sobre os serviços e os recursos limitados de que dispõem os serviços para responder à demanda. A Associação de defesa dos consumidores (ADECO) constitui uma importante iniciativa da sociedade civil organizada que, legalmente tem assento na maior parte dos espaços institucionais criados no sector da saúde, mas carece de uma maior organicidade, de consolidação nacional e, por via disso, do aumento de sua capacidade de pressão e de fazer integrar os interesses dos actores nas políticas de saúde.

Os demais actores intervenientes nas políticas de saúde são:

i) A Ordem dos Médicos de Cabo Verde - legalmente compete à OMCV certificar as habilitações técnicas do pessoal médico, como condição do exercício da profissão. Neste sentido, são actores importantes do SNS. De igual modo, desempenha também um conjunto vasto de funções e de responsabilidades que passa por seguir o cumprimento das normas éticas e deontológicas por parte dos médicos, pela qualidade dos serviços prestados seja pelos médicos individualmente seja no quadro de serviços de saúde, desenvolver, em parceria com os serviços e organizações, acções de formação, reciclagem e treinamento dos médicos.

   De igual modo, e na inexistência de uma organização sindical dos médicos que defenda os interesses de classe a OMCV desempenha, de facto, estas funções. Assim, a problemática da definição e implementação das carreiras médicas, do exercício privado da medicina, etc. entram no rol das actividades desenvolvidas e que entram no âmbito da agenda de diálogo e de negociações com o governo.

   Neste contexto, a OMCV é um interlocutor importante e incontornável dos poderes públicos na definição e implementação de políticas pública de saúde. Assim, no contexto da reforma do sector, ela tem sido associada no processo de diálogo e de construção das políticas, embora, de um lado e de outro, se apontem deficiências nos mecanismos de concretização das relações inter-institucionais.

ii) A Associação Nacional dos Enfermeiros. Os enfermeiros dispõem de uma associação nacional que tem trabalhado na promoção de actividades de formação contínua e em exercício de seus membros e tem trabalhado com as instituições da saúde na promoção do SNS

iii) De igual modo, os enfermeiros estão organizados num sindicato que defende os seus interesses em termos de desenvolvimento profissional junto ao empregador. De referir que, da mesma forma que os médicos, no quadro da saúde, são estes as únicas categorias profissionais que possuem uma carreira profissional desenvolvida no quadro privativo, o que lhes garante condições remuneratórias especiais e mais atractivas que as demais categorias de pessoal técnico de saúde. Neste momento, questões ligadas com remunerações acessórias e complementares e da equivalência

técnica dos cursos de enfermagem constituem pontos de discussão e de alguma conflituosidade.

No entanto, os enfermeiros, no quadro da implementação dos cuidados primários e diferenciados de saúde, desempenham um papel importante pelo que se apresentam como interlocutores também importantes na definição e implementação de políticas.

iv) Pessoal técnico de saúde, médicos, enfermeiros e demais técnicos. Para lá das ordens profissionais do sector da saúde e dos sindicatos, os profissionais de saúde individualmente e enquanto colaboradores importantes do SNS se apresentam como interlocutores importantes. È certo que não existe um quadro legal e normativo que define as formas e as condições de participação no processo de tomadas de decisão, o que dificulta também que seus interesses possam ser organicamente e com força ser assumidos pelos decisores. Neste contexto, a não implementação dos mecanismos de desenvolvimento profissional (promoção)[1], no acesso a acções de formação, da política de distribuição geográfica e de mobilidade do pessoal constituem exemplos de dimensões ainda não asseguradas

v) Empresas, Serviços e Clínicas, ONG e Mutualidade de Saúde que trabalham directa ou indirectamente no domínio da saúde. Para além das estruturas públicas de saúde, existe um conjunto de outros operadores da área de saúde designadamente clínicas, laboratórios, farmácias, consultórios médicos, algumas mutualidades de saúde, empresas de produtos farmacêuticos, etc. que possuem interesses próprios, mas que devem congregar sinergias para o estabelecimento do SNS. Para além do diálogo bilateralmente conduzido pelos serviços do Ministério de Saúde encarregues da definição de políticas e da coordenação de sua implementação, o espaço institucional de diálogo e acomodação dos interesses é o Conselho Consultivo do Ministério da Saúde, onde representantes desses actores têm assento.

2.3. Conclusões

Resulta da análise que no quadro da reforma em curso no SNS está-se a criar espaços institucionais de participação, construção e acomodação dos interesses dos vários intervenientes no domínio da Saúde. Neste contexto, o Conselho do Ministério da Saúde, o Conselho Consultivo do Ministério, os Conselhos Consultivos das Regiões Sanitárias e as Comissões Municipais de Saúde se afiguram como espaços institucionais de diálogo, de definição e conformação de políticas de saúde.

A fragilidade organizacional das associações da sociedade civil, designadamente as que representam os interesses dos utentes, de algumas categorias profissionais e mesmo das mutualidades de saúde dificulta uma participação mais forte e qualitativamente significativa.

No entanto, deve-se referir que para além dos espaços institucionalizados de participação, espaços outros de diálogo bilateral ou colectivo têm sido criados, sobretudo em momentos onde grandes dimensões da reforma do sector da saúde estão em processo de discussão. Neste

[1] A problemática da promoção dos funcionários públicos de saúde é a mesma de todos os funcionários públicos. Com efeito, os processos de promoção encontram-se, de facto, congelados, havendo apenas possibilidade de progressão.

quadro, os debates construídos à volta da PNS e que também se perspectiva para a Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário.

Capítulo 3. Estado de Direito

O SNS encontra-se em processo de reforma visando assegurar o acesso, a equidade e a qualidade na prestação de cuidados de saúde aos cabo-verdianos e aos demais residentes ou estrangeiros em trânsito no país, salvaguardando a necessária sustentabilidade no contexto de recursos escassos e de um país com uma percentagem ainda elevada de pessoas pobres e vulneráveis e com um sistema de protecção social que não cobre uma parcela não negligenciável da população.

Ademais, no contexto da construção do SNS, o princípio da descentralização da prestação dos cuidados de saúde, a implementação de um novo sistema de hierarquia de cuidados, a busca de complementaridade entre o sistema público e privado de saúde têm enformado o processo de revisão e de elaboração do quadro legal.

Mais ainda, o principio de envolvimento e auscultação de todos os envolvidos na promoção da saúde e a busca de articulação com sectores afins à saúde têm constituído pressupostos básicos na construção do edifico legal do SNS cabo-verdiano.

3.1. Quadro legal e regulamentar em matéria de saúde

A legisferação no sector da saúde é corolário de todo o processo de produção de normas legais em Cabo Verde. Neste contexto, existem disposições legais que são da competência reservada do Parlamento, outras que são de competência relativamente reservada da Assembleia que, contudo, podem ser produzidas pelo Governo mediante autorização legislativa e outras de competência do Governo.

Os grandes marcos relativos aos direitos dos cidadãos em matéria de saúde e segurança social estão constitucionalmente fixados, designadamente nos artigos 69 e 70, não podendo nenhuma norma infra-constitucional dispor de forma diversa.

Também, em matéria de saúde é de competência relativamente reservada a definição das bases gerais do serviço nacional de saúde (cf. Alínea c) do nº 2 do artigo 176 da CR) bem como de domínios correlatos, como o são as bases da segurança social (cf. alínea d) do nº 2 do artigo 176 da CR).

Já a definição das políticas de saúde, da organização e estruturação do serviço nacional da saúde, a política de medicamentos, da promoção do sector privado e de solidariedade social, etc. relevam da competência do governo.

Em termos de produção legislativa em matéria de saúde, o grande promotor das iniciativas legislativas tem sido o governo, mesmo em matérias de competência relativa reservada do Parlamento, como é o caso da definição das bases gerais da saúde.

Contudo, quando a aprovação é da competência do Parlamento o envolvimento dos deputados, tanto nas sessões plenárias quanto na Comissão Especializada do Parlamento que debruça sobre os assuntos relacionados com a saúde tem sido uma prática constante.

De igual modo, o processo de produção legislativa no domínio da saúde inclui obrigatoriamente o envolvimento e a audição dos intervenientes directos. De sublinhar que recentemente um grupo

de parlamentares das duas bancadas que compõem o Parlamento Cabo-Verdiano tiveram uma iniciativa legislativa sobre os portadores do VIH-SIDA

A nível nacional, e da macro-estrutura orgânica do Ministério da Saúde constitui uma competência do Conselho Nacional de Saúde, de entre outras: (i) Participar na formulação da Política Nacional de Saúde; e (ii) Pronunciar-se sobre os projectos de legislação sanitária;

Da mesma forma, no âmbito municipal, compete às Comissões Municipais de Saúde «Dar parecer sobre os projectos de legislação sanitária com reflexos no Município».

Do outro lado, os Municípios são também obrigatoriamente envolvidos na produção legislativa em matérias que, no âmbito da Lei-Quadro da Descentralização, da Lei das Finanças Locais e outras, relevam da competência exclusiva ou partilhada.

Mais ainda, as associações e ordens profissionais e os sindicatos de classe são também envolvidos no processo de elaboração de pacotes legislativos ou de legislação avulsa em matéria de saúde.

Se é verdade que o envolvimento das instituições anteriormente referidas resulta de uma imposição legal, o Ministério da Saúde, sublinham os sujeitos do SNS, tem procurado privilegiar um processo participativo na formulação e implementação de toda a política de saúde, incluindo o domínio da regulamentação legal.

Para tanto, para além do pedido de pareceres e da realização de discussões preliminares que antecedem a aprovação de documentos legislativos pelo Governo ou pelo Parlamento, ateliers são, por vezes, organizados de forma descentralizado de forma a permitir que os actores residentes nas diversas ilhas e municípios possam ter uma participação efectiva, na construção de consensos alargados.

No domínio da saúde, *lato sensu*, existe uma vasta produção legislativa de normatização do SNS, abarcando, de entre outros, os seguintes sectores: farmacêutico, saúde publica, sector privado da saúde, previdência social, administração da saúde, evacuações. Importa, no contexto do presente estudo, apontar alguns normativos, considerados mais importantes e enformadores da governação do SNS[2].

[2] Para uma análise mais detalhada sobre a legislação no domínio da saúde, cf. O trabalhado desenvolvido pelo Dr. Ildo Carvalho e que consta do site do Ministério da Saúde. www.minsaude.gov.cv

Caixa nº 3. Principais documentais legais e normativos regendo o SNS

- ✓ Constituição da República de Cabo Verde aprovada pela Lei Constitucional nº 1/V / 99
- ✓ Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 41/VI/2004, de 5 de Abril)
- ✓ Moção de Confiança e Programa do Governo, aprovado
- ✓ Lei Orgânica do Governo, aprovada pelo Decreto-Lei nº 39/2006, de 10 de Julho
- ✓ Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-lei nº 25/2003, de 25 de Agosto
- ✓ Lei-quadro dos Hospitais centrais, aprovada pelo Decreto-Lei nº 83/2005, de 19 de Dezembro
- ✓ Lei que cria as Comissões Municipais de Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei nº 11/2007, de 20 de Março
- ✓ Lei que cria a Região Sanitária Santiago Norte, aprovada pelo Decreto-Lei nº 58/ 2006 de 26 de Dezembro
- ✓ Define a Política Farmacêutica, aprovada pelo Decreto-lei nº 59/2006 de 26 de Dezembro (regula a autorização da introdução no mercado interno, o registo, o fabrico, a importação, a exportação, os donativos e a publicidade de medicamentos de uso humano
- ✓ Propriedade Farmacêutica, aprovada pelo Decreto-lei nº 34/2007 de 24 de Setembro
- ✓ Portaria nº 31 e 32/ 2007 de 15 de Outubro
- ✓ Política Farmacêutica, Resolução nº de 16/2003
- ✓ Lei de Bases de Previdência Social
- ✓ Lei que cria a Ordem dos Médicos de Cabo Verde e aprova os estatutos, através do Decreto-Lei nº 65/97, de 20 de Outubro
- ✓ Condições de atribuição de propriedade, processo de licenciamento e o funcionamento de farmácias privadas, Decreto-Lei n~57/93 de 6 de Setembro
- ✓ O regime de previdência social para os trabalhadores por conta de outrem, criado pelo Decreto-Lei nº 114/82, gerido pelo Instituto Nacional de Previdência Social
- ✓ O regime de protecção social dos funcionários públicos e dos municípios, sob a administração directa da Administração Central - o Ministério das Finanças, que abrange os trabalhadores e familiares a cargo, garantindo fundamentalmente a pensão de reforma e de sobrevivência.
- ✓ A protecção social mínima (PSM) criada pelo Decreto-lei nº Decreto-Lei nº 2/95 para proteger os grupos vulneráveis (idosos, doentes crónicos, deficientes e inválidos).
- ✓ A pensão de solidariedade social (PSS), criada pelo Decreto-lei nº 122/92, de 16/11, destinada a proteger os trabalhadores das Frentes de Alta Intensidade de mão-de-obra afastados da vida activa por motivo de velhice, incapacidade ou doença.
- ✓ Esquemas de protecção social dos trabalhadores dos Bancos, assegurada através de um sistema privativo de previdência social que assegura a cobertura aos trabalhadores dos Bancos e seus familiares na velhice, invalidez, doença, acidentes de trabalho e doenças profissionais.
- ✓ Pensão por Distinção ou Pensão de Tesouro (PD), que assegura a protecção ou complementa a cobertura a casos de cidadãos que tenham prestado serviços distintos ou relevantes ao país.
- ✓ O regime de protecção contra acidentes de trabalho e doenças profissionais, gerido por duas empresas seguradoras, obrigatório para os trabalhadores por conta d´outrem e os independentes.
- ✓ Esquemas de protecção social complementar, geridos pelas companhias de seguros.
- ✓ Resolução nº 71/98, de 31 de Dezembro que cria a Agência de Regulação e Supervisão de Produtos Farmacêuticos e Alimentares
- ✓ Decreto-Lei nº 42/2004, de 18 de Outubro que revoga a Resolução nº 71/98
- ✓ Decreto-Lei nº 43/2005 de 27 de Junho que aprova os estatutos da ARFA
- ✓ Lei nº 95/III/90, de 27 de Outubro que dispõe sobre o exercício de actividade privada no domínio da saúde.
- ✓ Lei nº 149/IV/95, de 7 de Julho, cria a Carreira de Enfermagem
- ✓ Decreto-lei nº 103/97, de 31 de Dezembro, que regula a avaliação de desempenho exigido para a progressão ou promoção na carreira médica
- ✓ Decreto-lei nº 104/97 de 31 de Dezembro, que regula a avaliação de desempenho exigido para a progressão ou promoção na carreira de enfermagem
- ✓ Decreto nº 13/2004, de 5 de Abril, que aprova o código deontológico da profissão médica

No sistema actual, não existem ainda formas de cobertura dos trabalhadores independentes (cuja integração no esquema de previdência social está prevista na legislação - Decreto-Lei nº28/03 de 25 de Agosto), nem dos profissionais do sector informal da economia, sector que conheceu um grande desenvolvimento nos últimos dez anos.

O quadro legal e normativo busca, por um lado, operacionalizar as linhas gerais fixadas na CR e na Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde e, por outro, criar as condições legais para a implementação da Política Nacional de Saúde e a criação de condições para uma oferta de serviços de saúde num contexto de segurança jurídica para todos os intervenientes: Estado, operadores e utentes.

Contudo, existem ainda espaços vazios de regulamentação devendo-se sublinhar a problemática do exercício concomitante da actividade de profissional de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de análises clínicas, etc.) no sector público e no sector privado, mecanismos de estabelecimento de convénios, parcerias e prestação mutua de serviços entre as estruturas públicas e privadas de saúde, os normativos de *procurement* para aquisições públicas no sector da saúde. No domínio do *procurement n*ão existe uma regulamentação específica ao sector pelo que se faz recurso à lei geral, bem como às normas consuetudinariamente fixadas.

Constata-se ainda que os serviços centrais do Ministério de Saúde não dispõem de capacidade técnica especializada em quantidade e qualidade requeridas para assegurar o *procurement* dos equipamentos de saúde e produtos farmacêuticos. É verdade que o MS tem contado com o apoio da Emprofac, mas as perspectivas existentes de sua privatização apontam para a necessidade do reforço da capacidade dos serviços centrais do Ministério designadamente as Direcções-Gerais da Saúde da Farmácia, dos Recursos Humanos e Administração e a Inspecção Geral de Finanças. Esta última carece de efectivamente iniciar as suas funções. A inexistência de técnicos de inspecção nesse serviço tem feito que, na prática, ela não funciona. Tem sido a Direcção Geral da Saúde e a Direcção Geral de Farmácia, nas respectivas áreas de competência, a assegurar as actividades inspectivas.

3.2. Implementação dos quadro legal e regulamentar

A implementação do quadro legal no sector da saúde releva essencialmente das instituições, sujeitos e actores do Sistema Nacional de Saúde, tanto colectivos como individuais em relação aos quais os dispositivos legais dizem respeito, salvaguardando sempre a função supervisora e fiscalizadora que compete ao Ministério da Saúde e seus Serviços.

No quadro especifico do processo de fiscalização do cumprimento, por parte dos operadores do serviço de cuidados de saúde, tanto públicos como privados e de solidariedade social, à Inspecção-geral de Saúde assegurar que o quadro legal esteja sendo escrupulosamente cumprido, na salvaguarda estrita dos interesses dos utentes e do SNS. Com efeito, uma adequada prestação de cuidados de saúde, quando analisada na perspectiva dos direitos, ela faz parte do rol dos direitos humanos dos cidadãos, tanto nacionais, como os estrangeiros que demandam o SNS.

De igual modo, e no que concerne ao licenciamento dos estabelecimentos de saúde compete à Direcção Geral da Saúde e ás Delegacias de Saúde fazer cumprir as normas legais existentes, assim como é da responsabilidade da Direcção Geral da Farmácia licenciar e fazer cumprir as normas respeitantes à abertura de farmácias e laboratórios de análises clínicas, à produção, importação e comercialização de medicamentos.

Ainda no domínio das estruturas públicas de saúde compete à Direcção Geral dos Recursos Humanos e da Administração assegurar o cumprimento das normas respeitantes à efectiva implementação da carreira médica, do adequado uso dos recursos públicos afectados ao sector da saúde. De igual modo, compete a este serviço assegurar uma adequada gestão de todos os recursos humanos do sector, no respeito das normas definidas no quadro da Função Pública.

Ainda no sector público, as autoridades de saúde, nomeadamente o Ministro e demais autoridades sanitárias (Delegados de Saúde) devem velar para o adequado cumprimento e implementação da legislação aprovada.

Os sectores público, privado e de solidariedade civil responsáveis pela disponibilização e oferta de serviços de cuidados de saúde são os principais envolvidos na implementação do quadro legal do sector da saúde, considerando tratar-se de um dever legal implementar, respeitar e fazer respeitar o quadro normativo.

Nesta perspectiva, os serviços de fiscalização devendo, embora, intervir preventivamente devem, no essencial ser considerados como actores complementares no processo de implementação das normas legais.

No domínio da saúde, as estruturas públicas de Saúde, designadamente os serviços do Ministério Saúde, com particular realce para a Direcção Geral da Saúde, a Direcção Geral da Farmácia e a Inspecção Geral de Saúde e as Delegacias de Saúde, a nível descentralizado, desempenham uma função crucial na implementação das políticas públicas de saúde e na fiscalização do cumprimento por parte das instituições públicas e privadas que prestam os cuidados de saúde e os que produzem, importam e vendem medicamentos das disposições legais do sector.

Como referido anteriormente estas estruturas públicas têm uma função complementar e secundária no processo, considerando que são os prestadores de saúde os principais destinatários dos dispositivos legais e normativos e, por conseguinte, são eles os seus principais implementadores.

Os actores referidos anteriormente apenas têm protagonismo no momento da fiscalização preventiva com vistas á autorização de funcionamento dos serviços, nas inspecções periódicas e no atendimento das reivindicações formuladas pelos utentes e suas instituições representativas.

De igual modo, e no que diz respeito ao pessoal médico, a Ordem dos Médicos desempenham um papel importante na fiscalização do cumprimento das normas respeitantes ao exercício da profissão médica e à carreira médica, aos cuidados de saúde, ás condições infraestruturais de prestação de cuidados de saúde.

De igual modo, as associações de consumidores asseguram o processo de fiscalização dos direitos dos utentes do SNS, a par das associações de promoção da saúde.

Não menos importante, são os órgãos judiciais, designadamente o Ministério Público e os Tribunais que têm a importante função de dirimir conflitos, violações e crimes relacionados com a saúde e submetidos a esta jurisdição.

Sendo os Tribunais decisivos num Estado de Direito Democrático, assegurando a realização da justiça e o cumprimento da legalidade, os dados existentes não permitem ter a noção da real situação em termos de demanda da intervenção do poder judicial em assuntos que dizem respeito à saúde. Com efeito, a forma como as informações estatísticas são trabalhadas não permitem ter uma visão da situação.

O mercado nacional de produtos alimentares foi completamente liberalizado e a de farmacêuticos encontra-se em processo de liberalização e, por causa disso, a regulação e fiscalização do sector revelam-se de fundamenta importância. Neste quadro, o SNS conta com a Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares (ARFA).

Num país em que grande parte dos alimentos consumidos, particularmente os industrializados, e os produtos farmacêuticos são importados, o controle da qualidade é fundamental para a saúde pública.

Legalmente incumbe à ARFA:

- ✓ Regulação técnica, promovendo a produção, a divulgação e a aplicação de normas de higiene e segurança dos géneros alimentícios;
- ✓ Contribuição para o reconhecimento e a protecção dos produtos de qualidade;
- ✓ Regulação económica do mercado dos géneros alimentícios e medicamentos, contribuindo para a razoabilidade da relação preço/qualidade;
- ✓ Supervisão e fiscalização dos produtos químico-farmacêuticos e alimentares;
- ✓ Contribuição para a protecção da Saúde Pública.

A articulação entre a ARFA e o SNS é assegurada pelos estatutos daquela que, na composição do seu Conselho Consultivo (Artigo 51º) integra, de entre outros, um representante nomeado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde. Contudo, a entrada em funcionamento da ARFA é recente, meados de 2006, pelo que a articulação com o SNS encontra-se em processo de construção.

No quadro das relações entre os diversos actores, designadamente utentes, serviços e empresários do sector, os mecanismos de dissuasão ou para dirimir os diferendos não estão claramente normatizados pelo SNS. Contudo, as competências legalmente cometidas à ARFA em relação aos produtos farmacêuticos e alimentares, á Direcção Geral da Saúde no que diz respeito aos cuidados de saúde prestados, à Direcção Geral da Farmácia e à Inspecção Geral da Saúde permitem analisar e buscar as soluções necessárias. Quando a nível dessas instituições não é possível resolver os diferendos, existem mecanismos jurisdicionais como o é o recurso aos Tribunais.

Processualmente, os Serviços Públicos realizam inspecções, sindicâncias e averiguações para dissipar dúvidas colocadas ou para busca de consensos entre as partes, podendo inclusive aplicar penas e sanções, cabendo recurso das partes litigantes aos Tribunais. Neste momento, todos os mecanismos institucionais existentes de resolução de diferendos estão funcionais.

3.3. Conclusões

Globalmente, o SNS encontra-se devidamente regulamentado, tendo como quadro de referência os dispositivos constantes da CR e da Lei de Bases da Saúde. Neste momento, constata-se o cumprimento do quadro normativo aprovado e, em alguns, casos está-se em processo de implementação das soluções preconizadas pelos diversos diplomas legais.

Verifica-se, também, que no quadro global da reforma do SNS actualmente em curso novas soluções legislativas têm vindo a ser elaboradas, respondendo às decisões políticas.

Mecanismos de complementaridade entre o sector público e o privado de saúde precisam ser melhor definidos, bem como um quadro claro de definição de domínios e áreas (tanto em termos clínicos como geográficos) de intervenção e de incentivo aos investimentos privados no domínio da saúde.

Em articulação com os principais actores, nomeadamente as ordens e associações profissionais, impõe-se uma melhor definição dos mecanismos de acumulação de funções nos serviços públicos e privados de saúde, evitando que, em determinados contextos, um ou outro saia prejudicado.

Capítulo 4. Transparência no processo de tomadas de decisões e na gestão

A governação pode, para efeitos da análise da transparência de gestão no sistema de saúde, ser considerada com um instrumento analítico que permite compreender e apreender os factores que organizam a interacção dos actores, a dinâmica do processo e as regras de jogo existentes.

Neste sentido, ela permite analisar a *accountability* do sistema de saúde, recobrindo as mais diversas áreas de gestão, ao mesmo tempo que facilita apreender como as novas demandas sociais e novos actores interagem com o sistema de tomada de decisões que, no contexto de uma sociedade democrática, favorece o exercício da cidadania e a implementação da abordagem de direitos.

No contexto cabo-verdiano, tem-se vindo a registar um aprofundamento progressivo da participação dos cidadãos na vida pública seja individualmente seja no quadro de associações políticas e cívicas.

Estudos recentemente elaborados, designadamente sobre a boa governação, ressaltam a apreciação positiva feita pelos cidadãos em relação à qualidade da democracia e da governação

No domínio financeiro, as reformas introduzidas na gestão financeira do Estado têm permitido não apenas uma gestão financeira que implica os diversos sectores governamentais, como tem permitido o seguimento do processo de execução orçamental tanto pelo Governo, como pelo Parlamento e pelos Parceiros de Cooperação de Cabo Verde. Aliás, é a transparência na gestão financeira dos recursos públicos e os disponibilizados pelos doadores que tem permitido que, de forma progressiva, estes últimos estejam a mudar a sua mobilidade de ajuda pública ao desenvolvimento passando da lógica de financiamento de projectos para a ajuda orçamental. Tais são os casos do Banco Mundial, da União Europeia, do Luxemburgo, da Áustria, Países Baixos e Espanha e, mais recentemente, Portugal.

4.1. Transparência no processo de tomada de decisões

Os principais dirigentes entrevistados afirmam que o processo de tomada de decisões em matéria de saúde é compartilhado com os principais envolvidos e que, neste momento, conhece-se um incremento significativo de influenciação das decisões por parte de actores institucionais do sector público, privado e cooperativo bem como dos utentes dos serviços de saúde.

Sublinha-se que, em alguns casos, quando não é possível envolver-se um leque maior de entidades devido ao tipo de decisões a tomar ou a urgência da questão, procura-se socializar as decisões tomadas, divulgando-as.

Neste momento a descentralização em curso no sector da saúde, com a autonomia dos Hospitais centrais, das Regiões Sanitárias e das Delegacias de Saúde e a criação de espaços institucionais (órgãos colegiais) que integram várias organizações, tende a aumentar o grau de transparência do processo de tomada de decisões.

De igual modo, assiste-se a um maior protagonismo da sociedade civil com a emergência de associações a vários níveis e que se têm interessado pela problemática da saúde, acompanhando e buscando influenciar as decisões.

A descentralização do poder político e a centralidade progressiva dos municípios na estruturação do estado também tem contribuído para um aumento do controlo do sector da saúde.

Não se pode ainda esquecer as actividades de controlo desenvolvidas pelos média não apenas na difusão das decisões como na abertura de diálogos na sociedade sobre temáticas importantes

No domínio dos procedimentos financeiros, durante muito tempo existiu uma forte centralidade na definição dos recursos necessários para o sector, bem como a sua gestão. As estruturas regionais e locais, bem como os hospitais centrais não dispõem de autonomia financeira devendo todo o processo ser mediado pelos Serviços Centrais do Ministério de Saúde. Apenas os institutos e serviços autónomos possuem autonomia financeira, administrativa e patrimonial.

Da mesma forma, a participação nos procedimentos administrativos e financeiros decorria das rotinas definidas, não havendo espaço para inovações ainda que pudessem significar melhoria da eficiência e eficácia.

A nível central, os recursos financeiros ainda que afectados orçamentalmente ao Ministério da Saúde, são os serviços do Ministério das Finanças, seja para o orçamento de investimento seja para o de funcionamento que funcionam como banco, autorizando e procedendo à liquidação das despesas em articulação com os serviços de saúde.

Para além da auditoria do Tribunal de Contas, que dá parecer às Contas do Estado, são os serviços de inspecção das finanças que vigiam a legalidade, a transparência e a boa utilização das contas públicas.

Neste momento, está em curso um conjunto de reformas, designadamente a financeira, permitindo uma maior celeridade e eficiência na realização das despesas públicas, na transparência das despesas e no controlo das mesmas por todos os actores intervenientes.

A nível do Ministério da Saúde, tem-se vindo a aumentar a capacidade e autonomia gerencial das estruturas regionais e locais, tornando mais célere a tomada de decisões no domínio de gestão financeira, garantindo ao mesmo tempo a transparência. Com efeito, o recurso a novas tecnologias de informação na gestão orçamental a par das actividades de inspecção tem assegurado a transparência.

Aliás, os estudos sobre a boa governação têm sublinhado a transparência na gestão global do negócio público. O estudo feito pela Afrosondagem para a Comissão Económica para a Africa das Nações Unidas sublinha que:

> «As contas públicas são avaliadas em várias sedes, desde logo pela Inspecção-Geral de Finanças e pelo Tribunal de Contas. Estão submetidas à sua fiscalização as contas do Estado e seus serviços, autónomos ou não, os institutos públicos, as autarquias locais e suas

associações e outros entes públicos determinados por lei. Tem um estatuto de independência garantida pela exclusiva obediência dos seus juízes à lei, o auto governo, a inamovibilidade e a irresponsabilidade dos seus juízes. O Ministério Público é representado junto do Tribunal de Contas pelo Procurador-Geral da República e intentará perante os tribunais comuns as competentes acções criminais e civis, relativamente a actos financeiros. Recentemente, foi publicado um diploma que regula a aquisição de bens e serviços na Administração Pública, introduzindo mais um elemento de transparência no lançamento e aprovação de concursos públicos.

Estudos sobre a corrupção na Administração Pública mostram que apesar da falta de condições de trabalho e da alteração frequente dos regulamentos, a larga maioria dos funcionários públicos considera que quem viola os regulamentos é sempre punido, ainda que as razões subjacentes não sejam as melhores.»

Para além dessas instituições externas, o acompanhamento dos serviços e estruturas de saúde é assegurado pelos serviços centrais do Ministério da Saúde, pela Ordem dos Médicos, e pelos diversos conselhos consultivos dos órgãos e serviços criados, designadamente o Conselho Nacional da Saúde, das Regiões Sanitárias, das Comissões Municipais de Saúde e na ARFA.

No entanto, o não funcionamento da Inspecção-geral de Saúde constitui um óbice a um seguimento contínuo das actividades das estruturas e serviços de saúde, públicos e privados.

No que diz respeito à nomeação e afecção dos recursos humanos, convém referir que para os serviços públicos, a decisão última de nomeação dos técnicos de saúde compete ao Ministro, havendo, para tanto, lugares no quadro de pessoal do Ministério e recursos orçamentados. Em regra, para o pessoal médico e de enfermagem não tem havendo restrição orçamental para o seu recrutamento. O mesmo não se poderá para outros técnicos para as estruturas de saúde, incluindo para os serviços centrais, criando problemas sérios de funcionalidade. De realçar contudo que para 2007 houve disponibilidade orçamental para recrutamento de técnicos de várias áreas e afectados tanto nos serviços centrais como em estruturas desconcentradas de saúde.

A afectação do pessoal de saúde é feita em articulação com a Direcção Geral da Saúde que coordena todas estruturas de saúde. No entanto, a gestão corrente do pessoal é feita pelas estruturas onde prestam serviços, ainda que seja o Ministro a decidir os mecanismos de mobilidade inter-serviços e geográfica.

No que diz respeita aos dirigentes, a competência para a nomeação dos Directores-Gerais e equiparados bem como os directores de serviço segue os mecanismos definidos por lei para a nomeação do pessoal dirigente, significando que se trata de uma competência do Conselho de Ministros sob proposta, no caso do SNS, do Ministro da Saúde.

O mesmo processo é válido para as autoridades municipais de saúde (Delegados de Saúde) e para os directores dos Hospitais Centrais e Regionais.

Toda a gestão da carreira, o desenvolvimento profissional, é feita centralmente na Direcção na Direcção Geral dos Recursos Humanos e Administração. Este sistema de gestão dos recursos é explicado pela exiguidade dos mesmos e pela necessidade de atendimento a todas as estruturas e serviços em todas as ilhas e municípios do país. Contudo, ele torna a gestão mais

burocratizada, pouco flexível, nem sempre respondendo às expectativas legítimas dos profissionais.

4.2. Transparência na alocação dos recursos

Quanto à gestão dos recursos financeiros não existem critérios definidos normativamente sobre a sua alocação por estruturas e serviços centrais, pelas Delegacias de Saúde e Hospitais. Em regra, a experiência acumulada de gestão, os programas a desenvolver e as necessidades identificadas determinam o processo de alocação dos recursos.

No entanto, a gestão é feita de forma transparente. A reforma da administração financeira do Estado e a introdução do SIGOF (Sistema Integrado de Gestão Financeira e Orçamental do Estado) permite um seguimento permanente do processo de execução orçamental. De igual modo, o controlo feito pela Inspecção-geral das Finanças e pelo Tribunal de Contas, para além da inspecção regularmente feita pela Direcção Geral dos Recursos Humanos e da Administração garantem uma adequada utilização dos recursos públicos.

Os serviços autónomos, designadamente os Hospitais Centrais e, a partir de 2008, as Delegacias de Saúde terão um sistema de gestão autónomo, integrado no SIGOF e ficarão sujeitos ao controlo da Inspecção-geral das Finanças e do Tribunal de Contas. Mais ainda, em termos de alocação de recursos, serão as Delegacias a preparar o seu próprio orçamento e a gerir as receitas arrecadas a nível municipal.

No que diz respeito aos recursos humanos, também não existem critérios fixados normativamente sobre a forma de afectação dos recursos humanos, particularmente médicos e enfermeiros. Contudo, os critérios empiricamente utilizados têm sido o de aumentar o número de médicos nos diversos municípios, procurando assegurar, no mínimo dois médicos, bem como alargar o número de enfermeiros.

Até este momento, os quadros médicos e de enfermagem pertencem ao quadro de pessoal da Direcção Geral dos Recursos Humanos e da Administração e a gestão do desenvolvimento profissional, designadamente a progressão e a promoção, bem como as colocações e transferências são decididas a nível dos serviços centrais do Ministério da Saúde.

Quanto à alocação dos recursos nas infra-estruturas e equipamentos, a decisão é tomada a nível central, tendo-se, em relação às infra-estruturas de saúde, fixado alguns critérios para a sua edificação sua localização deve obedecer a Carta Sanitária.

A reabilitação das infra-estruturas obedece ao agravamento do estado e da disponibilidade financeira, sobretudo quando se torna necessário recorrer a financiamento externo, seja no quadro da cooperação bilateral seja multilateral.

Em relação às Unidades Sanitárias de Base a responsabilidade para a sua construção, equipamento e manutenção releva das Câmaras Municipais que, em regra, tendem a construir USB em todas as comunidades do município, de acordo com os recursos que são capazes de

mobilizar, nem sempre obedecendo a Carta Sanitária. Tal responsabilidade encontra-se definida tanto na Lei de Bases da Saúde como nos Estatutos dos Municípios.

Ademais, está em processo final de preparação o quadro de despesas a médio do sector da saúde que tem por finalidade assegurar uma melhor previsibilidade em termos de necessidades financeiras do sector para dar resposta ás políticas de saúde. No mesmo sentido vai a elaboração da segunda versão do Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza no domínio relativo à protecção social.

4.3. Conclusões

Assiste-se, neste momento, em toda a administração pública um processo de alargamento e aprofundamento de reformas no domínio da gestão financeira, orçamental e de recursos humanos no sentido de assegurar uma maior eficiência na gestão governamental, tornar mais eficaz as acções, melhorar a performance global e instituir uma sistema de governança política, económica e financeira baseada na transparência no processo de tomada de decisões e na utilização dos recursos públicos.

O reforço do quadro de competência do Tribunal de Contas, da melhoria do funcionamento do Parlamento para o controlo das actividades governativas, o aperfeiçoamento dos serviços de inspecção constituem passos dados no domínio da transparência da gestão geral da Administração Pública e do SNS em particular.

No domínio específico da saúde, para além dos instrumentos atrás referidos deve-se aqui sublinhar as acções em curso e que visam também submeter as acções de governação da saúde ao controlo externo, com a participação de representantes do sector privado e da sociedade civil em órgãos de acompanhamento e de monitorização das actividades.

Trata-se de um processo em curso e que precisa ser alargado e aprofundado. Da mesma forma, e a nível interno, parece ser crucial, o funcionamento da Inspecção-geral da Saúde para, a par de outras instituições, acompanhar todas as actividades no domínio da saúde.

O investimento no recrutamento e na formação de recursos humanos para os serviços encarregues de inspecção e de monitorização do SNS é crucial.

Capítulo 5. Celeridade da resposta das Instituições às demandas dos utentes

A eficiência do SNS está intimamente associada com a sua capacidade de responder com celeridade e qualidade as demandas das populações, independentemente da condição ou estatuto socio-económico ou da região onde reside.

No contexto cabo-verdiano, a celeridade das respostas por parte do SNS é tanto mais importante quando se tem em conta a sua condição de arquipélago, as dificuldades e irregularidades do sistema de transporte inter-ilhas, as limitações das estruturas de saúde desconcentradas em dar resposta a determinadas necessidades, a insuficiência em termos de infra-estruturas, equipamentos e laboratórios, bem como de especialistas para tratamento de determinadas patologias, especialmente das doenças não transmissíveis, obrigando à institucionalização de um sistema de evacuações para outros países, nomeadamente Portugal.

Ademais, a celeridade da resposta depende de factores organizacionais, nomeadamente de colecta, tratamento e análise de informações que servem de suporte ao sistema decisional. Está ainda associada à concentração ou não de poderes decisionais a nível do topo da hierarquia do serviço-fim ou então dos órgãos centrais de decisão a nível do Ministério da Saúde.

Pretende-se, neste capítulo, debruçar sobre as determinantes organizacionais, técnicas e outras da capacidade reactiva do SNS às solicitações dos utentes.

5.1. Reacção em relação às necessidades sanitárias das populações

Cada vez mais, o SNS tem assentando a planificação de intervenções em programas o que torna a alocação dos recursos bem focalizados nos objectivos definidos. Com efeito, o SNS conta actualmente cerca de 11 programas e os recursos mobilizados, particularmente no âmbito do orçamento de investimentos e dos recursos disponibilizados pela cooperação internacional, focalizam grupos alvo bem definidos. No entanto, falta ainda assegurar uma maior organicidade dos programas, mediante uma melhor articulação entre eles, bem assim com as estruturas de prestação de serviços de saúde e outros intervenientes sejam governamentais ou não-governamentais.

É verdade, contudo, que a grande componente do orçamento de funcionamento do SNS, especificamente do sector público, destina-se ao pagamento de despesas correntes, mas também com as evacuações dos doentes, tanto inter-ilhas como para o exterior e com medicamentos.

De igual modo, a pressão exercida pelos dois hospitais centrais pelo facto de receberem todos os utentes provenientes dos hospitais regionais e Centros de Saúde de todo o país, para além daqueles que os buscam directamente, seja por razões de natureza psicológica seja porque não existem redes primárias de cuidados de saúde funcionando de forma adequada nas respectivas regiões geográficas, faz com que uma parcela não negligenciável dos recursos seja posta à disposição dessas estruturas de saúde. Acresce ainda que o facto de serem hospitais de referência e de cuidados de terceiro nível, pela sua missão, natureza e atribuições faz com que

mobilizem e concentrem uma parcela significativa dos recursos do SNS, seja em termos de recursos humanos seja financeiros.

Para alguns domínios da saúde preventiva, nomeadamente a saúde oral, assiste-se a uma intervenção quase inexistente e que resulta, em parte, do número insignificante de especialistas no sector público.

Em regra, a definição dos objectivos definidos resulta de estudos-diagnóstico realizados, bem como de dados e informações encaminhados pelas estruturas de saúde aos serviços de saúde que, tratados e analisados, balizam o processo definição e tomada de decisões políticas.

Neste contexto, o Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde desempenha uma função relevo no quadro do SNS pois, até o momento, é o serviço que essencialmente municia os decisores de informações relevantes de intervenção. De igual modo, o Sistema de Vigilância Epidemiológica tem uma forte centralidade no processo de focalização dos cuidados primários e diferenciados de saúde, funcionando, de certa forma, como um Sistema de Alerta Rápido.

Mais recentemente, seja por iniciativa do próprio Ministério da Saúde seja da OMS, de instituições universitárias e de investigação, estudos estão sendo desenvolvidos que objectivam o diagnóstico da situação sanitária e obtenção de informações que devem enformar o processo de definição de políticas e programas de intervenção.

Com a «*maîtrise*» das doenças transmissíveis, o grande desafio, neste momento, é o conhecimento da real dimensão das doenças não-transmissiveis, visando um eventual recentramento das políticas públicas de saúde. Neste sentido, um Inquérito Nacional encontra-se em curso, assim como um outro estudo sobre a dimensão da diabetes e da hipertensão na ilha do Maio.

Percebe-se aqui, nitidamente, apesar da inexistência de estruturas nacionais de investigação no domínio de saúde e mesmo instituições universitárias que actua na área de saúde, uma preocupação das autoridades sanitárias nacionais de avaliar tecnicamente as necessidades das populações. Tentativas outras para minimizar esta situação tem sido buscadas, com a realização de Jornadas Médicas, com estabelecimento de protocolos com instituições internacionais para formação e também para o apoio à investigação médica, bem como a possibilidade de, no quadro da Universidade de Cabo Verde, se avançar de forma mais orgânica com estudos e investigações em matéria de saúde.

Contudo, a rapidez na resposta está directamente relacionada com a capacidade de obtenção de informações tecnicamente fundamentadas e de recursos técnicos, humanos e financeiros.

A questão torna-se ainda mais delicada em termos de capacidade de resposta, ultrapassando a mera vontade política quando, para além dos condicionalismos internos ao SNS atrás referenciados, se acresce o facto de os dados oficiais apontarem para cerca de 40% da população não possuir um sistema de cobertura social e de saúde e de 37% da população ser pobre. Neste contexto, a possibilidade de contribuírem para o financiamento do sistema, que facilita a cobertura dos custos mas ao mesmo tempo permite realizar investimentos para se poder responder às demandas, é extremamente limitada. Um quase circulo vicioso se instala. Daí, no quadro das

reformas em curso (cf. PNS) se considerar a questão da sustentabilidade financeira como fundamental a que se associação a elaboração do quadro de despesas a médio prazo do sector com vista a se ter uma maior previsibilidade em termos de necessidades de financiamento e um quadro para mobilização de parcerias.

Mais ainda, neste contexto entra a necessidade do reforço do sector privado e cooperativo destinado a grupos sociais bem específicos permitem um desafogo do sector público de saúde. É verdade, e a PNS o reconhece, que «O Estado não criou ainda as condições para incentivar o desenvolvimento deste sector nem para exercer o seu papel regulador e de fiscalização. Igualmente, não se dotou dos meios necessários para o estabelecimento de convénios susceptíveis de melhorar a utilização de recursos disponíveis a fim de concretizar a desejada complementaridade entre os sectores público e privado.» e que, por isso, «Face ao aumento das expectativas dos cabo-verdianos e à dinâmica do turismo, é necessário que o sector privado da saúde se desenvolva e se afirme cada vez mais como o complemento desejado do sector público» (PNS, 2007).

5.2. Reacção face às necessidades sanitárias regionais e locais

A PNS estabelece um leque de atribuições a desenvolver pelas estruturas e serviços de saúde, desde o nível nacional ao regional e local. Aliás, a hierarquização das estruturas de saúde obedece em princípio, uma forma considerada a mais adequada, para o contexto nacional, de dar resposta com celeridade e eficiência aos problemas e solicitações das populações.

A nível municipal, as estruturas organizam-se à volta da Delegacia de Saúde, englobando o Centro de Saúde, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base.

A nível regional, englobando vários municípios, as estruturas organizam-se à volta da Região Sanitária, tendo um hospital regional como referência e estrutura de articulação com os Centros de Saúde[3].

A nível nacional, existem os Hospitais Centrais que se articulam com os Hospitais Regionais.

De igual modo, visando a celeridade na tomada de decisão e dar respostas aos clientes, a PNS estrutura-se sobre princípios que visam garantir que tal aconteça. Estes princípios são:

- Descentralização político-administrativa e técnica em direcção aos níveis municipal como a porta de entrada do sistema e regional, enquanto unidade funcional, fundamental da gestão e prestação de cuidados integrados;
- Hierarquização da rede dos serviços de saúde;
- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atendimento;

[3] Esta é a estrutura proposta pela PNS. Neste momento, existe apenas uma Região Sanitária em fase experimental de funcionamento, a de Santiago Norte. No total existem 3 hospitais regionais (Santa Catarina, S. Filipe e Ribeira Grande) e dois hospitais centrais (Agostinho Neto na Praia, e Baptista de Sousa no Mindelo). As Unidades Sanitárias de Base, responsabilidade dos municípios, devem, no quadro da implementação da PNS sofrer um *upgrading* passando a Postos Sanitários ou então deverão ser reconvertidos.

- Utilização de critérios epidemiológicos e estatísticos para o estabelecimento de prioridades, a afectação de recursos e a orientação programática em cada nível;

Neste momento, contudo, a nível regional e local a capacidade de resposta aos utentes encontra-se muitas vezes condicionada pela estruturação dos próprios serviços, pela exiguidade dos recursos humanos e reduzida autonomia decisional.

Com efeito, a nível local as decisões estão, em regra, centralizadas no Delegado de Saúde que, em geral, assume também funções de Director de Hospital ou de Centro de Saúde. Raramente, são formados em saúde pública. De igual modo, o staff técnico é reduzido. Normalmente as informações sanitárias locais não são tratadas e analisadas, mas antes enviadas para tratamento e análise dos Serviços Centros. Com isso, em casos de emergência pode haver morosidade em actividades de prevenção e tratamento.
Alguns estudos mostram que, a nível comunitário, as USB são pouco utilizadas pelas populações e os equipamentos são precários. Com efeito, as USB dispõem de agentes sanitários com um nível de qualificação muito baixo e que não podem dar resposta a grande parte das necessidades das populações. Por isso, estas preferem deslocar-se directamente aos Postos de Saúde, Centros de Saúde ou Hospitais, consoante a localidade onde habitam[4].

A pressão sobre as urgências dos Hospitais Centrais e Regionais é significativa. De igual modo, a pressão sobre os serviços complementares de diagnóstico é considerável sendo, por vezes, a nível local e regional, de difícil acesso para muitos e a rapidez das respostas não é assegurada, a não ser em situações expressamente identificadas pelos médicos como urgentes. A alternativa é o recurso a laboratórios privados para os que possuem cobertura de algum sistema de protecção social ou de seguro complementar de saúde, ou então com recursos próprios, deixando de fora uma franja significativa da população, estimada em 40%.

Aliás, o sistema de protecção social em vigor e que cobre as despesas com a saúde são essencialmente de dois tipos: o de regime contributivo, para os que são trabalhadores por conta de outrem (incluindo os funcionários públicos e da banca) e que comparticipam no desconto ao sistema de previdência social e o sistema não contributivo, coberto pelo Estado. Este no essencial cobre uma remuneração de velhice (pensão social mínima e pensão de solidariedade social). Já os custos de saúde são partilhados entre o Ministério de Saúde que não cobra por um conjunto de serviços médicos e medicamentosos para os que apresentem nas estruturas de saúde, no momento de atendimento, atestados confirmando a sua situação de pobreza e vulnerabilidade e o Ministério do Trabalho e Solidariedade que, em articulação com o Ministério da Saúde e os Serviços Municipalizados de Promoção Social apoiam e cobrem os custos com as evacuações, exames médicos e laboratoriais e medicamentos aos mais vulneráveis sem qualquer tipo.

---

[4] O Projecto da Cooperação Luxemburguesa de apoio à Região Sanitária de Santiago Norte, afirma que os Postos Sanitários têm faltas de equipamentos, sobretudo para atendimentos de urgência e no domínio da obstetrícia. Nos PS a consulta curativa constitui a principal actividade desenvolvida, incluindo a visita de médicos. Os CS possuem bom nível de equipamento e tecnologia, mas sem segurança de qualidade e manutenção. A produtividade do pessoal é considerada baixa. Os Serviços PMI/PF funcionam muito bem. Não existem grandes diferenças entre os CS e os Hospitais Regionais em termos de serviços prestados. A produtividade é considerada aceitável. Os Hospitais Centrais são apontados como estruturas autónomas e especializadas. No entanto, dois terços das consultas são de atenção primária e é elevada a evacuação para o exterior. Para mais detalhes cf. Grand- Duché de Luxembourg/ Coopération & Action humanitaire. ECV/056- Projecto de Apoio ao Plano de Desenvolvimento da RSSN, 42.

Uma outra alternativa que está a emergir neste momento e com o apoio e incentivo do Ministério da Saúde, são as mutualidades de saúde dinamizadas pelo Fórum Cooperativo e que neste momento está em implementação na ilha de Santiago, devendo alargar-se para outras ilhas designadamente Fogo. Contudo, algumas dificuldades se colocam, designadamente na assistência ás mutualidades nascentes, a sua capitalização visando a sustentabilidade e a própria gestão.

Os mecanismos atrás referidos desempenham uma função importante na minimização das igualdades de oportunidades de acesso à saúde, decorrentes de dificuldades financeiras. A introdução de taxas moderadoras para o atendimento médico e para internamento nas estruturas públicas de saúde, mecanismos de comparticipação no financiamento do SNS e visando a sustentabilidade deste, pode constituir um mecanismo de aprofundamento de iniquidade no acesso á saúde se medidas de mitigação não forem tomadas. Considerando que as taxas moderadoras são as mesmas para todos, pretende tratar igualmente a todos, mas com situações económicas e financeiras diferenciadas. A taxa de moderação para o internamento pode, aliás, para as pessoas mais pobres ser um óbice a um tratamento seguro e qualidade. Contudo, o Ministério da Saúde está atento a estas situações, prometendo tomar medidas de correcção, se necessário.

5.3. Conclusões

O SNS tem vindo a melhorar a sua *perfomance*, designadamente em termos de capacidade de resposta às necessidades e solicitações dos utentes. O aumento das infra-estruturas de saúde e sua localização geográfica mais próxima das comunidades, o reforço das estruturas sanitárias com recursos humanos especializados, nomeadamente médicos e enfermeiros, o *upgrade* de muitas estruturas e serviços têm contribuído para uma maior capacidade nas respostas.

Da mesma forma, o processo de reforma do sector, em curso de implementação, tem permitido que uma visão integrada do SNS tenha sido assumida, assegurando a sua melhor funcionalidade.

Considerando as condicionantes estruturais do SNS, designadamente o financiamento do sistema e a dispersão territorial, as instituições de saúde têm respondido de forma globalmente satisfatória as demandas da população. Os utentes do SNS se dizem maioritariamente satisfeitos com os serviços de saúde. Contudo, a complexificação da demanda, o aumento das exigências dos utentes em relação aos serviços disponibilizados fazem emergir as fragilidades e os desafios.

Alguns dos desafios são internos ao sistema, nomeadamente em relação à estruturação dos serviços, definição clara de competências e atribuições, níveis de responsabilidades, desconcentração e descentralização de estruturação, definição de um sistema permanente de monitorização da qualidade e da eficiência dos serviços prestados, a montagem de um sistema de controlo de qualidade, etc., Contudo, existem outros que ultrapassam o próprio SNS. De referir a debilidade das condições económicas de uma franja significativa da população e sua marginalização do sistema de protecção social, com incidência no acesso aos serviços de saúde.

De igual modo, ainda persistem disparidades regionais em termos de atendimento e alocação de recursos com implicações na capacidade de resposta por parte dos SNS.

Capítulo 6. Equidade no acesso aos cuidados de saúde

A análise do sistema de saúde impõe verificar o grau de cumprimento dos objectivos que visam uma maior equidade de acesso para os diversos grupos populacionais bem como a eficácia e a eficiência do SNS. De igual modo, a qualidade dos serviços prestados e a optimização dos recursos disponíveis constituem importantes indicadores de análise da performance do SNS.

De uma maneira geral, constata-se uma melhoria progressiva do SNS que se traduz na melhoria dos indicadores de saúde, com uma diminuição progressiva das doenças transmissíveis, uma melhoria da cobertura sanitária tanto em termos de infra-estruturas hospitalares, laboratoriais, como de equipamentos e de recursos humanos.

Constata-se, igualmente, um aumento de profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, possibilitando, por um lado, uma melhor equidade em termos de cobertura nacional e, por outro, fazendo aumentar os rácios médico/habitante e enfermeiro/habitante.

No entanto, persistem fragilidades em termos de pessoal médico e de enfermagem especializados, bem como de pessoal técnico em outras áreas designadamente farmácia, análises clínicas e laboratoriais, economia de saúde, administração hospitalar, etc.

A fase de transição epidemiológica por que passa Cabo Verde tem feito aumentar as doenças não transmissíveis designadamente as doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, doenças oncológicas e as diabetes, exigindo cuidados médicos diferenciados e especializados, aumentando, ao mesmo tempo, os custos com a saúde, o que coloca em debate a problemática do financiamento e da sustentabilidade do SNS.

Apesar do alargamento crescente dos mecanismos de protecção social, designadamente o sistema contributivo de protecção social, ainda menos da metade da população é coberta por este sistema.

O sistema não contributivo de protecção social, na vertente da saúde, tem sido assumido na sua quase totalidade pelo governo, através do Ministério da Saúde e do Ministério da Família, Trabalho e Solidariedade.

Contudo, a forte incidência do desemprego, o alargamento da economia informal e a pobreza colocam numa situação de vulnerabilidade uma franja importante da população.

O sector da saúde, particularmente, a nível da direcção dos serviços centrais, constata-se uma forte estabilidade dos dirigentes o que tem assegurando uma continuidade gerencial e de prosseguimento de políticas com incidência positiva a nível da performance global do sector. É verdade, contudo, que os serviços centrais apresentam fortes fragilidades que resultam da escassez de recursos humanos qualificados e a diversos níveis. O congelamento no recrutamento de pessoal imposto, desde há vários, pela Lei do Orçamento de Estado, a política salarial e de desenvolvimento profissional pouco atractiva e competitiva dificulta o recrutamento e a estabilidade do pessoal técnico desses serviços.

A nível dos hospitais centrais e regionais também a estabilidade dos dirigentes tem sido um facto. Maiores dificuldades parecem residir nos Delegados de Saúde. Com muitas responsabilidades de gestão e enquanto autoridades sanitárias tendo, igualmente, que exercer a actividade médica nos centros de saúde ou hospitais regionais, tem sido, em regras jovens médicos sem experiência de gestão e de saúde pública que têm assegurado essas funções. Acresce também a fragilidade institucional das delegacias de saúde sem recursos humanos qualificados de suporte ao delegado.

6.1. Igualdade no acesso aos cuidados

Um dos grandes objectivos do Serviço Nacional de Saúde é o de assegurar uma maior equidade de acesso por parte dos utentes. Isto é, a diminuição das disparidades em termos de acesso aos cuidados de saúde tendo em conta o local de residência, o rendimento e o sexo.

De igual modo, a alocação dos recursos e sua distribuição regional podem incidir directamente na igualdade de oportunidades.

Para aferir o grau de cumprimento do engajamento do governo e do SNS em garantir a equidade, os mecanismos existentes estão essencialmente afectos aos serviços centrais do Ministério da Saúde que realizam estudos e análise visando fazer o retrato periódico da situação para, a partir dele, se definir novas políticas.

A tradição existente, durante algumas décadas, de realização de Planos Nacionais de Desenvolvimento, precedidos de diagnósticos sectoriais, permitiu o conhecimento circunstanciado da situação a nível da saúde. De igual modo, a elaboração de alguns planos regionais constituíram momentos importantes de monitorização a que se deve acrescer os levantamentos feitos no âmbito da elaboração da Carta Sanitária, do Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza e sua Revisão, do Diagnóstico para a elaboração do Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos e do Diagnóstico para a elaboração do Plano Nacional de Saúde.

No entanto, a não universalidade do Sistema de Protecção Social expõe a situações de risco uma percentagem significativa da população que alguns estimam em cerca de 40%. São os desempregados, os trabalhadores do sector informal, as empregadas domésticas não inscritas no INPS, grande parte da população rural. Essa exposição ao risco aumenta com a introdução de novas taxas cobradas nas estruturas de saúde, designadamente para internamento.

Com efeito, não existe um quadro uniforme e homogéneo de cobertura de protecção social para os mais pobres. Contudo, no quadro da reforma do sector da protecção social, a Estratégia Nacional de Protecção Social do Regime não contributivo prevê a montagem de um sistema centralizado de informações e de apoio aos mais pobres e vulneráveis que já está em fase de implementação com a unificação das pensões sociais e a criação de uma instituição encarregue de gerir as pensões do regime não contributivo.

Não obstante os problemas atrás referidos, deve-se referir que existem infra-estruturas de saúde

com uma larga cobertura geográfica, facilitando o acesso das populações, diminuindo as distâncias, ficando por resolver a questão da qualidade e do tipo de serviços prestados.

A PNS propõe como porta de entrada do SNS os Centros de Saúde e que se articulariam com os Postos de Saúde e os Centros de Saúde Reprodutiva. A cobertura em termos de cuidados secundários seria assegurada pela rede dos hospitais regionais (Santiago Norte, S. Filipe e Ribeira Grande) e os cuidados terciários seriam da responsabilidade dos Hospitais Centrais (Agostinho Neto e Baptista de Sousa.

Neste momento, está-se numa fase de transição. Com efeito, ainda estão a funcionar as Unidades Sanitárias de Base, distribuídas a nível das comunidades de base, dispondo de um agente sanitário. Nas USB o nível e a qualidade técnica do atendimento sejam, geralmente, baixos.

Nos aglomerados populacionais mais importantes, encontram-se os postos de saúde que dispõem ao menos de um enfermeiro e podem oferecer um leque maior de serviços e de qualidade superior ao que as USB disponibilizam.

De igual modo, todos os municípios dispõem de Centros de Saúde, com capacidade de internamento, meios auxiliares de diagnóstico e com pessoal médico, de enfermagem e técnicos de laboratório.

Neste momento, a nível de cuidados diferenciados de saúde, num segundo patamar de cuidados especializados, encontram-se os hospitais regionais que recobrem populações de vários municípios.

Um dos problemas identificados e em curso de solução tem a ver com facto de nem sempre existir uma diferenciação clara em termos de cuidados de saúde prestados entre o hospital regional e um centro de saúde. De igual modo, tem-se constatado que as actividades de urgência predominam em relação ás consultas, repercutindo na qualidade do atendimento.

Na grande maioria dos Municípios, existe uma acumulação da função de Director do Hospital ou do Centro de Saúde com a de Delegado de Saúde (autoridade sanitária no município) criando dificuldades acrescidas de gestão, ao qual se soma o facto de muitos delegados não possuírem uma especialidade médica, designadamente em Saúde Pública.

Os hospitais centrais da Praia e do Mindelo são estruturas autónomas para as quais convergem as necessidades de tratamento e intervenções especializadas e de decisão sobre uma eventual evacuação para o exterior. Contudo, constata-se uma forte pressão sobre elas devida, por um lado, à pouca capacidade de intervenção dos hospitais regionais e Centros de Saúde E, por outro, pelo facto dos utentes preferirem as estruturas que concentrem todas as valências médicas oferecidas pelo SNS.

A reversão dessa situação está inscrita no quadro global da reforma do sector, implicando uma adequada diferenciação dos níveis de atendimento entre as diversas estruturas de saúde, com a definição clara das valências a cobrir em cada nível, desde os Centros de Saúde e os Hospitais Regionais. Do outro lado, a introdução de novos serviços nos hospitais, nomeadamente de

oncologia e hemodiálise permitirá melhorar o acesso dos utentes a serviços especializados, diminuirá os custos de oportunidade e poderá diminuir consideravelmente as evacuações para o exterior e a consequente diminuição dos custos.

Na área da farmácia, o país dispõe de uma política farmacêutica que define os grandes objectivos e eixos estratégicos e que busca um desenvolvimento de forma equitativo e do acesso da população aos produtos farmacêuticos, nomeadamente os medicamentos.

No que diz respeito à distribuição dos medicamentos os sectores público e privado complementam-se na prestação de serviços aos utentes, havendo regulamentação e fiscalização das farmácias. Neste momento, existem cerca de 25 farmácias privadas, recobrindo praticamente todos os municípios do país, estando previstos novos concursos para abertura de farmácias em locais onde o acesso ainda é mais difícil.

De igual modo, existe uma Lista Nacional de Medicamentos que define tanto os medicamentos essenciais como outros passíveis de produção e importação e comercialização.

O essencial do processo de gestão dos medicamentos é feito de forma centralizada a partir da Direcção Geral da Farmácia que possui dos Depósitos centrais, uma para cobrir as ilhas de Barlavento e a outra de Sotavento. Contudo, os Hospitais Centrais têm autonomia para o seu aprovisionamento em medicamentos. Já as Delegacias de Saúde não capacidade técnica local para o efeito. Por outro lado, a gestão centralizada dos medicamentos, particularmente a aquisição, conduz a uma economia de escala, com ganhos evidentes para o sector.

No domínio dos medicamentos, o financiamento público tem crescido significativamente. Entre 1996-2001, as despesas públicas com os medicamentos representa cerca de 20% do Orçamento da Saúde, rondando cerca de 300.000 contos /ano. A capacidade de aumentar o investimento público neste domínio é reduzida, impondo-se uma maior eficácia na gestão e distribuição dos medicamentos essenciais a nível das farmácias públicas. As rupturas no stock das farmácias públicas podem ser consideradas como um entrave ao acesso das populações pobres, considerando que os não pobres têm nas farmácias privadas ou então através de seguros-doença.

Para as populações mais pobres com problemas de acesso aos medicamentos, o Ministério de Saúde articula-se com o Programa Nacional de Luta contra a Pobreza (PNLP) para apoiar essas famílias. O PNLP tem apoiado anualmente o Ministério de Saúde com cerca de 100 mil contos.

A realização de um estudo sobre a problemática do acesso a medicamentos essências, aliás, previsto para ser realizado em 2008 virá certamente apontar e aprofundar os constrangimentos, bem como indicando pistas de solução.

Em relação ao acesso aos cuidados de saúde, a percepção dos utentes dos serviços de saúde é muito boa. Com efeito os resultados do inquérito aplicado no quadro do QUIBB (Questionário Unificados de Indicadores de Bem-Estar) mostram que 73,5% dos inquiridos têm acesso aos serviços de saúde e que a taxa de satisfação se situam em 89,9%

Para os insatisfeitos (11%), as principais razões são a demora no atendimento, uma preocupação mais concentradas nas zonas urbanas, e o custo da saúde, maioritariamente para as pessoas do meio rural.

No que diz respeito às despesas com a saúde, dados do IDRF mostram que 23,9% das pessoas que possuem sistemas de comparticipação das despesas de saúde através do Estado são muito pobres e, 19,1% dos muito pobres possuem sistemas de comparticipação nas despesas de saúde atreves do Estado.

6.2.Imparcialidade no financiamento dos cuidados

O financiamento do sistema de saúde é essencialmente assegurado pelo OGE. A participação dos utentes é feita no quadro do sistema de protecção social para os funcionários públicos e para os trabalhadores por conta de outrem

Até este momento, o sector privado nas prestações de saúde, com excepção da saúde oral, é relativamente marginal. Assim, a análise do financiamento vai cingir ao sector público do SNS.

Com efeito, os recursos destinados ao SNS são maioritariamente públicos estando inscrito no Orçamento Geral do Estado, maioritariamente no Ministério da Saúde. Alguns montantes, em função do carácter da intervenção encontram-se consignados aos Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Educação (saúde escolar).

Ainda que concebido em função dos programas definidos e dos objectivos traços, a concepção do orçamento é centralizado assim como a sua execução. Neste momento, encontra-se em implementação um processo de reforma da execução orçamental que permite que as Delegacias de Saúde, autonomamente, realizem as despesas e utilizem as receitas arrecadas, ficando sujeitas ao controlo inspectivo dos serviços do Ministério das Finanças,

Os utente que não se encontram cobertos pelo sistema de previdência social têm a cobertura do Estado, seja directamente pelas estruturas de saúde seja das estruturas de protecção social do regime não contributivo, respondendo a um imperativo constitucional de assegurar o direito à saúde a todos.

Neste contexto, o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, Família e Solidariedade são aqueles que intervêm directamente no financiamento directo ou indirecto no sistema de saúde. O MTFS responsabiliza-se essencialmente para assegurar o apoio médico e medicamentoso e as evacuações internas e para o exterior das pessoas sem cobertura do sistema contributivo de protecção social, na sua quase totalidade pessoas pobres e vulneráveis.

A participação dos utentes no financiamento directo da saúde encontra-se regulada legalmente, designadamente através do Decreto-Regulamentar nº04/93, de 08 de Março que revê e actualiza a Tabela de Cuidados de Saúde a praticar no SNS e a Portaria nº 31/2004, de 16 de Agosto que define o sistema de comparticipação na aquisição de medicamentos. Em regra, todos os utentes pagam as taxas moderadoras que são mínimas, cerca de 100,00 para as consultas e um

montante maior para os internamentos (cerca de CVE 2.000.00). Esta comparticipação está longe de cobrir os custos dos cuidados, impondo-se, por conseguinte, tendo em vista a sustentabilidade do sector, a implementação de políticas de financiamento do sector que passem designadamente pelo aumento do número de pessoas inscritas no sistema contributivo de protecção social e mesmo em sistema s protecção social complementar. Tal situação passa pela redução da informalidade da economia e por políticas de redução da pobreza e de criação de empregos.

Aliás, como se pode ver da análise do quadro, depois do Ministério da Educação, é o Ministério da Saúde quem mais recebe recursos do Orçamento do Estado, com uma evolução crescente desde 2001. Com efeito, a alocação de recursos orçamentais no ministério da saúde evoluiu de 7% entre 2001-2003 para 7,9% entre 2004-2006, estimando-se em 10% para 2007.

Aliás, a Política Nacional de Saúde estima que, no horizonte 2020, a participação financeira do Orçamento do Estado para o sistema deve situar-se num patamar superior a 10%.

Quando se agregam os dados dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Família e Solidariedade, os recursos orçamentais variam entre 11,5% entre 2001 -2003, 10,8% entre 2004 e 2006 e 13,3% do total dos recursos do orçamento do Estado para 2007.

A analisando as despesas globais da saúde e sua relação com o PIB, constata-se que elas representam em média cerca de 2,5% do PIB

Quadro nº 2. Evolução das despesas por estrutura orgânica (2001-2007)

Designação	Média 2001-2003			Média 2004-2006			Previsão 2007		
	F	I	T	F	I	T	F	I	T
					(%)				
Chefia do Governo	3,6	1,7	2,9	1,8	4,7	2,8	2,0	1,4	2,3
Min. Qualificação e Emprego	0,0	0,5	0,2	0,0	1,3	0,4	0,0	3,5	1,8
Min. Cultura	0,5	1,5	0,8	0,6	0,5	0,6	0,6	0,3	0,6
Min. Defesa	3,6	0,0	2,3	3,0	0,3	2,1	2,7	2,0	3,1
Min. Economia	0,5	8,7	3,6	0,6	7,0	2,8	0,8	9,4	5,5
Min. Educação	25,0	20,2	23,2	24,7	12,0	20,4	23,7	7,5	22,2
Min. Justiça	6,1	0,3	3,9	2,5	2,9	2,6	2,8	4,4	4,5
Min. Administração	5,1	0,0	3,2	5,2	0,3	3,5	6,5	0,1	5,0
Min. Reforma do Estado	6,2	0,0	3,9	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Min. Saúde	8,9	3,9	7,0	7,9	7,8	7,8	7,7	7,9	10,1
Min. Finanças e Administração Pública	41,8	9,7	29,9	42,0	7,5	30,2	42,3	10,6	38,0
Min. Infra-estruturas, Transportes e Mar	1,3	20,2	8,4	1,4	30,5	11,8	1,1	25,0	14,0
Min. Ambiente e Agricultura	2,7	19,3	8,8	2,2	20,6	8,5	2,1	22,1	13,3
Min. Trabalho, Família e Solidariedade	0,8	10,9	4,5	0,9	7,0	3,0	0,8	4,9	3,2
Min. Negócios Estrangeiros	3,8	0,2	2,5	3,4	0,0	2,3	3,2	0,0	2,4
Min. Descentralização, Habitação e Ordenamento do Território	0,0	2,9	1,1	0,2	2,7	1,0	0,2	0,9	0,6
Total despesas	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Nota : F=Fonctionnement ; I= Investissement ; T= Total **Fonte** : DGP. Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2008-2010, Agosto 2007

Se se atentar para a distribuição dos recursos afectados ao sector da saúde de 2004 a 2006 pode-se observar que, no âmbito das despesas de funcionamento, mais da metade dos recursos estão destinados a serviços de saúde não especificados, representando 54% das despesas totais. Já as despesas com os Serviços Hospitalares Gerais representam mais de 41% das despesas do Ministério da Saúde

Quadro nº3: Evolução das despesas do sector de saúde segundo a classificação funcional (2004-2007)

	Funcionamento		Investimento		Total	
	2004-2006	2007 (*)	2004-2006	2007	2004-2006	2007
Serviços Hospitalares Gerais	19.4	18.6	83.8	80.9	41.2	44.4
Saúde Pública	1.6	1.7	10.3	9.3	4.6	4.9
Medicamentos, Prótese e Equipamentos	0.0	0.0	5.5	7.7	1.8	3.2
Saúde n.e	79.0	79.6	0.4	2.2	52.4	47.6
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fonte : Direcção Geral do Plano. Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2008-2010, Agosto 2007 (*) Les valeurs pour 2007 sont des prévisions.

De acordo com o quadro de despesas a médio prazo para o sector da saúde «As despesas correntes do sector aumentaram em valores nominais devido principalmente ao crescimento da massa salarial no decorrer do período. As despesas do sector da saúde aumentaram nestes últimos anos sobretudo por causa do crescimento do consumo de medicamentos e dos cuidados nos hospitais de base. A entrada em funcionamento de novas estruturas sanitárias (hospitais e centros de saúde) conduziu ao aumento das despesas correntes, designadamente as despesas com pessoal» (DGP, 2007).

Ainda segundo o mesmo documento, «A taxa de execução orçamental dos últimos anos variou entre 34% (2003) e 96% (2006). Os investimentos em saúde dependem fortemente do financiamento externo (mais de 90%) e os mecanismos e os procedimentos de desembolso, por vezes, estão na origem das variações da execução orçamental. A esta é preciso igualmente acrescentar certos atrasos na execução de projectos de infra-estruturas de saúde.»

Constata-se ainda que alguns investimentos, designadamente, no quadro do programa de luta contra a sida e do projecto de combate à droga não se encontram incluídos na classificação funcional do sector da saúde, o que torna subestimado a análise do financiamento público de saúde.

Quadro nº 4. Despesas do INPS com Doença e Maternidade (mECV)

				Variação (%)	
				2006-05	2005-04
Prestações pecuniárias	86.419	87.302	76.491	-1,0%	14.0%
Subsídios de Doença	72.548	71.046	61.134	2,1%	16,0%
Subsidio de Maternidade, Paternidade e Adopção	13.871	16.256	15.357	-14,7%	6,0%
Prestações em espécie	1.039.411	885.483	960.882	17,4%	-8,0%
Assistência médica e Hospitalar	310.166	198.278	284.711	56,4%	-30,0%
Compensação Ministério da Saúde	220.500	99.000	99.000	122,7%	0,0%
Despesas Estomatologia	50.798	62.107	153.545	-18,2%	-60,0%
Outras Despesas com Assistência Médica	38.868	37.171	32.166	4,6%	16,0%
Assistência medicamentosa	476.072	476.933	497.004	-0,2%	-4,0%
Próteses e Outros dispositivos	59.664	62.066	62.520	-3,9%	-1,0%
Próteses dentárias	11.007	13.245	23.416	-16,9%	-43,0%
Auditivas	1.050	504	5.764	108,3%	-91,0%
Aparelhos de Ortopedia	83	86	9	-3,5%	856,0%
Óculos	47.179	46.194	33.034	2,1%	40,0%
Outros Dispositivos	345	2.037	297	-83,1%	586,0%
Despesas de Transporte e estadia	183.408	148.206	114.253	23,8%	30,0%
Transporte	62.908	50.681	43.920	24,1%	15,0%
Estadia	114.946	91.796	64.230	25,2%	43,0%
Internas	55.332	52.050	36.015	6,3%	45,0%
Externas	59.614	39.746	28.215	50,0%	41,0%
Outras Despesas de Transporte e estadia	5.554	5.729	6.103	-3,1%	-6,0%
Despesas Convencionais	10.101		2.394	100,0%	-100,0%
Total	1.125.830	972.784	1.037.373	15,7%	-6,0%

Fonte : INPS, Relatório e Contas de 2006, Março 2007

O Governo, através do Ministério do Trabalho, Família e Solidariedade, em articulação com as estruturas do Ministério da Saúde, tem implementado um programa de apoio médico e medicamentoso a doentes que não pertencem ao sistema contributivo de protecção social. Essencialmente, são pessoas pobres e vulneráveis, com parcos recursos financeiros. Nestes casos, cumprindo as disposições constitucionais, é responsabilidade do Estado assegurar o acesso à saúde.

Com efeito, o programa executado pela Direcção Geral de Solidariedade Social tem por finalidade assegurar o acesso aos cuidados médico-medicamentosos das pessoas em situação de doença e que não são abrangidas pelos regimes de segurança social existentes no país e desenvolve-se através de um conjunto de actividades, desde " o acolhimento e encaminhamento dos doentes aos Serviços Hospitalares para tratamento, apoio financeiro para cobrir as despesas com a evacuação - transporte, alojamento e alimentação - , assim como a prestação de serviços ligados a todo o expediente necessário ao processo de evacuação.

De acordo com dados da DGSS, «em 2006, e no concernente às evacuações Inter - Ilhas foram evacuados 1397 doentes, sendo 359 crianças, (207 do sexo masculino e 152 do sexo feminino; 1038 adultos, sendo 427 do sexo masculino e 611 do sexo feminino; tendo-se registado 557 acompanhantes incluindo técnicos/profissionais de saúde (66). As despesas com essas evacuações atingiram cerca de 15.710.087$00 ECV, cobrindo transportes e estadia.»

Fazendo uma análise evolutiva dos beneficiados no âmbito deste programa, os dados mostram ter havido um aumento significativo das evacuações, registando-se um índice cada vez mais elevado desde 2001.

No que concerne às evacuações para o exterior do país, particularmente para Portugal, «registou-se um total de 168 doentes evacuados (45 crianças e 61 adultos) e 73 acompanhantes, tendo as despesas atingido um valor de cerca de 22 mil contos. Tal como nas evacuações inter-ilhas, registou-se igualmente um aumento significativo, em relação ao ano anterior, em que houve um total de 96 doentes (30 crianças e 66 adultos) e 36 acompanhantes.» (DGSS, 2007)

A análise do sistema de Protecção Social em Cabo Verde permite identificar os seguintes regimes:

Regime	Tipo de intervenção	Nº de Beneficiários	% População activa
Regime de previdência social	Prevenção	62.940	40%
Protecção Social Mínima	Prevenção /Atenuação	6.514	-
Pensão de Solidariedade Social	Atenuação	3.000	-
Pensão de Tesouro	Atenuação	10	
Protecção social dos trabalhadores dos Bancos	Prevenção	400	
Protecção contra acidentes de trabalho e doenças profissionais	Prevenção	ND	
Protecção social complementar	Prevenção	ND	

Como referindo anteriormente, não existiam e nem existem critérios, variáveis e indicadores que determinam a fixação de financiamentos para as diversas estruturas do SNS. As necessidades são identificadas em função dos programas existentes e sua intervenção a nível nacional, regional e local, a importância atribuída ás estruturas de saúde e à valorização da demanda potencial, das necessidades apontadas pelas estruturas e serviços, do ´bom senso´ dos decisores e da arbitragem final feita pelos decisores políticos.

Neste contexto, e na ausência de critérios objectivamente fixados, consensualizados e conhecidos por todos, sempre existem espaços para o exercício de actividades de *lobbying* e de descontentamentos. Com efeito, a margem de discricionariedade dos dirigentes dos serviços centrais é elevada.

No entanto, existe já uma consciência da necessidade de revisão dos mecanismos de afectação dos recursos e o quadro de despesas a médio prazo do sector da saúde deverá reflectir tal situação, de acordo com informações dos dirigentes do Ministério da Saúde. Ademais, os indicadores de saúde de regiões e municípios mostram quais as regiões e localidades prioritárias. Neste sentido, a implementação do projecto de apoio ao Plano de Desenvolvimento da Região

Sanitária Santiago Norte resulta do reconhecimento de que os municípios do interior da Ilha de Santiago apresentam, a maior parte dos indicadores de saúde, abaixo da média nacional impondo a necessidade de políticas sanitárias focalizadas nessas regiões e localidades.

Novos investimentos previstos e já anunciados, sem ainda se conhecer o impacto financeiro da implementação do Plano de Desenvolvimento Sanitário em curso de finalização, designadamente com a criação de duas unidades de hemodiálise (na Praia e no Mindelo) e Centros de tratamento oncológico, vão, por um lado, diminuir os custos com as evacuações assumidas pelo Orçamento Geral do Estado bem como dos investimentos consentidos pela Cooperação Portuguesa com o tratamento dos evacuados e, por outro, exigir novos investimentos em formação e em equipamento. Se os ganhos sociais e afectivos são óbvios, bem como o alargamento do acesso ao tratamento no tempo oportuno, impõe-se a análise do impacto sobre o SNS no quadro da elaboração do Quadro de Despesas a médio prazo, também fase de finalização.

6.3. Disparidades no acesso e nos cuidados de saúde

As disparidades no acesso e nos cuidados de saúde podem ser aferidas no grau de facilitação ás informações sanitárias que permitem manter uma situação de boa saúde, de tratamento médico e medicamentoso adequado no tempo útil, independentemente da condição socio-económica, da etnia, da religião ou da região onde se habita.

Legalmente todos os cidadãos dispõem dos mesmos direitos à saúde, não devendo, por isso, existir diferenciações no acesso. A PNS coloca como desafio minimizar as disparidades de acesso, considerando implicitamente que elas existem e que medidas devem ser implementadas para pôr cobro à situação.

Neste sentido, o quadro legal constitui uma referência, um devir almejado por todos. Contudo, as condições reais mostram que a eliminação das disparidades é um processo.

Ainda no contexto cabo-verdiano, não obstante os esforços dispendidos no alargamento das estruturas de cuidados de saúde a todas as ilhas e municípios do país, a uma distribuição de recursos humanos (médicos e enfermeiros) de forma a procurar responder às necessidades das populações e ao esforço financeiro do Estado no financiamento do SNS, algumas regiões do país enfrentam dificuldades de acesso com incidência a nível da disparidade dos cuidados e grupos populacionais mais desfavorecidos têm maiores dificuldades a determinados tipos de cuidados, sobretudo os cuidados mais diferenciados.

Como referido em capítulos anteriores, muitas dessas condicionantes são externas ao SNS, tendo incidência neste. As condições orográficas do país, as dificuldades de transporte entre e intra-ilhas e a incidência da pobreza são factores importantes que explicam o nível de disparidade e que ultrapassam o próprio SNS.

Segundo dados do QUIBB, cerca de 73,3% da população do país tem acesso aos serviços de saúde a menos de meia hora de seu local de residência, sendo 88,8% nos meios urbanos e 61,2% nos meios rurais. Tais dados mostram a diferenciação acentuada existente em termos de distância

entre os centros urbanos e rurais. Da mesma forma, pode-se acrescentar que, pelo facto do grosso dos recursos de saúde (infra-estruturas, equipamentos, recursos humanos especializados, valências médicas oferecidas, etc.) estarem concentradas nos centros urbanos colocam os residentes nestes espaços em condições mais vantajosas que as das zonas rurais.

Uma análise mais detalhada dos dados do QUIBB mostra a existência de disparidades ainda mais acentuadas quando se desce nível de ilhas/municípios. Com efeito, 13 dos 22 municípios do país apresentam uma percentagem de população que tem de percorrer menos de 30 minutos para aceder aos serviços de saúde inferior à média nacional. Os Municípios de S. Miguel, Brava e Santa Catarina são particularmente tocados por essa problemática.

Quadro nº 5. Percentagem de população com acesso a serviços de saúde a menos de 30 minutos da residência, por município

Ilha/Município	% de população com acesso < 30m dos serviços de Saúde
Cabo Verde	73.5
Urbano	88.5
Rural	61.2
RG	63.0
PL	60.1
PN	66.7
SV	74.8
TASN	77.1
RB	67.9
SL	91.9
BV	97.7
PR	84.6
SD	74.9
SC	55.7
TA	79.7
SM	47.3
SZ	77.2
SSM	63.8
SLO	59.9
RGST	64.1
MO	60.4
SF	64.6
SCFO	60.7
BR	53.3
MA	98.3

Fonte: INE, QUIBB

Em relação aos recursos humanos afectados não se pode falar de uma disparidade em termos regionais e locais tendo em conta as atribuições e as valências médicas de cada um dos níveis dos serviços de saúde. É verdade que o grosso dos recursos está centralizado nos hospitais centrais e, de seguida, nos hospitais regionais. No entanto, existem médicos em todos os Centros de Saúde, bem como de enfermeiros e uma distribuição relativamente equitativa.

Contudo, a necessidade de médicos especializados, levando á saída de médicos em exercício para formação no exterior, a um ritmo superior á entrada poderá ter, a prazo, reflexos negativos no SNS. O mesmo problema se coloca ao pessoal de enfermagem, caso se venha a optar por um *upgrading* dos técnicos dos que estão em exercício, bem como a introdução de cursos de especialidade na enfermagem.

Em relação á alocação dos recursos financeiros, as disparidades existentes entre as estruturas e serviços resulta essencialmente da sua complexidade, do volume de serviços prestados, das valências e especialidades médicas e dos laboratórios existentes. Num contexto em que os recursos são escassos, as fragilidades financeiras são particularmente sentidas nas estruturas menores, com maiores dificuldades em mobilizar recursos.

Contudo, a implementação da autonomia financeira das Delegacias de Saúde e a possibilidade de utilizar localmente as receitas produzidas poderá melhorar a situação financeira. Para as Delegacias de Saúde dos municípios menores, mecanismos que visem o aumento de transferências financeiras deverão ser encontrados já que o volume de receitas que conseguirão arrecadar estará aquém das necessidades reais de gestão.

No SNS de Cabo Verde não se pode dizer que existam disparidades de acesso aos cuidados de saúde em função do sexo ou da religião. Aliás, os Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva são apontados como possuindo uma das melhores performances no quadro do SNS, com grande parte das mulheres a fazerem, ao menos, uma consulta pré natal, e com cuidados considerados eficientes ás crianças.

6.4. Conclusões

De uma forma global, constata-se uma busca progressiva por parte do SNS de responder de forma adequada as solicitações dos utentes, diminuindo progressivamente as disparidades de acesso que resultam do processo de estruturação do sector, dos constrangimentos financeiros, técnicos e de recursos humanos, ao aumento da exigência e a novos desafios sanitários.

De igual modo, os projectos implementados e em curso e que se prendem com a construção de infra-estruturas de saúde têm vindo a permitir o equacionamento das questões ligadas ao acesso.

Uma grande fragilidade do sistema tem a ver com a saúde oral, onde a intervenção pública é inexistente, fazendo com que os cidadãos em esquemas formais de protecção social tenham extremas dificuldades de cuidados neste domínio.

Muitas situações encontradas de disparidades de acesso não podem ser directamente imputáveis ao SNS, uma vez que resultam de factores externos à saúde, tendo contudo impacto sobre os serviços prestados. É, aliás, por essa razão que as reformas em curso se enquadram numa perspectiva macro de desenvolvimento do país, articulando-se com as políticas económicas e sociais globais, de que a estratégia de crescimento e redução da pobreza constitui um exemplo marcante.

Os custos globais do sistema num horizonte de médio e prazo são necessários no quadro da elaboração do Plano de Desenvolvimento Sanitário, instrumento importante de previsão dos recursos necessários e para mobilizar

Não se pode contudo deixar de assinalar que uma parcela não negligenciável dos utentes mostra-se insatisfeita com o desempenho do SNS, com as condições de atendimentos nas instituições públicas, na qualidade dos serviços e na eficácia. É este, aliás, um dos fundamentos da reforma actualmente em curso.

Capítulo 7. Eficácia e Eficiência do Sistema de Saúde

A eficiência do SNS diz respeito à relação entre os resultados obtidos e os recursos empregados. No caso do SNS deve-se ter presente que a eficiência não é apenas uma questão orçamental ou mesmo económica. Com efeito, um Sistema Nacional de Saúde não eficiente tem custos sociais elevados e irreversíveis e não contribui para ganhos em saúde, não podendo, igualmente, ser justo.

O Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos reconhece de forma clara a ineficiência no que diz respeito á gestão dos recursos humanos. Referi explicitamente que «não existe actualmente uma política que permita orientar, coordenar e seguir o efeito dos recursos humanos na melhoria da Saúde. (…) Além disso, há uma falta evidente de pessoas formadas em gestão ao nível das delegacias de saúde. Todos estes factores contribuem para que o sistema de recrutamento, de afectação e de gestão dos RHS não seja muito satisfatório. Há também falta de mecanismos susceptíveis de desenvolverem uma política de recrutamento e de retenção mais eficaz.» (p. 16).

A política de formação dos recursos humanos para o sector pode ser considerada com alguma desarticulação. Com efeito, cedo se decidiu investir internamente na formação de pessoal de enfermagem, tendo sido criadas as escolas de enfermagem na Praia e no Mindelo. A formação do pessoal médico, todo ele no exterior, esteve sempre associada à política de formação de quadros do Ministério da Educação. Para os demais técnicos de saúde (farmácia, análises clínicas, fisioterapia, tecnologias de saúde, economia de saúde, etc.) carências são enormes, inexistindo uma política de priorização da formação nessas áreas.

No domínio da comunicação organizacional, não obstante os avanços registados seja em termos de comunicação interna seja externa, não existe uma sistema de avaliação de impacto das decisões e das actividades desenvolvidas no âmbito do SNS, bem como mecanismos de fluxo e refluxo de informações entre o SNS e a sociedade enquanto um todo. Como resultado, ruídos de comunicação, ineficácia de algumas medidas e distorção de outras são riscos a apontar.

É verdade, contudo, um esforço recentemente em curso por parte da assessoria de imprensa no sentido mais de divulgação da informação para o exterior. Falta, no entanto, um sistema que permita o fluxo interno de comunicações internacionais dentro do próprio SNS, com a rapidez necessária para a tomada de decisões atempadas.

7.1. Qualidade gerencial na gestão dos recursos humanos do sector

O diagnóstico dos recursos humanos da saúde, particularmente o sector público, mostra que, uma grande maioria dos profissionais, nomeadamente, os médicos, encontra-se em regime de acumulação, significando que exercem a actividade médica como profissionais liberais, sendo embora funcionários públicos.

De igual modo, constata-se uma forte concentração dos recursos humanos do sector nos hospitais centrais. Esta concentração explica-se pelo facto de se tratar dos dois hospitais de referência

nacional (os ratios médico e enfermeiro em relação à população da área de captação destes hospitais serão calculados para completar esta análise). No entanto, de modo geral, existem fortes variações de densidade médica, como nos mostram as duas figuras seguintes.» (PEDRH)

A inexistência de um sistema de gestão dos recursos humanos do sector de saúde não permite o conhecimento real e actual da situação, embora diagnósticos parciais têm sido realizados. Aliás, o último diagnóstico, de 2004, mostra a fragilidade tendo em conta a ausência de uma política de recursos humanos e a existência de um sistema de informação lacunar sobre os recursos humanos da saúde.

É verdade que a Lei de Bases do SNS prevê a possibilidade de acumulação, por parte do pessoal técnico de saúde do sector público, mediante autorização do Ministro verdade também que a mesma lei, prevê o regime de dedicação exclusiva, o que ainda não se encontra regulamentado e, por conseguinte, implementado.

Esta situação, na perspectiva do Plano Estratégico dos Recursos Humanos, «não é favorável a um melhor desempenho dos serviços públicos de Saúde e que é necessária uma revisão da regulamentação do sector privado no sentido de uma complementaridade entre o sector privado e público, mais benéfica para a saúde das populações.»

A nível da cobertura médica todos os municípios do país dispõem de, no mínimo, dois médicos, e uma leque mais alargado de enfermeiros. O rácio medico/habitante é de 5,69 médicos para 10.000 habitantes e de 10.25 enfermeiros para 10.000 habitantes. (cf. PEDRHS, 2004:35)

Contudo, a nível de especialidades médicas, o país ainda apresenta carências significativas com reflexo na tipologia de cuidados de saúde prestados e na necessidade de evacuações, particularmente de doenças crónicas e não transmissíveis para o exterior, designadamente Portugal, com forte impacto no financiamento da saúde.

No que diz respeito aos recursos humanos, o esforço financeiro do Ministério da Saúde é significativo. Com efeito, cerca de 70% dos recursos destina-se às despesas com o pessoal, sendo que ajuda externa representa cerca de 16% das despesas da saúde (cf. Plano Estratégico dos Recursos Humanos).

Em termos de desenvolvimento profissional, o pessoal médico e de enfermagem possui, cada um, uma carreira própria do quadro privativo da Função Pública. Os demais técnicos de saúde pertencem ao quadro comum da Função Pública.

A gestão dos recursos humanos é feita de forma centralizada, tanto no que concerne ao recrutamento, como na afectação ás estruturas, à mobilidade e ao desenvolvimento profissional, ainda que se esteja a prever a possibilidade de cada estrutura de saúde ter o seu quadro próprio de recursos humanos.

Neste momento, existem carreiras técnicas definidas legalmente para os médicos e enfermeiros, bem como os mecanismos de avaliação de desempenho para efeitos de desenvolvimento profissional (Lei nº 148/IV/95, de 7 de Novembro, Lei nº 149IV/95, de 7 de Novembro, Decreto-Lei nº 103/97, de 31 de Dezembro e Decreto-lei nº 104/97, de 31 de Dezembro). No entanto, ainda

existem aspectos da carreira não implementados, designadamente as promoções que se encontram congeladas para toda a administração pública.

Os serviços centrais são em regra mais carentes em termos de pessoal qualificado, com reflexo na sua função de coordenação de políticas e de supervisão.

Apesar da contingentação imposta pelas leis de Orçamento em relação ao recrutamento de pessoal, o sector da saúde tem sido sucessivas vezes poupado, possibilitando o recrutamento de médicos e enfermeiros. Para o corrente ano, foi possível recrutar técnicos para outras áreas como a gestão, laboratórios. Assim, entre 2004 e 2007 foi possível recrutar cerca de 130 novos médicos. E em 2007 foram recrutados de técnicos superiores não médicos nas áreas de farmácia, psicologia, nutrição, economia a da saúde, radiologia, gestão e alguns enfermeiros.

O pessoal técnico não médico ou enfermeiro pertence ao quadro comum da Função Pública com carreiras e salários não atractivos, potenciando desmotivações e instabilidade desse pessoal tanto a nível das estruturas de saúde como nos serviços centrais do Ministério da Saúde.

A nível das estruturas regionais, a questão da mobilidade não se coloca com grande acuidade entre os médicos e enfermeiros. Sendo, até o presente momento, o sector público o empregado da esmagadora maioria desses profissionais e que a gestão dos recursos humanos é feita de forma centralizada, a mobilidade é feita tendo em conta as necessidades globais do sistema.

Contudo, a nível dos Delegado de Saúde a mobilidade é bem maior. Trata-se de um cargo de confiança do Ministro da Saúde, não atractivo em termos de remuneração, não constituindo uma carreira. Neste sentido, os médicos, regra geral jovens sem especialidade, designadamente no domínio da saúde pública, ficam pouco tempo no cargo, preferindo o exercício da actividade médica a tempo inteiro e/ou logo que possível seguir uma formação para especialidades médicas.

Embora sem grande expressão, comparativamente a outros países africanos de língua portuguesa, a emigração do pessoal médico, particularmente dos que fazem a formação universitária em Portugal e que não regressam ao país não é muito significativa. Contudo, para outras áreas de saúde, designadamente farmácia, o impacto é grande.

Não existe ainda um mecanismo formalizado e descentralizado de supervisão do pessoal. Contudo, o manual do Delegado de Saúde estabelece as funções e os papéis das estruturas, do pessoal das carreiras médica e de enfermagem, definindo alguma orientação nesse sentido.

Neste momento, o Ministério dispõe de um plano estratégico de desenvolvimento dos recursos humanos para o horizonte 2005-2015. Resulta do diagnóstico do plano estratégico, a existência de fortes disparidades regionais. Com efeito, em 2003, os Hospitais centrais da Praia e do Mindelo concentravam 70% dos médicos e 60% dos enfermeiros.

Em contrapartida os municípios rurais apresentavam menores coberturas designadamente S. Domingos, Paul, S. Miguel, Mosteiros.

É verdade que a situação tem vindo a melhorar com vinda de médicos formados em Cuba. Com efeito, no quadro da cooperação com a Áustria cerca de 120 médicos foram formados nos últimos

anos em Cuba, estando, grande parte já de regresso ao país.

A nível da enfermagem, o país conta com duas escolas de enfermagem, que funciona com novos cursos a cada três anos. Todos os enfermeiros são absorvidos pelo SNS, mais precisamente pelo serviço público de saúde.

De igual modo, e tendo em conta a transição epidemiológica por que passa o país a necessidade de médicos especialistas em todas as áreas se faz sentir com acuidade. De igual modo, a implementação das Regiões Sanitárias com a introdução de novas valências nos hospitais regionais demanda novos especialistas.

Assim, o Ministério da Saúde iniciou já um programa de formação especializada para médicos no exterior, recobrindo várias especialidades. Neste momento, encontram-se em formação especializada no exterior cerca de 16 médicos, prevendo-se para o próximo ano (2008) a ida de mais 18, totalizando 34 médicos em formação.

Um acordo estabelecido com a Comunidade Médica da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa permite a realização de formações pós-graduadas dos médicos nacionais.

Quadro nº 6. Necessidades projectadas em termos de pessoal de saúde no horizonte de 2014

Postos	Número	Instituições
Saúde Pública	17	DS, Ministério da Saúde, Programas prioritários
Médicos	31	Centros de Saúde
Enfermeiros/parteiras	62	Centros de Saúde e Postos de Saúde
Técnicos superiores	8	Centros de Saúde
Técnicos-adjuntos/profissionais	27	Centros de Saúde
Médicos	20	Hospitais regionais
Enfermeiros/parteiras	36	Hospitais regionais
Técnicos superiores	9	Hospitais regionais
Técnicos-adjuntos/profissionais	27	Hospitais regionais
Médicos	81	Hospitais centrais
Enfermeiros/parteiras	88	Hospitais centrais
Técnicos superiores	6	Hospitais centrais
Técnicos-adjuntos/profissionais	50	Hospitais centrais
Médicos	3	Programas prioritários
Epidemiologista	3	Programas prioritários
Técnicos superiores	7	Programas prioritários
Especialista em recursos humanos	3	Ministério da Saúde e HC
Técnicos superiores	9	Ministério da Saúde
Técnicos-adjuntos/profissionais	8	Ministério da Saúde
Total	492	

Fonte: MS.PEDRH-2004-2014

Tendo em conta as necessidades projectadas uma política de formação inicial mais agressiva deve ser implementada como aliás prevê o PEDRH, sobretudo tendo em conta a duração da formação de um médico e o facto da formação ter que ser realizada no exterior.

Mais ainda, a formação de enfermeiros, incluindo especialidades em enfermagem, constitui uma forte necessidade devendo-se, para o efeito, reforçar institucionalmente as escolas de

enfermagem.

A formação de outros técnicos de saúde, nomeadamente nas áreas de farmácia, análise clínicas, radiologia, etc., bem como de outros técnicos no domínio da estatística e gestão de informação, economia de saúde, gestão e administração impõe-se com urgência.

A quantidade de novos recursos humanos previstos decorre da assumpção pelo Ministério da Saúde e, portanto, do SNS de se atingir determinados rácios em termos de pessoal de saúde e população.

Quadro nº 7. Ratio população /profissionais de saúde

	2005	2010	2015	2020
Ratio médico/10,000 hab	5.69	5.96	5.69	5.26
Ratio enfermeiros /10,000 hab	10.25	10.93	12.63	13.75
Ratio técnicos/10,000 hab	3,49	3,58	3,75	3,59
Ratio auxiliares/10,000 hab	1,78	…	…	…

Fonte: MS.PEDRH

Como se pode ver, pretende-se, em relação aos médicos passar-se do actual rácio de 5.69 médicos por 10.000 habitantes para 5.26 em 2020, 13.76 enfermeiros por 10.000 mil habitantes.

De ressaltar que o Plano Estratégico de Desenvolvimento de Recursos Humanos actualmente em vigor definiu claramente as necessidades projectadas na área de saúde no período até 2014, para diversos domínios técnicos e para as diversas estruturas, como se pode ver do quadro anterior.

No domínio do desenvolvimento profissional dos recursos humanos, grandes constrangimentos existem sobretudo no que concerne à promoção na carreira que se encontra bloqueada há muitos anos. Se é verdade que progressões têm havido o mesmo não se poderá dizer das promoções, com reflexo na motivação dos funcionários.

Para uma mais adequada gestão do recursos humanos do sector, está previsto e em processo de implementação, a instalação de um software de gestão previsional dos recursos humanos.

No domínio do *procurement* para aquisição de medicamentos e equipamentos médico-laboratoriais que até este momento tem sido assegurado pela Empresa de Produtos Farmacêuticos (EMPROFAC) em articulação com a Direcção Geral da Farmácia, um investimento na formação e capacitação impõe-se, tendo em conta a previsível privatização da EMPROFAC, ficando a responsabilidade com os serviços centrais do Ministério da Saúde.

7.2. Articulação e Disseminação de informações

Um sistema de informação para a gestão dos recursos humanos não existe enquanto tal. Se é verdade que existem dados dos quadros do SNS, o mesmo não se poderá dizer das necessidades

por áreas e domínios de especialidade, bem como o número de estudantes no domínio da saúde, por área de especialidade e o ano expectável de regresso ao país.

A existência desse sistema pressupõe uma interligação entre os departamentos do Ministério da Saúde, entre estes e o Ministério da Educação, o que não acontece, eventualmente a colmatar no quadro da implementação do Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos.

No que diz respeito às decisões políticas e administrativas em matéria de saúde estas são difundidas, obedecendo a sua tipologia. Quando revestem a forma de diplomas legais são publicadas no Boletim Oficial e são alojadas na web site do Governo e do Ministério da Saúde. De igual modo, se são importantes documentos de política de saúde, a sua disponibilização no site do Ministério da Saúde tem sido agora uma regra.

Ademais, *press-releases* são actualmente produzidos e distribuídos aos media para a sua divulgação.

Quando a matéria de decisão reveste de uma forte importância pública, o próprio Ministério da Saúde realiza campanhas de divulgação de informações nos média. Neste âmbito, para além da assessoria de comunicação o CNDS desempenha um papel determinante.

Actualmente, o Portal de Governo, recentemente criado, poderá vir a ser um meio relevante de difusão de processos e decisões em matéria de saúde e do estabelecimento de um diálogo interactivo com os utentes do sistema. Para além do Portal do Governo, o próprio Ministério da Saúde dispõe de um *web site* o que pode facilitar as comunicações. Ademais, a rede de comunicações electrónica do Estado, desenvolvido e gerido pela NOSI e integrando os serviços centrais do Ministério da Saúde, destes com o Ministério das Finanças, a ligação com o Hospital Central da Praia e as possibilidade de interligação com o Hospital Baptista de Sousa, as Delegacias de Saúde e a Regiões Sanitárias poderá vir a obviar as actuais dificuldades de comunicação.

Como referido anteriormente, não existe até o momento nenhum estudo sobre o impacto da comunicação institucional nem a nível interno nem a nível externo. Mais ainda, não existe uma estratégia montada de comunicação do SNS com todos os actores envolvidos, tanto internos como externos. Alguns ruídos existentes e as reclamações que por vezes emergem de alguns actores da inexistência de audições prévias antes da tomada de algumas decisões importantes ou mesmo o envolvimento na implementação de programas e projectos derivam em parte da inexistência de uma estratégia coerente de comunicação.

7.3. Conclusões

Globalmente, o SNS tem vindo a melhorar a sua eficiência, quando se analisam os resultados obtidos e os custos investidos. Com efeito, como mostram os dados financeiros do SNS (cf. Dados do OGE e do INPS) montantes crescentes têm vindo a ser afectados ao sector da saúde, tanto no tratamento como na criação das condições para um adequado tratamento. Neste sentido, os investimentos nas infra-estruturas físicas, nos laboratórios e equipamentos, nos medicamentos, nas evacuações e na formação dos recursos humanos traduzem a melhoria dos serviços

prestados aos utentes. No mesmo sentido, tem vindo a aumentar o número de beneficiários do sistema, o número de serviços prestados, a celeridade no atendimento e nas respostas ás necessidades tem conhecimento alguma melhoria. Igualmente, os principais indicadores de saúde têm mostrado que a saúde das populações tem vindo a conhecer melhorias significativas. Tanto a mortalidade geral, como a infantil e a materna tem evoluído positivamente. As doenças transmissíveis têm conhecido algum recuo.

Neste momento, as preocupações tendem a aumentar em relação às doenças não transmissíveis, particularmente as cardíacas, oncológicas, diabete e hipertensão.

Ademais, a diversificação progressiva das valências médicas nos hospitais, regionais e delegacias de saúde, o aumento da capacidade de internamento[5], o aumento de número de consultas e serviços de exames complementares de diagnóstico constituem avanços verificados.

A evolução progressiva do rácio médico/habitante e enfermeiro/habitante, o aumento das consultas médicas, dos exames complementares de diagnóstico têm tido um impacto positivo na saúde das populações, com reflexos nos índices de satisfação em relação ao SNS, como o demonstram os dados do QUIBB.

Contudo, pontos de estrangulamento e de ineficiência podem ser apontados e que se prendem com a organização dos serviços e sua implicação na utilização dos recursos humanos, forte prevalência de utilização das urgências para casos de consulta normal, défice na comunicação organizacional, etc.

De igual modo, a nível dos recursos humanos constata-se ainda a inexistência de uma sistema de gestão integrada, carreiras com pontos de bloqueio, défice de pessoal técnico em determinas áreas, estruturas e serviços, articulação deficiente para a definição de estratégias de formação de recursos humanos para a saúde entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, etc.

No domínio do financiamento do sistema, as preocupações com a sustentabilidade são actuais. O quadro de despesas a médio prazo do sector mostra a tendência para a necessidade do aumento de investimentos, num contexto financeiro de contenção, de reduzida capacidade de comparticipação de uma parte considerável da população sem esquemas de protecção social.

A forte prevalência dos serviços de urgência em detrimento das consultas constitui uma fonte de pressão sobre os serviços e uma marca de ineficiência dos serviços prestados.

---

[5] Em 2004, apontava-se para a existência de uma forte disparidade regional em termos do rácio camas/habitante. O ratio cama/ habitantes variando de 0.47 camas por 1000 habitantes em São Miguel a 3.25 camas por 1000 habitantes em São Nicolau. No entanto, a política do MS é de estabelecer como rácio a atingir: Hospitais Centrais (nível terciário): 2 camas/1.000 habitantes, para os hospitais centrais; 1,5 camas / 1.000 habitantes para os hospitais regionais e 1,33 camas/1.000 habitantes para os Centros de Saúde. Cf. MS. PEDRH

Capítulo 8. Nível de assumpção de responsabilidades dos diversos intervenientes

No domínio do SNS, múltiplos são os actores intervenientes, bem como diferenciadas são as responsabilidades, umas partilhadas outras complementares. Neste quadro, existem actores internos ao próprio sistema (públicos e privados) e actores externos que mantêm interfaces com o sistema.

A dinâmica e o tipo de relações que forem construídas, o grau de sua institucionalização e de funcionamento constituem dimensões importantes de análise da performance de qualquer SNS.

De igual modo, da identificação dos actores, de suas atribuições e competências resulta a compreensão de sua importância para o SNS e do grau de responsabilização a que deve ser sujeito pelos resultados definidos e alcançados.

Sem dúvida alguma que o governo é o principal actor e o principal responsável para assegurar cuidados de saúde às populações. Neste sentido, ele tem uma forte centralidade no quadro do SNS. Contudo, não se pode esquecer e nem tampouco minimizar as responsabilidades dos parlamento que, no contexto cabo-verdiano, é o centro do sistema politico que aprova o programa do governo, a lei-quadro de saúde e fiscaliza a acção governativa, as instituições jurisdicionais, as ordens e associações profissionais, as organizações da sociedade civil, o sector privado e os meios de comunicação social.

A democratização da sociedade cabo-verdiana tem permitido o desenvolvimento progressivo de uma esfera pública dinâmica, permitindo que a sociedade civil organizada tenha cada vez maior visibilidade e poder de influenciação no processo de tomada de decisões e no controlo da governação democrática.

No domínio da saúde, assiste-se a uma intervenção crescente de associações comunitárias, ONG e associações profissionais na concretização de acções que visam promover a saúde das populações, complementando as intervenções públicas ou de privados.

8.1. Os média e o sistema nacional de saúde

Os meios de comunicação social, tanto a imprensa escrita como a rádio e a televisão, têm vindo a assumir um papel de destaque em acções de promoção da saúde e na denúncia de situações que atentam contra a saúde pública.

No entanto, as iniciativas de utilização dos média tem sido, na maior parte dos casos, de actores e instituições ligados à saúde. São poucos os órgãos de comunicação social que possuem espaços próprios para a promoção da saúde. Neste momento, existem alguns programas radiofónicos que tematizam questões de saúde, designadamente a luta contra o VIH- SIDA, a toxicodependência e o alcoolismo. De igual modo, a Cruz Vermelha de Cabo Verde possui um programa radiofónico semanal onde assuntos relacionados com a saúde são tratados a par de outras temáticas.

Embora, o país tenha visto aumentar o número de rádios privadas, poucas são as que possuem programas regulares sobre a saúde. Mesmo a Rádio Educativa não possui um programa regular sobre o assunto, não obstante veicular *spots* publicitários sobre a promoção da saúde.

As rádios comunitárias existentes constituem neste momento instrumentos importantes actuais e potenciais para a promoção saúde. Assiste-se a uma dinâmica crescente de surgimento de rádios comunitárias tanto nos centros urbanos como nas zonas rurais e geridas por ONG e associações de desenvolvimento comunitário.

Falta, por um lado, por parte do Ministério da Saúde a definição de uma estratégia clara de articulação com os media no geral e com as rádio comunitárias, em particular e, por outro, implementar-se um programa de formação para os produtores e programadores radiofónicos em matéria de saúde.

Neste quadro, o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS) que coordena e executa as políticas de comunicação do Ministério da Saúde deve desenvolver mecanismos de construção de parcerias activas com as rádios.

Com efeito, tendo em conta o carácter arquipelágico do país e do seu relevo, o nível de literacia da população, a cobertura não muito significativa das televisões e o custo da imprensa escrita, as rádios aparecem como estrategicamente mais adequados.

Dados do Inquérito às Despesas e Receitas Familiares, 2001-2002, mostram «que 60% dos agregados cuja despesa anual *per capita* não ultrapassa os 34.656 ECV tem rádio em casa, mas somente 17% dos agregados com o mesmo nível de despesa possuem TV. Estas proporções vão aumentando à medida que o nível de despesa anual *per capita* vai aumentando, atingindo valores próximos de 77% e 88% de agregados, com nível de despesa anual *per capita* superior a 170.394 ECV.» (INE, IDRF)

Em relação à Televisão, pontualmente algumas reportagens e programas ocasionais tratam de questões de saúde. A disponibilização de espaços para que as instituições do SNS possam desenvolver programas de promoção da saúde esbarra, por um lado, com os custos de produção e difusão e, por outro, ao facto dessas instituições não dispuserem de pessoal com formação em matéria de jornalismo ou de produção TV. Se para o primeiro caso, torna-se necessário fazer cumprir o papel de serviço público reservado ao canal público de televisão para o segundo impõe-se a formação de jornalistas e repórteres em matéria de saúde.

É verdade que em casos especiais, designadamente por ocasião de lançamentos de campanhas específicas, de comemorações de datas relevantes em matéria de saúde, em épocas do ano mais criticas ou no lançamento de inquéritos e estudos, tende-se a desenvolver todo um programa integrado e multifacetado de informação, educação e comunicação, com recurso aos vários media.

Programas radiofónicos bem específicos, designadamente o de luta contra o VIH-SIDA, pilotado pela Comissão de Coordenação e Combate ao SIDA, tem tido uma acção mais sistemática e agressiva, com um eixo importante de Informação, Educação e Comunicação para a mudança de

comportamentos.

Em todo o caso, no que diz respeito à comunicação falta, por um lado, um estudo do impacto das acções desenvolvidas e, por outro, uma estratégia sectorial integrada bem definida.

8.2.O Poder legislativo e SNS

As políticas governamentais são aprovadas pelo Parlamento que também exerce uma função controladora sobre o Governo. Aliás, os grandes instrumentos de política como o Programa do Governo e o Orçamento do Estado são aprovados pelo Parlamento, assegurando a centralidade desse órgão de soberania no sistema político cabo-verdiano.

Assim, do ponto de vista formal, a acção do Parlamento e dos deputados sobre o SNS faz-se através:

a) Da produção legislativa;
b) Da aprovação do Programa do Governo e do Orçamento do Estado
c) De Debate de Urgência e Interpelação ao Governo
d) Da Declaração Política
e) Das Perguntas ao Governo.
f) Das Intervenções no período antes da ordem do dia
g) Do debate sobre o Estado da Nação

A análise das actividades do Parlamento mostra que a produção legislativa sobre a saúde de iniciativa de Grupos Parlamentares ou de Deputados é nula na presente legislatura. As leis aprovadas em matéria de saúde têm sido da iniciativa do Governo mediante autorização legislativa quando se trata de matéria relativamente reservada.

De igual modo, o recurso aos institutos de pedido de Debate de Urgência e de Interpelação ao Governo em matéria de saúde não ocorreu. O mesmo acontece em relação à figura de Declaração Política.

É, por ocasião da discussão do Orçamento, do debate sobre o Estado da Nação, das perguntas ao Governo e nas intervenções no período antes da ordem do dia que o Governo é verdadeiramente escrutinado pelos deputados sobre a adequação de sua política, a eficácia e a eficiência das acções.

Se nos debates sobre o Estado da Nação e na discussão do Orçamento do Estado a natureza dos debates é eminentemente de carácter nacional, cobrindo dimensões políticas nacionais nas intervenções dos deputados antes da ordem do dia e nas perguntas ao governo, os eleitos focam sobre questões específicas que se relacionam sobre os respectivos círculos eleitorais.

A discussão do Orçamento do Estado constitui um momento importante de influenciação das opções políticas do governo, menos nas sessões plenas e mais nas comissões especializadas quando o Ministro da Saúde é ouvido sobre as suas opções e os deputados buscam afectar

recursos em programas ou regiões considerados mais relevantes. Embora não mediatizado, constitui um momento negocial importante.

Em matéria de saúde, as questões mais importantes têm andado á volta da construção e equipamento das infra-estruturas de saúde, da afectação dos recursos humanos, particularmente do pessoal médico e de enfermagem, os custos de saúde e a problemática da comparticipação.

As intervenções tendem a ocorrer na sequência das visitas dos deputados aos círculos eleitorais em períodos que, em regra, antecedem as sessões plenárias do Parlamento.

Uma outra forma do controlo do Parlamento e dos eleitos sobre o SNS é o da aprovação das contas gerais do Estado e da análise do impacto sobre a saúde.

8.3. O sistema judicial e o SNS

São vários os níveis, dimensões e intervenientes no processo de controlo do sistema de saúde. Desde logo, os serviços centrais do Ministério da Saúde encarregues do processo de autorização e licenciamento dos serviços de saúde (hospitais, clínicas, centros de saúde, etc. laboratórios de analises clínicas) de farmácias, de importação, fabrico, exportação de medicamentos, da inspecção da actividade de saúde, etc.

Por seu turno, a nível das Delegacias de Saúde, os Delegados, enquanto autoridades sanitárias desempenham um papel importante no controlo do funcionamento local do sistema de saúde, tendo a competência legal de intervir em matérias que dizem respeito à saúde pública de uma forma geral, no funcionamento das estruturas prestadoras de cuidados de saúde e na fiscalização da qualidade dos serviços prestados.

Por outro lado, a Ordem dos Médicos tem também competência legal de fiscalização do exercício da actividade médica, cabendo-lhe proceder à inscrição dos médicos, condição do exercício da profissão, e acompanhar as actividades desenvolvidas pelos profissionais da medicina, designadamente a nível da qualidade técnica do serviço prestado e no domínio ético e deontológico.

Quando emergem conflitos não passíveis de resolução pelas instituições ligadas ao Ministério da Saúde e pela Ordem dos Médicos, cabe aos órgãos judiciais intervir. Neste caso, o Ministério Público, enquanto fiscalizador da legalidade e detentor da iniciativa penal ou por moto próprio ou a demanda de outras instituições pode desencadear um processo de investigação, eventualmente com a assistência técnica da policia judiciária e havendo indícios de crime poderá apresentar à magistratura judicial para efeitos de pronuncia, eventual julgamento e condenação de prevaricadores.

De acordo com informações recolhidas não tem sido significativos os processos judiciais envolvendo questões de saúde.

Neste domínio, o país comporta ainda fragilidades em termos de especialidades importantes como

a medicina legal.

8.4. O controlo dos recursos afectados ao sistema

O SNS, ainda que constituído essencialmente por serviços públicos, comporta de forma crescente a intervenção de agentes do sector privado. Assim, os mecanismos de controlo dos recursos são obviamente diferenciados em se tratando do sector publico ou privado.

Quanto ao sector público, os hospitais centrais, as delegacias de saúde, as regiões sanitárias e os hospitais regionais gozam, hoje, de autonomia financeira, gerindo os recursos a eles afectos e os por eles arrecadados, sujeitando-se aos mecanismos legalmente previstos de fiscalização.

Assim, as suas contas são fiscalizadas pelos serviços de inspecção do Ministério das Finanças e as contas anuais devem ser sujeitas ao julgamento do Tribunal de Contas. Essa fiscalização diz respeito não apenas á legalidade dos actos praticados como também á transparência na sua utilização e a qualidade dos trabalhos efectuados.

Ademais, os serviços centrais do Ministério da Saúde têm competências legais para fazer o seguimento das estruturas e serviços desconcentrados, descentralizados e autónomos de saúde, podendo propor mecanismos para a melhoria de gestão. Um dos departamentos importantes para o efeito é a Inspecção-geral da Saúde que, no entanto, não funciona por não dispor de quadro de pessoal para o efeito. Assim, as suas atribuições têm sido exercidas pela Direcção Geral da Saúde e pela Direcção Geral da Farmácia.

Neste momento, a gestão financeira é feita em linha, através do programa SIGOF, que permite a monitorização instantânea da situação financeira de cada serviço, a legalidade dos procedimentos, assegurando assim a transparência. Ademais, existe a nível do Ministério da Saúde um Ordenador Financeiro que acompanha também a execução orçamental. Estão, neste momento, a funcionar instrumentos sucessivos de controlo que buscar assegurar a transparência e boas práticas nos serviços públicos.

Quanto ao sector privado, os mecanismos de controlo são os definidos internamente por cada instituição ou, para os que possuem protocolos, convénios ou contratos-programa com o governo, através do Ministério da Saúde, este define os mecanismos de controlo tanto das actividades acordadas como dos recursos disponibilizados.

De ressaltar também que os serviços centrais do Ministério da Saúde (Direcção Geral da Saúde e da Direcção Geral da Farmácia) dispõem de importantes competências em matéria de licenciamento de serviços privados de saúde (clínicas, laboratórios, farmácias, etc.), bem como na fiscalização de suas actividades, se estas obedecem as condições de seu licenciamento. Estas acções de fiscalização têm sido realizadas com frequência, seja através de deslocações aos serviços seja através de reuniões periódicas com os proprietários e/ou responsáveis técnicos.

De igual modo, a ARFA, enquanto autoridade administrativa independente, dispõe de um conjunto de poderes de regulação, supervisão e fiscalização das actividades de empresas e operadores públicos e privados no domínio químico-farmacêutico e alimentar.

Ademais, a Ordem dos Médicos tem também tido um papel dinâmico no acompanhamento da situação dos serviços de saúde, particularmente do sector privado, não apenas porque têm a competência de autorizar o exercício da medicina por parte de profissionais médicos, como também constitui uma de suas atribuições velar pela qualidade do serviços de saúde prestado, tornando-se num importante parceiro do SNS.

8.5. Conclusões

Pode-se considerar que existem mecanismos claros e funcionais de seguimento e monitorização das responsabilidades dos vários actores intervenientes no SNS. Mecanismos internos de responsabilização associados a estruturas externas asseguram a supervisão da aplicação das normas e regulamentos financeiros e administrativos do sistema. È verdade que grande parte dos mecanismos actualmente existentes destina-se a supervisionar o sector público que, neste momento, é largamente hegemónico. Contudo, a abertura do sector de saúde à actividade privada impõe a necessidade de definir, afinar e implementar mecanismos de supervisão e controlo da actividade privada de saúde.

Resulta também que as instituições de supervisão, controlo e fiscalização carecem de um reforço de sua capacidade organizacional designadamente em termos de recursos humanos.

Neste contexto, o aprofundamento do quadro normativo de supervisão, a separação das competências dos diversos intervenientes, o reforço da capacidade institucional constituem desafios a enfrentar.

Capítulo 9. Sistema de Informação Sanitária

O Sistema de Informação Sanitária (SIS) constitui um mecanismo de colecta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planear, organizar e avaliar os serviços da saúde. Ou seja, é «Um sistema de informação sanitária é definido, também, como um conjunto de componentes e procedimentos interrelacionados, organizados com o objectivo de criar informação sanitária e com capacidade para monitorizar o estado de saúde e os serviços de saúde de uma nação, por forma a melhorar os cuidados de saúde pública, a liderança e as decisões de gestão a todos os níveis.» (Política de Informação Sanitária).

A importância do SIS reside no facto dela ter, segundo a Política de informação Sanitária, «por finalidade melhorar o funcionamento do macro-sistema de saúde, do qual é componente e o seu primeiro objectivo é apoiar as tomadas de decisão estratégicas, apoiar o planeamento e a gestão de programas, monitorizar o desempenho diário e fornecer avaliações periódicas para os objectivos fixados».

Em Cabo Verde, o Sistema de Informação Sanitária faz parte integrante do SNS e articula-se de forma estreita com o Sistema Estatístico Nacional.

A nível interno do Ministério da Saúde encontra-se fortemente ligado ao Gabinete de Estudos e Planeamento e a Direcção Geral de Saúde.

O sistema de informação sanitária encontra-se neste momento centralizado no Gabinete de Estudos e Planeamento (GEP) do Ministério da Saúde. As estatísticas sectoriais de saúde integram o Sistema Nacional de Estatística, contando com a coordenação técnica do Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Os dados de saúde recolhidos pelas delegacias de saúde são remetidos ao GEP que faz o seu tratamento, análise e difusão.

Os dados e as informações recolhidos e trabalhados têm servido de base para a realização dos diagnósticos do sector e para a formulação de políticas de saúde. Anualmente, é produzido e difundido um Boletim de Estatística do sector.

As grandes operações estatísticas, designadamente o Inquérito Demográfico e á Saúde Reprodutiva, o Inquérito sobre as Doenças Não-Transmissíveis, são realizadas em parceria com o INE.

Estudos e diagnósticos sectoriais apontam para fragilidades do sistema. A PNS afirma que «O subsistema de informação sanitária (é) deficiente, com fraca contribuição para a gestão operacional do SNS.»

Da mesma forma, a Política de Informação Sanitária constata que «Desde 1999 diversas avaliações têm vindo a ser realizadas no quadro do SNIS sem que se tenha constatado grandes avanços no desempenho global do sistema. A manutenção de uma estrutura incipiente para a coordenação do SNIS explica em parte este insucesso.» (PIS, p.9)

As fragilidades do sistema estão, por um lado, na escassez de recursos humanos especializados, nomeadamente em estatísticas de saúde tanto a nível central como nos municípios e, por outro, na centralidade do processo de tratamento e análise das informações a nível do GEP. Tal facto impede que, a nível das Delegacias de Saúde se possa em tempo útil desencadear programas promocionais de saúde em função do diagnóstico que o tratamento dos dados a nível local permitiria.

9.1. Sistema de colecta, análise, tratamento e difusão da informação

A preocupação com a estruturação e o reforço do sistema de informação sanitária tem sido uma constante nos últimos anos. De referir que o Plano Nacional de Desenvolvimento-2002-2005, especificamente aponta a necessidade de sua reestruturação, bem como á necessidade de realização do diagnóstico da situação do sistema de vigilância epidemiológica, à adopção de normas e instrumentos de vigilância epidemiológica para a realidade do País. Ademais, em 2002, o Ministério da Saúde havia definido com prioridade a necessidade de harmonizar e fazer funcionar o sistema de informação sanitária, apresentando-se como recomendações: a definição de uma política padronizada de recolha, tratamento, análise e divulgação da informação; dotação das estruturas com instrumentos de gestão da informação sanitária, financeira e administrativa; e criação de uma base de dados comum a todas as estruturas. (cf. Política de Informação Sanitária).

Do ponto de vista organizacional o sistema de informação sanitária funciona de forma hierarquia ascendente, partindo de instituições recolha de informações que fazem subir para as instituições de tratamento e análise e depois voltam para os que as colectaram bem como para os decisores e os utilizadores em geral de informação sanitária. Mais especificamente, «As linhas de transmissão de dados dirigem-se, normalmente, dos serviços desconcentrados (Unidades Sanitárias de Base, Postos Sanitários, Centros de Saúde e Hospitais) às Delegacias de Saúde e destas aos Programas de Saúde Pública, em especial, Saúde Reprodutiva, Luta contra a Tuberculose e Lepra, Luta contra Sida e ao Serviço de Vigilância Epidemiológica da Direcção Geral da Saúde, e ao Serviço de Estatística do Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação (GEPC).» MS, PIS)

As informações estatísticas sistematicamente recolhidas são as de declaração obrigatória, havendo nas estruturas de saúde formulários específicos de preenchimento que devem ser encaminhados às Delegacias de Saúde e destas para o Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde. De igual modo, dados sobre a mortalidade são enviados pelas Delegacias de Saúde para o GEP.

A existência do Serviço de Vigilância Epidemiológica na Direcção Geral de Saúde, em articulação com o Serviço de Estatística definem as doenças prioritárias que devem ser objecto de notificação, permitindo a elaboração de boletins epidemiológicos mensais, para além da produção anual das estatísticas de saúde.

Estas informações são essenciais para a monitorização do estado de saúde do país, por regiões permitindo desta forma a tomada de medidas de prevenção ou de intervenção, funcionando o Sistema de Vigilância Epidemiológica como um sistema de alerta rápida.

Neste quadro, deve-se sublinhar a articulação do Sistema de Informação Sanitária com o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS) que tem por função essencial de apoiar os serviços de saúde na definição de estratégias comunicacionais que visam a mudança de comportamentos em saúde, a produção de meios de comunicação, a realização de campanhas de informação, educação e comunicação em saúde.

Um dos grandes constrangimentos no sistema de informação sanitária prende-se com o facto de existir uma forte centralização no domínio do tratamento e análise das informações e estatísticas de saúde, com implicações na celeridade necessária na tomada de decisões pelas autoridades sanitárias a diversos níveis. Com efeito, o tratamento e análise das informações encontram-se centralizados no Serviço de Estatística do GEP que, em alguns casos, precisa da assistência técnica do INE, transformando-se num processo relativamente longo. As limitações em termos de recursos humanos especializados em toda a fileira do SIS. Elas são particularmente sensíveis a nível das Delegacias de Saúde condicionando, desta forma, qualquer possibilidade de se poder descentralizar de forma célere o processo de tratamento e análise de estatísticas locais e regionais de saúde.

De outro lado, deve-se apontar como constrangimento uma insuficiente coordenação do conjunto de subsistemas a nível central na organização do fluxo da informação, na análise, na retro-informação e na disseminação da informação.

9.2. Sistema de Informação Sanitária e acompanhamento das políticas sanitárias

Não obstante as limitações existentes a nível do SIS, particularmente nas estruturas de recolha, tratamento e análise das informações estatística de saúde, o facto é que, em Cabo Verde tem-se vindo a melhorar de forma crescente o processo de tomadas de decisões em matéria de saúde graças à quantidade e qualidade de informações sanitárias disponíveis e disponibilizadas.

Com efeito, a realização periódica do Inquérito Demográfico e à Saúde Reprodutiva, a produção anual do Boletim de Estatísticas de Saúde, a produção e disponibilização mensal dos boletins epidemiológicos, a realização de inquéritos específicos designadamente sobre as doenças não transmissíveis, sobre as diabetes e a hipertensão arterial, sobre a prevalência das IST/VIH constituem elementos importantes de informação sobre a situação sanitária do país.

Para além disso, assiste-se a um interesse crescente de instituições universitárias na realização de pesquisas em matéria de saúde, fornecendo importantes informações sobre o perfil epidemiológico do país.

De uma forma global, os dados disponibilizados apresentam um forte grau de fiabilidade técnica e científica. Na verdade, as estatísticas de saúde integram o sistema nacional de estatística (SNE) e o INE enquanto órgão técnico e executivo do SNE.

Os dados sanitários produzidos são seguidos tecnicamente por estruturas de coordenação técnica que, em regra, integra representantes de várias instituições, nomeadamente o Instituto Nacional de Estatística. Para os estudos de natureza académica, a análise dos projectos passa pela

aferição da qualidade científica dos projectos de investigação, do curriculum dos investigadores e da instituição onde se encontram vinculados.

Do ponto de vista ético, todos os estudos submetem-se ao Comité Nacional de Ética em Pesquisa de Saúde, que faz o seguimento dos estudos realizados.

Os resultados dos estudos e inquéritos realizados no âmbito do sistema de informação sanitária têm vindo a servir de suporte à definição das políticas de saúde. Com efeito, a análise da Política Nacional da Saúde, particularmente a definição dos eixos estratégicos prioritários uma relativa inflexão de prioridades para as doenças não transmissíveis, sem esquecer as doenças transmissíveis consideradas prioritárias em termos de saúde pública, como o são: as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH-SIDA, a tuberculose, a poliomielite, o paludismo e lepra.

De igual modo, o investimento na criação da Região Sanitária Santiago Norte os investimentos a ela associados como a construção de um novo hospital regional bem como de vários Centros de Saúde decorrem da constatação feita pelo sistema de informação sanitária que os municípios do interior da ilha de Santiago apresentavam, em termos comparativos, os indicadores de saúde mais baixos do país.

De igual modo, a definição e a localização das infra-estruturas de saúde e sua tipologia assentam-se nos estudos epidemiológicos e na carta sanitária, condicionando desta forma a tomada de decisões de política aos estudos de base.

Mais recentemente, a política de formação e qualificação de quadros passou a estar subordinada aos estudos prospectivos realizados no horizonte de 2014, identificando as necessidades em termos de pessoal de saúde, por áreas técnicas e de especialidade e por estruturas, serviços e regiões e que levaram à elaboração do Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos.

De uma forma mais global, e ultrapassando as políticas de saúde, deve-se referir que a política macroeconómica do país tem em conta informações sanitárias, como o demonstra a Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza.

A difusão das informações sanitárias pode ser considerada globalmente satisfatória seja para os decisores como para os utilizadores de forma global. Na verdade, os estudos e as análises produzidas são editados, publicados e colocados à disposição do grande público. Ademais, grande parte dos estudos encontram-se disponibilizados em diversos sites, seja do Governo seja especificamente do Ministério da Saúde ou mesmo do Instituto Nacional de Estatística. Desta forma, o acesso às informações encontra-se facilitado, constituindo um óbice, a baixa literacia, o carácter eminentemente técnico dos documentos e o baixo acesso à Internet.

9.3. Conclusões

No domínio da informação sanitária, pode-se dizer que se tem vindo a registar uma melhoria substancial no sistema de produção de estudos e estatística de saúde e o aumento da sua importância na formulação de políticas de saúde. De referir que tais estudos e estatísticas têm sido maioritariamente produzidos pelo Ministério da Saúde, assistindo-se contudo a um interesse crescente de instituições universitárias de saúde nacionais e estrangeiras bem de como de investigadores individuais no estudo da situação sanitária do país.

Constata-se, contudo, que o SIS padece ainda de um conjunto de constrangimentos que vão da forte centralização do processo de tratamento e análise dos dados até a insuficiência de recursos humanos no sector da produção de estudos e produção de estatísticas, com particular relevo nas Delegacias de Saúde.

No que se refere á difusão e disponibilização de informações, constata-se que existem mecanismos bastante eficazes nomeadamente a publicação impressa de estudos, relatórios e boletins de estatísticas, bem como o alojamento de todos os documentos em web sites do Governo, do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Estatística.

Interessa sublinhar que todo o processo de reforma do SNS actualmente em curso tem tido como fonte de fundamentação e legitimação estudos e estatísticas produzidas. Com efeito, seja a PNS, seja o quadro legal e normativo produzido ou a Política nacional de Desenvolvimento Sanitário em fase de conclusão baseiam-se em estudos, diagnósticos e estatísticas produzidas. Novos estudos estão em curso e que devem dar *inputs* para definição de novas políticas sectoriais, designadamente o estudo sobre doenças não-transmissíveis.

Existem ainda informações sanitárias produzidas a nível de alguns serviços específicos. Assim, informações financeiras e sobre os recursos humanos são produzidos pela Direcção Geral dos Recursos Humanos e Administração e as relativas à gestão dos medicamentos pela Direcção Geral da Farmácia.

Capítulo 10. A dimensão ética no Sistema nacional de Saúde

A dimensão ética na saúde vem explicita nos legais e normativos bem com nos principais documentos de política.

Com efeito, a Lei de Bases do SNS refere no seu artigo 3º que, de acordo com as directrizes previstas na CR, as acções e serviços de saúde devem assegurar «a salvaguarda da dignidade humana e a preservação da integridade física e moral dos utentes e prestadores», bem como a «a salvaguarda da ética e deontologia profissionais na prestação dos serviços de saúde.

Por seu turno, a Política Nacional de Saúde, ao definir seus valores enformadores sublinha que «A protecção à saúde é conceituada como um bem que pertence a todos, um direito fundamental do ser humano, daí que tenha como valor cimeiro *`a salvaguarda da dignidade humana`* e *´a solidariedade entre todos para garantir esse direito´*» (MS, PNS, 2007: 22).

Em relação aos princípios que fundamentam a visão do desenvolvimento sanitário, a PNS erige a «Ética, baseada no respeito da dignidade humana e no princípio do direito universal a usufruir dos frutos do progresso realizado a nível nacional e mundial».

A dimensão ética é retomada seja no quadro das actividades dos serviços e estrutura de saúde tanto públicos como privados e cooperativos como constitui uma dimensão de relevo na actividade da Ordem dos médicos de Cabo Verde.

Aliás, o pessoal médico, encontra-se submetido ao respectivo código deontológico aprovado pelo Decreto nº 13/2004, de 5 de Abril. Contudo, para os demais técnicos e pessoal de saúde não existem códigos deontológicos específicos e que tenha em conta a especificidade dos dados e informações pessoais com os quais constantemente lidam.

Se a nível da estrutura central do Ministério da Saúde existe, como se verá de seguida, uma serviço interinstitucional de acompanhamento da dimensão ética em pesquisa médica, o mesmo não se poderá dizer em relação ás práticas quotidianas dos técnicos e funcionários de saúde, que não sejam médicos. Falta, pois, um espaço ou mecanismo institucional das questões éticas envolvendo o SNS na sua totalidade.

10.1. A dimensão ética na pesquisa médica

Embora o país não disponha de escolas médicas, actividades de investigação no domínio da saúde têm sido realizadas seja por instituições públicas ligadas à saúde, por particulares nacionais e por instituições de investigação científica internacionais.

Neste contexto, preocupações com a dimensão ética no envolvimento de pessoas em pesquisas médicas ou farmacológicas exigem uma preocupação permanente das autoridades sanitárias.

Neste contexto, o Ministério da Saúde já tinha em funcionamento um Comité Ad-hoc de Ética em pesquisa de saúde, envolvendo representantes de várias instituições.

Durante o ano 2007, o Governo aprovou o Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 Julho que cria o Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) a quem compete designadamente:

i) Garantir a salvaguarda da dignidade, dos direitos, da segurança, do bem-estar e de todos os aspectos do atendimento integrado dos sujeitos participantes de pesquisas
ii) Proceder a um exame independente, competente e diligente dos aspectos éticos dos protocolos de pesquisa em seres humanos;
iii) Acompanhar o processo de realização da pesquisa, tendo em consideração, a sua justificação, as necessidades em saúde pública assim como a legislação em vigor no país, os valores e princípios das diferentes sensibilidades
iv) Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abuso ou notificação sobre factos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa.

A sua composição aberta a vários sectores e instituições busca garantir uma análise aprofundada dos protocolos e projectos de investigação. Assim, para além de representante do Ministério da Saúde, fazem parte do CNEPS representantes da Comissão Nacional dos Direitos Humanos e Cidadania, Ordem dos Médicos de Cabo verde, Ordem dos Advogados de Cabo Verde, Plataforma das ONG, Instituição Religiosa, Universidade de Cabo Verde.

Durante o segundo semestre quatro projectos de pesquisa foram submetidos à apreciação do CNEPS, tendo já deliberado em três casos, cujas actividades de pesquisa estão em curso.

Tendo em conta o início recente do funcionamento do CNEPS não se pode avaliar o grau de acompanhamento dos projectos de pesquisa actualmente em curso e o impacto de suas acções quanto ao cumprimento das normas de conduta ética.

10.2. Ética nos cuidados de saúde

O cumprimento das boas práticas médicas, de enfermagem ou outras no campo da saúde resulta, em primeiro lugar, da imposição do próprio código deontológico da profissão. Contudo, a criação de manuais de procedimentos e de estruturas ou serviços encarregues de supervisionar a dimensão ética na saúde é uma necessidade que se faz sentir.

As estruturas e serviços de saúde, não dispondo embora de serviços de supervisão da dimensão ética, pautam sua acção pelo acompanhamento da prática médica e de enfermagem através dos mecanismos de supervisão técnica existentes a nível dos Hospitais e Delegacias de Saúde.

De igual modo, os serviços centrais do Ministério da Saúde, designadamente a Direcção Geral de Saúde, a Inspecção Geral de Saúde realizam periodicamente missões de supervisão que analisam as boas práticas na prestação de cuidados de saúde, fornecendo elementos de orientação e de melhoria dos serviços prestados.

Contudo, nem as estruturas centrais do MS nem os Hospitais Centrais, Regionais, Regiões Sanitárias ou Delegacias de Saúde dispõem na sua estrutura orgânica unidades responsáveis

pelo seguimento da questão ética nos cuidados de saúde.

Analisando as orgânicas, apenas os Conselhos Técnicos dos Hospitais Centrais poderão preocupar-se com a questão ética ainda que a norma legal que dispõe sobre o funcionamento desses hospitais não fazer referência à dimensão ética. Existe, pois, um vazio regulamentar que impõe uma reflexão.

A Ordem dos Médicos de Cabo Verde dispõe de uma Comissão Especializada de Ética e Deontologia que tem sido uma parceira importante do SNS no seguimento desta questão a nível dos cuidados de saúde, podendo ser reforçada essa parceria sobretudo tendo em conta que o Ministério de Saúde confronta-se com problemas de recursos humanos e, no quadro de sua estrutura orgânica, não dispõe de serviços encarregue de fazer a supervisão da dimensão ética.

Ademais, se existe um código deontológico para o pessoal médico o mesmo não se poderá dizer em relação ao pessoal de enfermagem e aos demais técnicos e funcionários do sector que também devem estar submetidos a um código

10.3. Conclusão

O SNS dispõe de um Comité Nacional de Ética em Pesquisas de Saúde (CNEPS) cujo parecer é vinculativo para o arranque das actividades de investigação. Criado recentemente, o CNEPS apreciou já quase uma dezena de projectos de investigação no domínio da saúde. De composição variada, com representação de instituições públicas, nomeadamente do Ministério da Saúde, da Universidade, das ONG, Confissões Religiosas, da Ordem dos Medicos e da Ordem dos Advogados, o CNEPS tem vindo a ser envolvido nas grandes temáticas de investigação, buscando assegurar que os interesses dos pacientes sejam adequadamente salvaguardados, no estrito cumprimento das normas éticas.

Ademais, as estruturas de saúde, particularmente os Hospitais Centrais, através de sua Direcções Clínicas, têm vindo a acompanhar as práticas dos agentes de saúde, visando assegurar o respeito pela autónoma, a justiça e o atendimento adequado dos utentes. Além do mais, a Direcção Geral da Saúde dispõe de equipas de supervisão que, periodicamente, visam as estruturas de saúde no sentido de avaliar o cumprimento das boas práticas no atendimento aos utentes.

De referir ainda que a Ordem dos Médicos dispõe de uma secção encarregue de acompanhar todas as questões que se prendem com a dimensão ética e deontológica da profissão, dando seguimento aos casos apresentados pelos utentes.

11. Linhas Conclusivas

A análise do SNS cabo-verdiano mostra que se encontra em processo de construção e consolidação. Se durante muitos anos, o sector público monopolizou toda a oferta em termos de cuidados primários e diferenciados de saúde, a partir dos anos noventa começa a verificar-se uma tendência progressiva do surgimento de iniciativas privadas, primeiro através de clínicas médicas, de farmácias e de clínicas odontológicas, passando progressivamente para laboratórios de análises clínicas e mesmo de infra-estruturas hospitalares.

Embora constitucionalmente compete ao Estado assegurar o acesso à saúde aos cidadãos, no quadro dos direitos sociais, o SNS prevê que o sector privado complete o sector público na oferta dos cuidados de saúde.

Com efeito, no quadro de uma economia de base privada, cada vez mais novos sectores de prestação de serviços têm o sector privado como dinamizador, alargando a oferta de serviços e, em muitos casos, a qualidade.

Num momento em que se assiste a uma forte dinâmica de investimentos privados na indústria turística e com aumento progressivo de turistas e de residentes em Cabo Verde, num quadro de contenção orçamental, a articulação e o reforço das parcerias público-privadas tem merecido um forte incremento por parte dos decisores e autoridades sanitárias.

O sector de saúde encontra-se num processo progressivo de reforma, tanto ao nível de gestão estratégica como normativo e institucional. A preocupação com a eficácia do sistema, a garantia do acesso aos serviços de saúde em condições de equidade e com qualidade e em tempo útil perpassa toda a política de saúde.

Definindo e inscrevendo a saúde no quadro global do desenvolvimento do país, erigida como factor de desenvolvimento e, por isso mesmo, um eixo fundamental da estratégia de crescimento e redução da pobreza, o Governo fez aprovar a Política Nacional de Saúde e, a partir deste, encontra-se em fase de finalização o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário.

De igual modo, toda uma reestrutura do SNS tem estado a ser desenvolvida, tendo como princípio de base, envolver todos os actores no processo de tomada de decisão, na implementação e avaliação dos programas e projectos. Neste contexto, a institucionalização do Conselho Consultivo do Ministério, a criação das Regiões Sanitárias e seus Conselhos Consultivos, as Comissões Municipais de Saúde criadas e implementadas objectivam submeter o sector da saúde ao controle social, mediante a participação da sociedade civil em órgãos das estruturas do sistema, assegurando a necessária transparência ao sector.

Ainda no domínio institucional, deve-se sublinhar o projecto em curso de implementação da revisão da cadeia de prestação serviços, estruturada em três níveis, articulados entre si, mas com atribuições e competências específicas.

Da mesma forma, e no quadro regulamentar, todo um esforço de produção legislativa foi desenvolvido no sentido de melhorar os mecanismos de funcionamento do sistema e assegurando aos utentes instrumentos jurídicos de controlo e acompanhamento.

Tendo como preocupação assegurar a equidade do acesso, no contexto de um país com descontinuidade territorial, um esforço significativo pode ser constatado na construção de infra-estruturas de saúde, principalmente nos municípios onde os principais indicadores de saúde se encontram abaixo da média nacional. Neste quadro, os Centros de Saúde construídos nos novos municípios e o Hospital Regional Santiago Norte constituem ganhos significativos.

Ainda nível do acesso, constata-se que, não obstante os investimentos feitos, nomeadamente a nível dos medicamentos, ainda algumas categorias populacionais, as mais vulneráveis, têm dificuldades de acesso.

No domínio do atendimento, é visível o reforço do pessoal médico e de enfermagem bem como outros técnicos de saúde a nível das estruturas públicas de saúde. Contudo, para os cuidados diferenciados existem ainda carências significativas a nível das várias especialidades. O Plano Estratégico dos Recursos Humanos de Saúde identificou os problemas e as necessidades e encontra-se em curso um ambicioso plano de formação especializada de médicos.

Um esforço global do SNS, e que se inscreve no quadro global da reforça financeira do Estado, tem sido feito no sentido de, por um lado, melhorar a gestão financeira das estruturas de saúde e, por outro racionalizar os custos. Neste sentido, a introdução legal do principio da autonomia financeira das Delegacias de saúde e dos hospitais e a descentralização da execução orçamental irão, a um só tempo, agilizar os procedimentos, contribuindo para a melhoria da eficácia do sector, e aumentar a transparência.

Neste mesmo quadro, os meios de comunicação social têm tido um desempenho de realce não apenas como importantes actores do SNS, particularmente em actividades de prevenção e educação para a saúde como no controlo do sector. Resta, contudo, promover uma maior articulação entre os media e o SNS, criando-se canais e mecanismos de retro-alimentação permanente de informações relevantes ao SNS e ao cidadão.

O controle interno e o controle social do SNS em processo de implementação contribuem para melhorar a *accountability* do sector e sua credibilidade.

Sem prejuízo dos avanços verificados no atendimento às necessidades sanitárias das populações, há a necessidade de reforçar e melhorar o sistema de informação sanitária, descentralizando o processo de tratamento e análise de informações, o que passa pelo reforço das capacidades de todas as estruturas envolvidas.

A centralidade do utente no SNS fez que recentemente tenha aumentado a preocupação com a necessidade de se garantir e assegurar os princípios da dignidade humana, autonomia, beneficência geral e particular e da justiça, foi criado o CNEPS. De igual modo, as acções de supervisão às actividades médicas feitas tanto pelos serviços centrais de saúde como pela ordem

dos médicos buscam garantir os princípios éticos em matéria de cuidados de saúde sejam cumpridos.

Bibliografia

Conselho Nacional de Águas. Instituto Nacional de Gestão dos Recursos Hídricos. Política Nacional de Saneamento. Praia, Janeiro de 2003

Direcção Geral de Solidariedade Social. Relatório de Actividades, 2007

Governo. Programa do Governo, 2006-2011

Grand- Duché de Luxembourg-Coopération & Action Humanitaire. CVE/056. Projecto de Apoio ao Plano de Desenvolvimento da Região Sanitária Santiago Norte

Instituto Nacional de Estatística. Perfil da Pobreza. Praia, INE, 2003

_____ Inquérito às Despesas e Receitas das Famílias

_____. Inquérito Demográfico e à Saúde Reprodutiva

Instituto Nacional de Previdência Social. Relatório e Contas 2006. Praia, Março de 2007

Ministério das Finanças. Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza

_____. Relatório de Progresso do DECRP

_____. Quadro de Despesas a médio Prazo

Ministério das Finanças e Administração Pública. Relatório de Progresso dos ODM, 2006. Praia, 2007

Ministério da Saúde: Política Nacional de Saúde. Praia, 2007

_____. Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos-2004-2020. Praia, ME, 2004.

_____. *A*nálise da Situação do Sistema de Informação Sanitária, GEPC/MS*, 2005*

_____. Política Nacional de Informação Sanitária, 2005

_____. Evaluation du système d'information sanitaire (SIS) Rapport Provisoire, v. 28/12/1999 – Hadji Malick Diamé, Consultant OMS

OMS. Rapport Sur la Santé Dans le Monde 200. Pour un système de santé plus performant.

____. Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária, doc. AFR/RC54/12 Rev.1, OMS/AFRO, 2004

Anexos

Quadro 1 A : Indicadores socio-económicos

CABO VERDE	INDICADORES	ANO	FONTE
POPULAÇÃO E ECONOMIA			
População total	450.489	2002	INE, Persp Dem
Mulheres	232.516	2002	INE, Persp Dem
Homens	217.973	2002	INE, Persp Dem
Pop de idade inferior a 15 anos	183.006	2002	INE, Persp Dem
Pop de idade inferior a 17 anos	217.810	2002	INE, Persp Dem
Pop 15 – 64 anos	239.305	2002	INE, Persp Dem
Pop 65 e +	28.178	2002	INE, Persp Dem
Taxa de dependência (%)	88	2002	INE, Persp Dem
População urbana (%)	55,20	2002	INE, Persp Dem
População rural (%)	44,80	2002	INE, Persp Dem
PIB per capita ($US)	1.420	2002	INE/FMI
Densidade demográfica (Hab/Km2)	111,7	2002	INE, Persp Dem
Número de famílias	93.975	2000	INE; Censo 2000
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	0,670	2002	INE-RNDH 2003
Índice de Pobreza Humana	17,7	2002	INE-RNDH 2003
Divida externa efectiva acum. (milhões de $US)	348	2002	BCV
Taxa media anual de crescimento económico 1990-2000(%)	6,1%	1990-2000	INE
Taxa media anual de crescimento económico 1997-2000 (%)	6,2	1997-2000	INE
Taxa media anual de crescimento económico 1980-1990 (%)	4,8	1980.1990	INE
Peso da Agricultura, Pecuária, Silvicultura, Pesca no PIB (%)*(preços constantes pm)*	8,5	2002	INE/FMI
Peso da Industria transformadora, Electricidade e Construção no PIB (%) *(preços constantes pm)*	16,2	2002	INE/FMI
Peso dos Serviços no PIB (%) *(preços constantes pm)*	75,3	2002	INE/FMI
População pobre (%)	36,7	2002	INE-IDRF 01-02
População muito pobre (%)	19,7	2002	INE-IDRF 01-02
Contribuição directa dos NTIC no PIB (p correntes do mercado) (%)	5,9	2002	INE
Taxa de desemprego (%)	17,3	2000	INE Censo 2000
Taxa de inflação (IPC) (%)	1,9	2002	INE
Taxa de câmbio nominal (media anual) ($SUS/ECV)	117,3	2002	BCV
Taxa de crescimento da população (1990-2000) (%)	2,4	2000	INE
Agregados familiares com telefone fixo %	51,9	2002	INE-IDRF 01-02
Agregados familiares com telemóvel %	20,0	2002	INE-IDRF 01-02
Agregados familiares com computador %	4,6		INE-IDRF 01-02

Agregados familiares com computador ligado a Internet %	2,3	2002	INE-IDRF 01-02
Agregados familiares com computador sem ligação a Internet %	2,3	2002	INE-IDRF 01-02
Agregados familiares com televisão %	49,1	2002	INE-IDRF 01-02
Agregados familiares com rádio %	74,6	2002	INE-IDRF 01-02
Densidade telefónico por 100 habitantes	15,5	2002	CVT
EDUCAÇÃO			
Taxa de escolarização da população (4 e mais anos) (%)	38	2000	INE, Censo 2000
Esperança de vida escolar (anos)	11,2		INE, Censo 2000
Tempo de finalização do EBI (anos)	6,7	2001/02	GEP/MEVRH
- Homens (percentagem)	39		
- Mulheres (percentagem)	37		
Taxa de analfabetismo (%)	25,2	2000	INE, Censo 2000
População de 4 anos ou + que nunca frequentou um estabelecimento ensino (%)	17%	2000	INE, Censo 2000
- Homens (%)	35		INE, Censo 2000
- Mulheres (%)	65		INE, Censo 2000
Taxa bruta de escolarização no EBI (TBE) %	115,1	2002/03	GEP/ MEVRH
Taxa bruta escolarização no E. Secundário %	67,4	2002/03	GEP/ MEVRH
Taxa líquida de escolarização (TLE) (%)			
- No EBI (6 anos de escolaridade)	95,5	2002/03	GEP/ MEVRH
- No E Secundário (5/6 anos de escolaridade)	56,6	2002/03	GEP/ MEVRH
Taxas de inscritos do sexo feminino (%)			
- Pré-escolar	50,0	2002/03	GEP/ MEVRH
- Ensino Básico Integrado	48,7	2002/03	GEP/ MEVRH
- Ensino Secundário	52,0	2002/03	GEP/ MEVRH
Investimento – educação (CVE)	1.926.222.280	2003	GEP-MEVRHOE 2003
Despesas de funcionamento – educação (CVE)	4.786.036.914	2003	GEP-MEVRHOE 2003
SAÚDE			
Taxa bruta de natalidade (por 1000)	29,3	2000	INE; Censo 2000
Índice sintético de fecundidade (ISF)	4,0	2000	INE; Censo 2000
Taxa Bruta de Reprodução (TBR)	1,96	2000	INE
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000)	32,2	2002	INE-Persp Dem
Esperança de vida (HM em anos)	71,2	2002	INE-Persp Dem
Esperança de vida (Mulheres)	75,3	2002	INE-Persp Dem
Esperança de vida (Homens)	67,1	2002	INE-Persp Dem
Rácio médico/habitante	1/1145	2005	MS
Rácio enfermeiro/habitante	1/972	2005	MS
Habitantes/cama	626	2000	MS
CONDIÇÕES DE VIDA			
Acesso à água potável (Chafariz, rede e autotanque) (%)	76,1	2002	INE-IDRF 01-02

Taxa de cobertura da rede de distribuição de água potável (%)	33	2002	INE-IDRF 01-02
Agregados familiares que tratam regularmente agua de uso domestico (%)	47,8	2002	INE-IDRF 01-02
Agregados familiares sem casa de banho e retrete (%)	55,2	2002	INE-IDRF 01-02
Agregados familiares sem dispositivo apropriado de evacuação de águas residuais (%)	74,4	2002	INE-IDRF 01-02
Agregados familiares com ligação à rede de esgotos	11,5	2002	INE-IDRF 01-02
Agregados familiares c/acesso a rede eléctrica (%)	58,5	2002	INE-IDRF 01-02
Agregados familiares utilizando princ a lenha para cozinha (%)	32,9	2000	INE, Censo 2000
Agregados familiares utilizando princ o gás para cozinha (%)	65,6	2000	INE, Censo 2000
Crianças dos 0-5 anos com peso insuficiente para a idade (%)	5,8	2002	INE-IDRF 01-02
Nível de conforto da população (%)		2000	INE, Censo 2000
. Muito baixo	30,7		INE-IDRF 01-02
. Baixo	18,5		
. Médio	14,8		
. Alto	19,7		
. Muito alto	16,3		

Fonte: Instituto Nacional de Estatística

Perfil da pobreza

Quadro 2 B: Indicadores da pobreza e das condições de vida em Cabo Verde

INDICADOR	*VALOR*
População pobre	172727
Incidência da pobreza	37%
População muito pobre	20%
Pop pobre sexo feminino	88854
Pop pobre sexo masculino	83858
Pop pobre menor de 15 anos	84,240
Pop pobre de 65 anos e +	9649
Taxa analfabetismo dos pobres (15 anos ou +) - em %	30%
Nível de instrução dos pobres (4 anos ou +)	
Sem Nível - em %	23.9
Ensino Básico - em %	60.7
Ensino Secundário - em %	15.1
Pós-Secundário - em %	0.1
Actividade Económica (15 anos ou +)	
Pobres 15 anos e +	88437
Activos	54568
Ocupados	36791
Desempregados	17777
Inactivos	

Taxa Desemprego pop 15 anos e + %	22.0
Taxa Desemprego população pobre 15 anos ou + - em %	32.6
Agregados familiares	95258
Agregados familiares pobres	26693
Incidência da pobreza (P0) - em %	28.0
Profundidade da Pobreza (P2) - em %	10.0
Intensidade da Pobreza (P3) - em %	5.0
Pobreza e conforto	
Agregados familiares com electricidade - em %	55836
Agregados familiares pobres electricidade - em %	8550
Agregados familiares com casa de banho e retrete - em %	45.0
Agregados familiares pobres com casa de banho e retrete - em %	12.0
Agregados familiares ligados à rede de água - em %	33.0
Agregados familiares pobres ligados à rede de água - em %	11.0
Agregados familiares que atiram águas residuais na natureza ou em redor da casa - em %	75.0
Agregados familiares pobres que atiram águas residuais na natureza ou em redor da casa - em %	95.0
Agregados familiares que utilizam principalmente o gás na cozinha - em %	63.0
Agregados familiares pobres que utilizam principalmente o gás na cozinha - em %	36.0

Quadro 3C : Sistema de comparticipação nas despesas de saúde e estatuto face à pobreza

	Estatuto face à pobreza					
	Muito Pobre	Pobre	Não Pobre - Baixo	Não Pobre – Médio	Não Pobre - Alto	
	17761	17091	33638	4101	1814	74465
	23.9%	23.0%	45.3%	5.5%	2.4%	100%
	19.1%	21.4%	14.8%	8.7%	7.7%	15.8%
	2807	2006	12158	4103	3890	24964
	11.2%	8.0%	48.7%	16.4%	15.6%	100%
	3.0%	2.5%	5.4%	8.7%	16.5%	5.3%
	4316	6000	30379	10493	7075	58263
	7.4%	10.3%	52.1%	18.0%	12.1%	100%
	4.6%	7.5%	13.4%	22.3%	30.0%	12.4%
	67944	54802	150962	28444	10843	312995
	21.7%	17.5%	48.2%	9.1%	3.5%	100%
	73.2%	68.6%	66.4%	60.3%	45.9%	66.5%
	92828	79899	227197	47141	23622	470687
	19.7%	17.0%	48.3%	10.0%	5.0%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Interpretação: 23,9% refere-se a proporção de pessoas que têm sistemas de comparticipação de saúde e que são muito pobres. A segunda percentagem (19,1%) refere-se a percentagem dos muito pobres que possuem sistemas de comparticipação de despesas de saúde através do Estado. Dito de outra forma, 23,9 das pessoas que possuem sistemas de comparticipação das despesas de saúde através do Estado são muito pobres e, 19,1% dos muito pobres possuem sistemas de comparticipação nas despesas de saúde atreves do Estado. O mesmo raciocínio se aplica ao quadro subsequente.

Fonte: IDRF 2000/2001, INE.

Quadro 4D: Problemas de saúde e estatuto face a pobreza

	Estatuto face à pobreza					
	Muito Pobre	Pobre	Não Pobre - Baixo	Não Pobre – Médio	Não Pobre - Alto	
	15229	14176	40821	9327	4632	84185
	18.1%	16.8%	48.5%	11.1%	5.5%	100%
	16.4%	17.7%	18.0%	19.8%	19.6%	17.9%
	77599	65723	186376	37814	18990	386502
	20.1%	17.0%	48.2%	9.8%	4.9%	100%
	83.6%	82.3%	82.0%	80.2%	80.4%	82.1%
	92828	79899	227197	47141	23622	470687
	19.7%	17.0%	48.3%	10.0%	5.0%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: IDRF 2000/2001, INE.

Quadro 5 E: Distribuição Percentual dos Indivíduos de 18 a 60 anos por Estatuto da Pobreza e Sexo Segundo o Índice de Massa Corporal

Classes De Índice De Massa Corporal	Pobres			Não Pobres			Total		
	Masc	Fem.	Total	Masc	Fem.	Total	Masc	Fem.	Total
Deficiência Crónica de Energia	1	2	2	1	2	2	1	2	2
Normal com Baixo Peso	4	6	5	4	5	4	4	5	5
Peso Normal	80	66	72	70	59	64	73	61	67
Normal com Sobrepeso	14	21	18	22	25	24	20	24	22
Obesos	1	5	3	3	9	6	3	8	5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: IDRF 2000/2001, INE

Quadro 6 F: Plano de desenvolvimento das infra estruturas sanitárias : 2005-2010

Ile	Municipalité	Institution	Augmentation	Baisse
Ile de Santiago	Praia	Hopital Central	104 lits supplémentaires	
Ile de Santiago	Praia	Centre de santé	1 centre supplémentaire (0 lit)	
Ile de Santiago	Praia	USB		3 USB de moins
Ile de Santiago	Santa Catarina	USB	2 USB supplémentaires	
Ile de Santiago	Santa Catarina	Hopital Santiago Nord	70 lits	
Ile de Santiago	Santa Cruz	Centre de santé	1 centre de santé supplémentaire	
Ile de Santiago	Santa Cruz	Poste santaire		1 poste de moins
Ile de Santiago	Santa Cruz	USB	1 USB de plus	
Ile de Santiago	San Domingos	Centre de santé	15 lits supplémentaires	
Ile de Santiago	San Domingos	Centre de santé		1 USB de moins
Ile de Santiago	San Miguel	Centre de santé	20 lits supplémentaires	
Ile de Santiago	San Miguel	Poste sanitaire	1 poste supplémentaire	
Ile de Santiago	San Miguel	USB		1 USB de moins
Ile de Fogo	Mosteiros	Centre de santé	17 lits supplémentaires	
Ile de Fogo	San Filipe	Centre de santé reproductive	1 centre SR de plus	
Ile de Brava	Brava	Poste sanitaire		1 poste de moins
Ile de Santo Antao	Paul	USB		2 USB de moins
Ile de Santo Antao	Porto Novo	Poste de santé	1 Poste de plus	
Ile de Santo Antao	Porto Novo	USB		9 USB de moins
Ile de Santo Antao	Ribeira Grand	Poste de santé	1 Poste de plus	
Ile de Santo Antao	Ribeira Grand	USB	1 USB de plus	
Ile de São Vicente	São Vicente	Poste de santé	1 Poste de plus	
Ile de São Vicente	São Vicente	Délégation de santé	Nouveau bâtiment	
Ile de Sao Nicolau	Sao Nicolau	USB	2 USB de moins	
Ille Sal	Sal	Centre de santé	14 lits supplémentaires	
Ille Sal	Sal	Poste sanitaire		1 poste de moins
Ille de Boavista	Boavista	Centre de santé	10 lits supplémentaires	
Ille de Boavista	Boavista	USB		1 USB de moins
Ile de Maio	Maio	Centre de santé	10 lits supplémentaires	
Ile de Maio	Maio	Poste de santé		1 poste de moins
Ile de Maio	Maio	USB	3 USB de plus	

Fonte: PEDRHS

Quadro 7 G : Ratio população /profissionais de saúde

	2005	2010	2015	2020
Ratio médicos/10,000 hab	5.69	5.96	5.69	5.26
Ratio enfermeiros /10,000 hab	10.25	10.93	12.63	13.75
Ratio técnicos/10,000 hab	3,49	3,58	3,75	3,59
Ratio auxiliares/10,000 hab	1,78	…	…	…

Fonte: PEDRHS

Pessoas e Entidades Entrevistadas

Dr. Basilio Mosso Ramos	Ministro de Estado e da Saúde
Dra Jacqueline Pereira	Directora Geral de Saúde
Dra Margarida Cardoso	Directora Geral do Gabinete de Estudos e Planeamento
Dra Edite Santos	Directora Geral da Farmácia
Dr. Mateus Silva	Director Geral dos Recursos Humanos e Administração
Sr. Manuel Moreira	Responsável do Fórum Cooperativo
Sra. Armanda Moreira	Associação Comunitária de Rui Vaz
Dra. Ana Morais	Directora Geral de Saúde
Sra Maria Luisa Teixeira	Presidente da Associação cabo-verdiana de Enfermagem

Guião para o Estudo

Cadre pour l'évaluation de la gouvernance des systèmes de santé dans les pays en développement: Passeport pour une bonne gouvernance

Division du Développement des Systèmes et des Services de Santé
Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique

Avertissement: Le cadre défini dans le présent document a été élaboré par le Bureau régional de la Méditerranée orientale. Son utilisation requiert l'autorisation du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale.

Introduction

La gouvernance est considérée comme un déterminant clé de la croissance économique, du progrès social et du développement en général, ainsi que de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement aussi bien dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu intermédiaire. Dans une déclaration, l'ancien Secrétaire général des Nations-Unies, Kofi Annan, affirme que : «La bonne gouvernance est peut-être le facteur individuel le plus important d'éradication de la pauvreté et de promotion du développement», ce qui souligne clairement la nécessité de la bonne gouvernance.[1] Le «Rapport 2006 de Transparency International», tout en relevant la forte prévalence de la corruption dans les pays riches comme dans les pays pauvres, note cependant qu'elle touche de manière disproportionnée cette dernière catégorie de pays, d'où la nécessité de promouvoir davantage la bonne gouvernance pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé.[2]

La gouvernance ne concerne pas uniquement les gouvernements. Le PNUD la définit comme l'exercice de l'autorité politique, économique et administrative dans la gestion des affaires d'un pays et ce, à tous les niveaux. La gouvernance couvre des mécanismes, processus et institutions complexes par l'intermédiaire desquels les citoyens et les groupes assurent la défense de leurs intérêts, tentent d'aplanir leurs divergences, exercent leurs droits et s'acquittent de leurs obligations au regard de la loi. [3]

En dépit de l'influence croissante du discours sur la gouvernance, [3',4,5,6,7,8] les publications consacrées à la gouvernance des systèmes de santé ne sont pas particulièrement abondantes. Le «Rapport sur la santé dans le monde 2000» de l'OMS recommande l'administration générale comme l'une des quatre fonctions essentielles du système de santé.[9] Il définit l'administration générale comme une fonction relevant de la responsabilité du gouvernement à promouvoir le bien-être des populations, ainsi que la confiance et la légitimité dans la perception de l'action gouvernementale par les citoyens. **Erreur ! Signet non défini.**[,9,10,11,12] L'administration générale constitue donc la substance de la bonne gouvernance dans le domaine de la santé. La 53ème session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une résolution demandant instamment aux États Membres de renforcer la gouvernance de leurs systèmes de santé (GSS) ou la fonction d'administration générale. Il est nécessaire d'entreprendre des études pour évaluer la situation actuelle de la gouvernance des systèmes de santé dans la Région africaine, afin d'arrêter des stratégies de renforcement de la fonction d'administration générale (gouvernance).

Évaluation de la gouvernance des systèmes de santé: Principes et cadre

- ***Principes***

Le cadre analytique pour l'évaluation de la gouvernance des systèmes de santé repose sur les dix principes suivants: *la vision stratégique, la participation et la recherche du consensus, l'état de droit, la transparence, la réactivité, l'équité et l'ouverture, l'efficacité et l'efficience, la responsabilité, l'intelligence et l'information, et l'éthique* (Tableau 1).

Tableau 1 Principes de la gouvernance des systèmes de santé

Principe de gouvernance	***Explications***
Vision	Les dirigeants élaborent une vision globale à long terme en matière de

stratégique	développement sanitaire et humain, en même temps que des orientations stratégiques à cette fin. Une telle vision est placée dans un contexte historique, culturel et social dont il convient également de comprendre la complexité.
Participation et recherche du consensus	Tous les hommes et toutes les femmes doivent participer à la prise de décisions dans le domaine de la santé, soit directement, soit par l'intermédiaire des institutions qui représentent leurs intérêts. Cette large participation repose sur la liberté d'association et d'expression, ainsi que sur les capacités à participer d'une manière constructive. La bonne gouvernance des systèmes de santé permet de réconcilier les intérêts divergents et de parvenir à un large consensus sur les meilleurs intérêts du groupe et, le cas échéant, sur les politiques et procédures sanitaires.
État de droit	Les cadres juridiques régissant la santé doivent être équitables et doivent être appliquées de manière impartiale, notamment les lois ayant trait aux droits humains en matière de santé.
Transparence	La transparence repose sur la libre circulation de l'information sur toutes les questions relatives à la santé. Toute personne doit avoir directement accès aux processus, institutions et informations qui la concernent, et des informations suffisantes doivent lui être fournies pour lui permettre de comprendre les questions relatives à la santé et d'en assurer le suivi.
Réactivité	Les institutions et processus doivent tout mettre en œuvre pour desservir toutes les parties prenantes, ce qui permettra de s'assurer que les politiques et programmes répondent effectivement aux besoins sanitaires et non sanitaires des usagers.
Équité et ouverture	Tous les hommes et toutes les femmes doivent avoir la possibilité d'améliore ou de maintenir leur état de santé et leur bien-être.
Efficacité et efficience	Les processus et institutions doivent produire des résultats qui répondent aux besoins des populations et qui influencent la performance des systèmes de santé, tout en utilisant de la meilleure manière les ressources disponibles.
Responsabilité	Les responsables gouvernementaux, le secteur privé et les organisations de la société civile intervenant dans le domaine de la santé doivent rendre compte au public et aux partenaires institutionnels. Cette responsabilité varie en fonction de l'organisation concernée et selon que la décision prise est interne ou externe à ladite organisation.
Intelligence et information	L'intelligence et l'information sont indispensables pour une bonne compréhension des systèmes de santé, sans laquelle il est impossible de dispose des bases factuelles requises pour des décisions avisées qui influencent le comportement des différents groupes d'intérêt appelés à soutenir ou à au moins à ne pas contrecarrer la vision stratégique en matière de santé.
Éthique	Les principes d'éthique communément admis en matière de soins de santé sont, entre autres: le respect de l'autonomie, l'absence de toute malveillance, la bienveillance et la justice. L'éthique dans les soins de santé, qui englobe l'éthique dans la recherche en santé, revêt une grande importance pour la sauvegarde des intérêts et des droits des patients.

- ***Niveaux d'évaluation***

Le ministère de la santé, en tant que principale structure administrative du système de santé, est chargé de la prise de décisions, de la planification, de la réglementation, du suivi et de l'évaluation, en plus d'assurer l'accès aux services de santé essentiels. Il existe ainsi deux niveaux: l'élaboration des politiques sanitaires et leur mise en œuvre. Dans

certains pays, le ministère de la santé est chargé de tous les deux niveaux, tandis que dans d'autres, la mise en œuvre des politiques sanitaires relève de la compétence des structures infranationales (Etat fédéré, province, département ou district). Hormis le ministère de la santé, il existe un niveau supérieur qui influe sur la GSS: il s'agit de l'État central, lequel, à travers ses politiques sociales et économiques d'ensemble, sa fonction législative, la réforme de la fonction publique, ajoutées à la stabilité ou l'instabilité politique, influe sur la gouvernance des systèmes de santé. Pour chaque principe, le cadre analytique s'articule autour d'une série de questions et de préoccupations à la fois générales et spécifiques à trois niveaux: *le niveau national, le niveau de l'élaboration des politiques sanitaires, et le niveau de la mise en œuvre des politiques sanitaires*.

Chacun *principe* de gouvernance a été subdivisé en *domaines* pour en refléter le mieux possible et pleinement la signification et le décrire en utilisant des termes plus opérationnels. De ces *domaines* variés, des *questions d'ordre général* peuvent être induites. Ces *questions d'ordre général* se subdivisent en *questions et préoccupations d'ordre spécifique* qui constituent le principal instrument de collecte de données (annexes 1 et 2). La méthodologie d'évaluation et l'ordonnancement logique des questions sont illustrés ci-dessous, Encadré 1. Pour les dix principes de gouvernance, le cadre analytique pose au total 63 questions d'ordre général couvrant le contexte, la description, le traitement, les processus et les résultats. Le Tableau 4 ci-dessous présente succinctement les différentes questions, par niveau d'évaluation et par type.

Le cadre couvre l'analyse de la structure organisationnelle du ministère de la Santé et des structures sanitaires infranationales dans leurs relations avec les rôles et les fonctions qui leur sont assignés. Cela s'avère nécessaire pour déterminer dans quelle mesure la structure organisationnelle est alignée sur les exigences de la gouvernance et des autres fonctions des systèmes de santé.

Encadré 1 Cadre analytique pour l'évaluation de la vision stratégique

Le **principe** de gouvernance évalué ici est *la vision stratégique*:

Le **domaine** est la vision à long terme :

La **question d'ordre général**:

- *au niveau national*: quelles sont les grandes lignes de la politique économique du gouvernement?
- *au niveau de l'élaboration de la politique sanitaire:* existe-t-il une vision (politique) à long terme dans le domaine de la santé?
- *au niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire:* les mécanismes de mise en œuvre sont-ils alignés sur les objectifs déclarés de la politique sanitaire?

La **question d'ordre spécifique**:

- *au niveau national:* quel rang occupe la santé dans le plan global de développement, en termes d'allocation de ressources et de pourcentage du total des dépenses publiques ou encore de pourcentage de l'accroissement de ces dépenses?
- *au niveau de l'élaboration de la politique sanitaire:* existe-t-il une politique sanitaire nationale/un plan stratégique déterminé avec des objectifs et stratégies précis, inscrits dans le temps et assortis des budgets y afférents?
- *au niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire:* quels programmes prioritaires sont mis en œuvre et en quoi correspondent-ils aux objectifs de la politique sanitaire?

- ***Sources d'information***

Les sources des informations nécessaires pour l'évaluation de la GSS sont notamment les rapports publiés, les rapports non publiés et les informations recueillies dans le cadre d'entretiens. Ces dernières informations tirent leur importance du fait qu'elles reflètent des vues différentes qui permettent de dresser un tableau composite de la situation et de confirmer les informations tirées des documents consultés. Pour ce faire, il faudrait interroger un large éventail d'acteurs: responsables politiques nationaux et du ministère de la santé, personnel du ministère de la santé, cadres moyens et supérieurs du ministère de la santé ou de ses services rattachés, organisations de la société civile, agences internationales de développement, institutions universitaires, professionnels des médias et représentants directs des communautés. Une liste des sources éventuelles des documents et des personnes à interroger, au titre de l'évaluation de chacun des dix principes de la gouvernance des systèmes de santé, doit être partagée *a priori* avec les enquêteurs des pays, en même temps que le cadre pour l'évaluation.

Tableau 2 Récapitulatif des questions d'ordre général du cadre pour l'évaluation de la gouvernance des systèmes de santé

Niveau d'évaluation	**Types de questions d'ordre général**				
	contexte	**description**	**analyse/ traitement**	**résultats**	**total**
Niveau national	5	10	6	2	23
Niveau des politiques du MINSANTÉ	0	11	7	2	20
Niveau de la mise en œuvre des politiques	0	4	14	2	20
Total	5	25	27	6	63

Ne pas distribuer, ni citer

Annexe 1 Cadre analytique pour l'évaluation de la gouvernance des systèmes de santé

Principe	Domaines	Niveau d'évaluation	Questions d'ordre général
Vision stratégique	• Vision à long-terme • Stratégie globale de développement incluant la santé	Niveau national	• Quelles sont les grandes lignes générales de la politique économique du gouvernement? • Dans la Constitution, la santé est-elle reconnue comme un droit humain fondamental? • Quelle est l'importance de la santé dans le plan global de développement du pays? • Quel rang de priorité occupe la santé dans le plan global de développement du pays? • Quel rôle l'Etat joue-t-il dans les prestations de soins de santé et la santé en général?
		Niveau de l'élaboration de la politique sanitaire	• Existe-t-il une vision à long-terme pour la santé et une politique sanitaire? • Existe-t-il une politique sanitaire nationale/un plan stratégique avec des objectifs précis inscrits dans le temps, assortis des budgets y afférents?
		Niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire	• Les mécanismes de mise en œuvre sont-ils alignés sur les objectifs déclarés de la politique sanitaire? • Jusqu'où peut-on aller en matière de mise en œuvre de la politique sanitaire?
Participation et recherche du consensus	• Participation à la prise de décisions • Identification des différents acteurs et expression de leurs vues	Niveau national	• Le secteur privé, la société civile, les ministères concernés et les autres acteurs sont-ils consultés avant la prise de décisions? • Qui a le dernier mot dans la prise de décisions en matière de santé? Le gouvernement, le parlement, le chef du gouvernement ou le chef de l'État?
		Niveau de l'élaboration de la politique sanitaire	• Comment procède-t-on pour recueillir les vues des différents acteurs? • Comment le gouvernement tient-il compte des différents objectifs des divers acteurs dans la prise de décisions en matière de santé? • Les autres ministères participent-ils aux politiques et programmes mis en place par le MINSANTÉ pour s'attaquer aux déterminants de la santé ?
		Niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire	• Quel est le degré de décentralisation dans la prise de décisions? • Quel est le degré de participation communautaire à la prestation des services de santé?

Principe	Domaines	Niveau d'évaluation	Questions d'ordre général
État de droit	• Réglementation en vigueur • Interprétation de la réglémentation et de la politique sanitaire • Application de la legislation et de la réglementation en vigeur	Niveau national	• Qui prend l'initiative ou à quel niveau se prend l'initiative des lois régissant la santé? • Existe-t-il des lois et réglementations régissant la prestation de soins de santé, l'infrastructure, la technologie, les ressources humaines pour la santé et les produits pharmaceutiques? • Comment les lois sont-elles traduites en règles, règlements et procédures ?
		Niveau de l'élaboration de la politique sanitaire	• Le MINSANTÉ a-t-il un droit de regard sur les lois et réglementations régissant la santé ? • Le MINSANTÉ consulte-t-il les autres ministères concernés par les lois et réglementations régissant la santé? • Quelles sont les relations entre le MINSANTÉ et les organismes de régulation ? • Quelles sont les capacités du MINSANTÉ en matière de passation de marchés, de réglementation, d'accréditation et de délivrance de licences?

Principe	Domaines	Niveau d'évaluation	Questions d'ordre général
		Niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire	• Existe-t-il des procédures pour le règlement des différends avec a) les usagers ; b) les entrepreneurs ? • Comment applique-t-on les lois en vigueur? • Existe-t-il des outils ou des instruments pour assurer les diverses fonctions telles que l'accréditation, la réglementation, la délivrance de licences en matière de santé, et comment sont-ils appliqués ou utilisés?
Transparence	• Transparence dans la prise de décisions • Transparence dans l'allocation des ressources	Niveau national	• L'information sur les procédures financières et administratives est-elle en toujours disponible? • Quel est le degré de transparence de l'allocation des ressources?
		Niveau de l'élaboration de la politique sanitaire	• Existe-t-il des mécanismes de suivi pour assurer la transparence de la prise de décisions? • Qui participe au suivi des services de santé?
		Niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire	• Comment procède-t-on à la nomination ou l'affectation des responsables de la santé au niveau du district? • Quel est le délai d'attente pour que l'information fournie par l'audit financier après le décaissement des fonds soit rendue publique?

Principe	Domaines	Niveau d'évaluation	Questions d'ordre général
Réactivité des institutions	• Réactivité face aux besoins sanitaires des populations • Réactivité face aux besoins sanitaires locaux et régionaux	Niveau national	• Les subventions à la santé visent-elles des objectifs ciblés ? Quel est le mécanisme mis en place pour un tel ciblage? • L'évaluation des besoins est-elle une partie intégrante du processus?
		Niveau de l'élaboration de la politique sanitaire	• La politique sanitaire prend-elle en compte les besoins et les charges des populations locales dans le domaine de la santé? • La qualité des services de santé et la satisfaction des usagers représentent-elles des critères de valeur pour le MINSANTÉ?
		Niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire	• Comment le système de santé réagit-il aux priorités sanitaires régionales ou locales? • Quelle est la réactivité des services de santé par rapport aux attentes médicales et non médicales des populations?
Équité	• Égalité dans l'accès aux soins • Impartialité dans le financement des soins • Disparités dans le domaine de la santé	Niveau national	• Existe-t-il un régime de protection sociale efficace pour aider les pauvres à surmonter les obstacles d'ordre financier?
		Niveau de l'élaboration de la politique sanitaire	• Quelle politique a été mise en place pour identifier les problèmes d'équité dans la prestation et le financement des services de santé et pour y remédier?
		Niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire	• Quelles sont les disparités en termes d'accès aux soins, selon le lieu de résidence, le revenu, le sexe, l'ethnie, la religion, etc. ? • L'allocation des ressources du secteur public entre États, provinces et districts est-elle équitable?
Efficacité et efficience	• Qualité des ressources humaines • Processus de communication • Capacités de mise en oeuvre	Niveau national	• Quel est le taux de stabilité ou de rotation des hauts responsables au MINSANTÉ ? • Quelle est la qualité des agents et des technocrates (en termes de formation, de qualifications, de plan de carrière) ?
		Niveau de l'élaboration de la politique sanitaire	• Les processus de communication du MINSANTÉ sont-ils efficaces et actualisés régulièrement? Dans quelle mesure? Sous quelle forme? Quel est le système de classement ? La communication se fait-elle au moment opportun ? • Existe-t-il un programme interne de formation du personnel?

Principe	Domaines	Niveau d'évaluation	Questions d'ordre général
		Niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire	• Quelles sont les capacités de mise en œuvre dont dispose le MINSANTÉ pour assurer la réglementation, le suivi et la gestion des ressources financières et humaines ? • Quel est le niveau d'utilisation des services ? • Existe-t-il un programme interne de formation du personnel? Les descriptions d'emploi sont-elles disponibles pour le personnel et sont-elles respectées ?
Responsabilité	• Responsabilité: en interne • Responsabilité: en externe	Niveau national	• Quel est le rôle de la presse et des médias? • Quel est le rôle des organes élus (parlements)? • Quel est le rôle du système judiciaire?
		Niveau de l'élaboration de la politique sanitaire	• Les mécanismes de supervision de l'application de la réglementation financière et administrative en vigueur sont-ils en place ?
		Niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire	• Existe-t-il des preuves de l'application efficace des processus de responsabilité ?
Intelligence et information	• Information: production, collecte, analyse et diffusion	Niveau national	• Quelles sont les informations disponibles sur le système de santé et la situation sanitaire dans le pays? Ces informations sont-elles accessibles? • Quel est le degré de fiabilité des informations disponibles pour étayer l'élaboration des politiques?
		Niveau de l'élaboration de la politique sanitaire	• Existe-t-il des preuves que les informations disponibles sont effectivement utilisées à des fins de prise de décisions ?
		Niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire	• Comment sont produites les informations pertinentes en matière de santé? • Comment se déroule le suivi de la mise en œuvre des politiques sanitaires?
Éthique	• Principes de bioéthique	Niveau national	• Quelle importance attache-t-on à l'éthique en matière de recherche et de soins de santé?

Principe	Domaines	Niveau d'évaluation	Questions d'ordre général
		Niveau de l'élaboration de la politique sanitaire	• Quels principes de bioéthique sont pris en compte dans la politique sanitaire nationale? • Existe-t-il une politique de promotion de l'éthique en matière de soins de santé et de recherche?
		Niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire	• Quels sont les mécanismes institutionnels mis en place pour promouvoir et appliquer des normes éthiques élevées en matière de recherche et de soins de santés?

Annexe 2 Liste des questions et préoccupations d'ordre spécifique induites des principes, des domaines et des questions d'ordre général proposés dans le cadre pour l'évaluation de la gouvernance des systèmes de santé

Principe	Domaines	Questions et préoccupations d'ordre spécifique
Vision stratégique	Vision à long terme Stratégie globale de développement, y compris la santé	Niveau national • Peut-on décrire brièvement la politique globale du gouvernement régissant la réforme des marchés, les investissements étrangers, l'engagement du secteur privé dans la santé, l'éducation et les services publics? • Quel rang la santé occupe-t-elle dans le plan global de développement, en termes d'allocation de ressources, de pourcentage des dépenses et de pourcentage de l'augmentation des dépenses au cours des trois dernières années? • La santé fait-elle partie des droits humains fondamentaux reconnus dans la Constitution? Niveau des politiques du MINSANTÉ • Existe-t-il une vision (politique) à long terme de la santé? • La politique sanitaire est-elle sujette à des révisions et/ou réorientations fréquentes? • La politique sanitaire est-elle demeurée cohérente au cours des cinq à dix dernières années? • Existe-t-il une politique sanitaire ou plan stratégique national énonçant des objectifs clairement définis à atteindre selon un calendrier et un budget précis? Niveau de la mise en œuvre au MINSANTÉ • Quels programmes sont mis en œuvre et en quoi correspondent-ils aux objectifs fixés? • Quel est l'ensemble de services proposés aux différents niveaux des soins de santé? • Comment les choix politiques sont-ils traduits en programmes prioritaires précis? Combien d'objectifs visés sont assortis de plans précis de mise en œuvre?
Participation et recherche du consensus	Participation au processus de prise de décisions Identification des différents acteurs et expression de leurs vues	Niveau national • Existe-t-il des forums spécifiques pour faciliter le dialogue entre toutes les parties prenantes à la prise des décisions dans le domaine de la santé? Les débats sont-ils ouverts au grand public? Leurs rapports sont-ils rendus publics? Existe-t-il une pratique d'audition des membres du public et des organisations de la société civile et des organisations avant la prise des décisions majeures? • Les acteurs ayant des vues divergentes sur les politiques du MINSANTÉ disposent-ils d'une possibilité raisonnable d'exprimer leurs opinions sur des questions importantes? • À qui incombe en dernier ressort la décision ou l'autorité d'approuver les politiques, d'allouer les ressources (financières) et de réaffecter les ressources existantes?

Principe	Domaines	Questions et préoccupations d'ordre spécifique
		Niveau des politiques du MINSANTÉ • Existe-t-il des consultations régulières avec la société civile chaque fois que les questions relatives à la politique sanitaire sont examinées/débattues? • Quel mécanisme a été mis en place pour faciliter les consultations avec les différents acteurs? • Comment procède-t-on pour identifier les différents acteurs et les inclure dans le processus? • Comment les intérêts des marginalisés et des laissés-pour-compte sont-ils sauvegardés? Niveau de la mise en œuvre au MINSANTÉ • Quelles décisions sont prises au niveau de l'administration provinciale, étatique, du gouverneur ou du district pour le financement de la politique sanitaire? • Pour quels types de décisions les ordres d'exécution sont-ils émis au niveau provincial, étatique, du gouverneur ou du district? • Les niveaux provincial, étatique, du gouverneur ou du district disposent-ils de l'autorité de réaffecter les ressources financières, humaines ou matérielles? • Les comités de santé des districts de santé se réunissent-ils pour discuter ou décider de la mise en œuvre des politiques ? Quel est le nombre des comités de santé, des réunions récentes, des décisions prises, des acteurs représentés, et quelle est leur degré de participation aux différentes étapes de la mise en œuvre et du suivi? • Existe-t-il un forum public pour passer en revue les progrès accomplis dans la prestation des soins de santé?
État de droit	Processus législatif Interprétation de la législation au regard de la réglementation et la politique sanitaire Application des la	Niveau national • Quelle institution prend directement l'initiative des lois régissant la santé? • Comment la plupart des lois régissant la santé sont-elles élaborées et promulguées? A travers des commissions parlementaires, par ordonnances ou par décrets-lois? • Les lois et réglementations régissant la prestation des soins de santé, l'infrastructure sanitaire, la technologie et les ressources humaines pour la santé ou les produits pharmaceutiques sont-elles amendées à une fréquence régulière? • Quel est le processus de traduction de la législation sanitaire en règles et procédures de mise en œuvre?

Principe	Domaines	Questions et préoccupations d'ordre spécifique
		Niveau des politiques du MINSANTÉ • Le MINSANTÉ est-il consulté au sujet des lois ou réglementations régissant la santé (environnement, eau et assainissement, médecine du travail, etc.)? • Le MINSANTÉ consulte-t-il les autres ministères concernés au sujet des lois et réglementations régissant la santé (sécurité sanitaire et contrôle des aliments)? • Quelles sont les capacités dont dispose le MINSANTÉ ou le système de santé dans les domaines de la passation des marchés, de la réglementation des accréditations ou de la délivrance des permis ? • Le MINSANTÉ dispose-t-il de l'expertise requise dans les domaines de la passation des marchés et de la réglementation? • Les fonctions de passation des marchés et de réglementation sont-elles exercées par des cellules /sections spécifiques au sein ministère ou par des organes autonomes? Niveau de la mise en œuvre au MINSANTÉ • Quels sont les outils disponibles pour l'application de la législation régissant la santé? • À qui incombe la responsabilité de l'application de la législation et du suivi de cette application? • Existe-t-il une possibilité de recours réelle pour les consommateurs? • Existe-t-il des organisations de défense des droits des consommateurs et des mécanismes de protection des patients? • Existe-t-il une charte (instrument juridique) des patients et comment une telle charte est-elle diffusée? • Existe-t-il une possibilité de recours réelle pour les entrepreneurs en cas de différend?
Transparence	Transparence dans la prise de décisions Transparence dans l'allocation des ressources	Niveau national • Existe-t-il une politique de diffusion de l'information qui en favorise l'accès? Les restrictions en matière d'accès sont-elles fondées sur des motifs spécifiques qui justifieraient la rétention de l'information? • Le droit d'accès à l'information s'étend-il à l'information détenue par les administrations locales et les entreprises étatiques? Ce droit s'étend-il aussi aux fichiers des sociétés privés exécutant des marchés publics? • Si l'accès à l'information est refusé par un département ministériel, existe-t-il un droit de recours ou d'appel? Un tel recours est-il introduit auprès d'une instance non gouvernementale? • Les tribunaux infligent-ils des dommages et intérêts dans les procès en diffamation qui impliquent des politiciens et des responsables gouvernementaux? Et dans ce cas, ces peines sont-elles dissuasives pour les médias? Par ailleurs, les tribunaux assurent-ils une protection adéquate pour les sources des journalistes? • Comment les ressources sont-elles réparties entre les différents secteurs dans le processus budgétaire, notamment en faveur des secteurs sociaux? Existe-t -t-il des raisons pour justifier l'accroissement ou les coupes dans le budget? • Existe-t-il un engagement spécifique à accroître les dépenses publiques de santé sur une période donnée? Cet engagement a-t-il été honoré? Pourquoi?

Principe	Domaines	Questions et préoccupations d'ordre spécifique
		Niveau des politiques du MINSANTÉ • Comment les ressources sont-elles allouées au sein du secteur de la santé? Les dépenses publiques totales de santé ont-elles augmenté en termes monétaires ajustés au cours des cinq dernières années? Quel domaine a bénéficié de la plus grande augmentation? Les budgets des programmes antérieurs ont-ils connu des coupes ou des réductions? • Existe-t-il des procédures claires et des garanties efficaces pour les citoyens et les journalistes dans l'accès à l'information officielle dont ils ont besoin? • Une formation est-elle dispensée aux responsables dans le domaine de la tenue appropriée des dossiers et de la mise à disposition de l'information au public? • Existe-t-il des mécanismes de suivi pour assurer la transparence des décisions? • Hormis le MINSANTÉ, qui est chargé du contrôle des services de santé? Au plan de la mise en œuvre au MINSANTÉ • Le recrutement et la promotion des responsables de la santé au niveau du district tiennent-ils compte de leur performance? Quelle est la procédure d'affectation? • Les postes de cadres sont-ils basés sur des mandats spécifiques? • Des informations détaillées sont-elles disponibles sur les sources des fonds budgétaires et extrabudgétaires? • Les derniers audits financiers sont-ils en conformité avec les chiffres des comptes nationaux? • La performance du personnel et les résultats des programmes font-ils l'objet d'évaluations? A quand remonte la dernière évaluation? La documentation y afférente est-elle disponible?
Réactivité des institutions	Réactivité face aux besoins sanitaires des populations Réactivité face aux besoins sanitaires locaux et régionaux	Niveau national • La politique ou la stratégie nationale identifie-t-elle des couches de populations particulièrement désavantagées ou vulnérables? • Les prestations sociales (éducation, santé) ciblent-elles des couches particulières de populations ou le gouvernement vise-t--il l'ensemble de la population (sans ciblage)? • Peut-on affirmer que des réformes et des changements ont été opérés pour mieux répondre aux besoins identifiés des populations ? Niveau des politiques du MINSANTÉ • La politique sanitaire tient-elle compte des besoins sanitaires et de la charge à supporter à ce titre? • Les projections concernant les besoins actuels et futurs en ressources et les tendances des maladies sont-elles disponibles au MINSANTÉ?

Principe	Domaines	Questions et préoccupations d'ordre spécifique
		Au plan de la mise en œuvre au MINSANTÉ • Les décisions prises au titre de la mise en œuvre sont-elles fondées sur les bases factuelles émanant de l'évaluation des besoins? • L'évaluation régulière des besoins est-elle une obligation? • L'allocation des ressources obéit-elle aux priorités identifiées? • Les actions envisagées dans les régions cibles, par exemple le renforcement des ressources humaines, ont-elles été menées? • Des enquêtes sont-elles conduites sur le degré de satisfaction des usagers? Les résultats de ces enquêtes sont-ils utilisés pour étayer la prise de décisions? • Les interventions ciblent-elles des zones ou des régions où des besoins ont été identifiés?
Équité	Équité dans l'accès aux soins Impartialité dans le financement des soins Disparités dans le domaine de la santé	Niveau national • Existe-t-il un programme de protection sociale pour faire face aux handicaps financiers des pauvres? Fonctionne-t-il normalement et dans quelle mesure? Y a t-il une évaluation et fait-il l'objet d'une évaluation régulière? Niveau des politiques du MINSANTÉ • La question de l'équité est-elle reflétée dan les documents directifs? Quelles politiques ont été mises en place pour identifier les iniquités et pour les éliminer? L'équité est-elle suffisamment entrée dans les mœurs et est-elle considérée sous tous ses aspects, par exemple dans le financement et les prestations, au plan horizontal et vertical? Niveau de la mise en œuvre au MINSANTÉ • Quelle est la répartition actuelle des infrastructures de soins de santé, des ressources humaines et des services d'appui, entre zones urbaines et zones rurales? • Quelles mesures d'incitation ont été mises en place pour les ressources humaines, les prestations dans les zones rurales, les services peu lucratifs, etc.? • L'importance de la carte sanitaire (attestant des besoins) dans les infrastructures de santé est-elle soulignée? • Existe-t-il une preuve de l'accès aux services de santé pour les pauvres et les moins pauvres? Existe-t-il des disparités?
Efficacité et efficience	Efficacité de l'action gouvernementale Qualité des ressources humaines Processus de communication	Niveau national • Comment se passe la procédure de nomination ou d'installation des dirigeants, responsables politiques, administratifs et techniques au MINSANTÉ? Existe-t-il des critères minimums? Y a-t-il un plan de carrière préétabli au sein du MINSANTÉ? Leur mandat est-il d'une durée déterminée? • Quel est le taux de rotation ou de stabilité des dirigeants du MINSANTÉ dans leurs fonctions? • Existe-t-il un plan de carrière structuré pour les technocrates et bureaucrates au sein ou à l'extérieur du MINSANTÉ? • Le système de rémunération et d'incitation du personnel est-il respectable?

Principe	Domaines	Questions et préoccupations d'ordre spécifique
		Niveau des politiques du MINSANTÉ • Quelle est la qualité de la bureaucratie et de la technocratie au MINSANTÉ? Les taux des départs volontaires du personnel qualifié sont-ils élevés? Le personnel est-il fréquemment recruté par les organisations internationales? • Quelle est la politique pratiquée par le MINSANTÉ pour les consultations privées (cliniques et non cliniques)? • Quel est le degré d'efficacité des processus de communication au MINSANTÉ? Quelle est l'ampleur de l'utilisation des technologies de la communication? Qu'en est-il de l'informatisation? • Le système utilise-t-il le support papier? Quel est le procédé d'archivage utilisé? • Quel est le délai normal d'approbation/déblocage d'une demande de fonds au titre des ressources budgétaires? • L'information sur les délais des procédures ou les dossiers en instance est-elle disponible? Niveau de la mise en œuvre au MINSANTÉ • Les consultations privées (cliniques et non cliniques) par le personnel du MINSANTE sont-elles un phénomène courant? • Existe-t-il des programmes spécifiques d'orientation ou de formation en cours d'emploi pour le personnel de santé? • Existe-t-il une expertise particulière en financement, en gestion des ressources humaines, etc., en termes d'expérience et de qualifications? • Quel est le niveau actuel de l'utilisation des dans les zones urbaines, les zones rurales, par niveau des services ,par sexe et par groupe socio-économique? • Quel est le taux de réalisation des budgets des projets? • Quels sont les résultats atteints par rapport aux objectifs fixés?

Principe	Domaines	Questions et préoccupations d'ordre spécifique
Responsabilité	Responsabilité en interne Responsabilité en externe	• <u>Niveau national</u> • Quel est le rôle de la presse et des médias dans le processus de responsabilité? Le processus de responsabilité est-il limité à la sphère politique ou obéit-il à d'autres considérations? • Quel est le rôle des organes élus (le législatif)? Existe-t-il un comité de contrôle des comptes publics et des comptes de la santé? Existe-t-il un organe indépendant chargé d'instruire les plaintes des patients? • Le comité de contrôle de la santé s'est-il réuni au cours de l'année? Dispose-t-il du droit de convoquer les responsables (y compris les ministres) pour les auditionner? A-t-il fait des recommandations au cours de l'année ? Ces recommandations ont-elles été acceptées et quelles mesures ont été prises en conséquence? • Quel est le rôle du système judiciaire en matière de santé? Le système judiciaire dispose-t-il de lois et de réglementations auxquelles se référer pour statuer sur des litiges liés à la santé tels que les fautes professionnelles en médecine, l'assurance, la corruption, les pathologies liées à l'environnement? Ces infractions sont-elles réprimées dans les codes pénal et civil? • Le grand public est-t-il réellement en mesure de déposer plainte à la suite d'une faute professionnelle (hormis la possibilité d'introduire un recours par la voie normale)? • Existe-t-il des lois instituant l'audit annuel des comptes financiers des établissements publics et para-publics par des auditeurs indépendants ainsi que la diffusion publique de leurs résultats? <u>Niveau des politiques du MINSANTÉ</u> • Existe-t-il des procédures de contrôle du patrimoine et du train de vie des fonctionnaires (par exemple la déclaration publique de leurs biens)? Et si une telle déclaration est prévue, son contenu est-il sujet à une vérification aléatoire ou systématique? Et est-elle destinée à un organe indépendant uniquement ou aux médias et au grand public? • Existe-t-il une réglementation claire contre les ingérences d'ordre politique dans la routine administrative quotidienne, c'est-à-dire des lois définies qui assurent officiellement l'indépendance des fonctionnaires sur le plan politique? • Existe-il des méthodes transparentes dans la passation des marchés publics? Y a-t-il des mécanismes prévus pour <u>Niveau de la mise en œuvre au MINSANTÉ</u> • Exemples de cas où la loi a été appliquée: annulation des agréments accordés aux professionnels et aux établissements du secteur pour la pratique de la médecine, la vente et l'utilisation des produits pharmaceutiques et biologiques.

Principe	Domaines	Questions et préoccupations d'ordre spécifique
Intelligence et information	L'information: la genèse, la collecte, l'analyse, la dissémination	<u>Niveau national</u> • Le pays dispose-t-il d'un système d'information capable de fournir des statistiques vitales, des données sur la morbidité et les incapacités? • Le système de santé est-il doté de techniques d'information permettant d'identifier les besoins sanitaires de la population? Quel usage les décideurs en font-ils et comment les incluent-ils dans l'élaboration des politiques sanitaires? • Existe-t-il un système d'établissement de rapports sur une base régulière (annuelle) sur la situation sanitaire et ou les maladies? Ces rapports sont-ils publiés pour en assurer la diffusion? Sont-il s disponibles sur internet? Qui a accès à cette information? • Les prestations de soins de santé par le secteur privé sont-elles prises en compte dans les statistiques nationales? <u>Niveau des politiques du MINSANTÉ</u> • Qui ou quelle institution est responsable de la collecte des données dans le domaine de la santé? Quelle relation existe-t-il entre lui ou elle et le ministère de la santé? Comment les efforts de collecte et d'analyse de l'information sont-ils coordonnés? Le ministère de la santé dispose-t-il de capacités pour la synthèse des données en une information utile? • Quelles maladies ou affections doivent être déclarées conformément à la législation en vigueur dans le pays? Des rapports sont-ils régulièrement établis sur les maladies déclarées? Qui est chargé du suivi de ces rapports? Existe-t-il un protocole pour la participation des prestataires du secteur privé? Les prestataires du secteur privé contribuent-ils à l'information sur les systèmes de déclaration des maladies? <u>Niveau de la mise en œuvre au MINSANTÉ</u> • Existe-t-il des systèmes d'information différents pour la collecte de l'information sur les programmes et activités sanitaires? • Le système d'information sanitaire inclut-il des données en provenance des établissements de santé du secteur privé (hôpitaux, infirmeries, cliniques)? Lesquelles? Et comment sont-elles intégrées ou centralisées avec les données du secteur public? • Le système d'information sanitaire contient-il des informations sur les ressources humaines? Dans le cas contraire, comment intègre-t-on les informations sur les ressources humaines? • Cette procédure est-elle informatisée? À quel stade de la collecte des données? • Quel est le degré de complétude, d'actualité et de fiabilité des rapports établis? • Existe-t-il des indicateurs spécifiques pour assurer le suivi des problèmes de santé prioritaires, tels qu'identifiés dans la politique ou la stratégie sanitaire? • Comment se déroule le suivi de la mise en œuvre de la politique sanitaire?

Principe	Domaines	Questions et préoccupations d'ordre spécifique
Éthique	Éthique dans la recherche médicale Éthique dans les soins de santé	<u>Niveau national</u> • Existe-t-il un organe national chargé du contrôle des aspects éthiques de la recherche et de la prestation des soins? <u>Niveau des politiques du MINSANTÉ</u> • Existe-t-il une politique de la promotion de l'éthique dans la recherche médicale et les soins de santé? <u>Niveau de la mise en œuvre au MINSANTÉ</u> • Quels mécanismes institutionnels ont été prévus pour promouvoir et veiller à des valeurs morales élevées dans les domaines de la recherche médicale et des soins de santé? • Existe-t-il un code de déontologie pour les praticiens des divers niveaux et est-il reconnu et respecté?

Références

[1] United Nations Organization. Partnerships for Global Community: Annual Report on the Work of the Organisation; 1998. http://www.unu/p&g/wgs/

[1] Transparency International. *Global Corruption Report 2006: Health and Corruption; 2006.* 2006. http://www.transparency.org/publications/gcr/download_gcr

[1] United Nations Development Programme. *Governance for Sustainable Human Development: a UNDP Policy Document.* New York, UNDP; 1997. http://magnet.undp.org/policy/chapter1.htm

[1] Kaufman D, Kraay A, Mastruzzi M. *Measuring Governance Using Cross-Country Perceptions Data*. The World Bank; 2005. http://www.worldbank.org/wbi/governance/govdata/

[1] Graham J, Amos B, Plumptre T. *Principles for Good Governance in the 21st Century*. Policy Brief No. 15, Institute on Governance, Ottawa, Canada; 2003. http://www.iog.ca/publications/policybriefs

[1] Overseas Development Institute. *Briefing Paper: Governance, Development and Aid Effectiveness: A quick guide to complex relationships*; 2006. http://www.odi.org.uk

[1] Kaufmann D, Kraay A. *Governance and Growth: Causality which way? -- Evidence for the World, in brief*; World Bank; 2003. http://www.worldbank.org/wbi/governance/govdata2001.htm

[1] International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank. A Decade of Measuring the Quality of Governance. Governance Matters 2006, World Wide Governance Indicators. World Bank, Washington; 2006.

[1] World Health Organization. *World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance*. World Health Organization, Geneva; 2000.

[1] Saltman R B and Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. Geneva, *Bulletin of the World Health Organization*, 2000; **78**(6):732-9.

[1] Murray C J and Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000; **78**(6):717-31.

[1] Travis P, Egger D, Davies P and Mechbal A. *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Geneva, World Health Organization; 2001. http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper48.pdf

---

[1] United Nations, "Partnerships for Global Community: Annual Report on the Work of the Organisation", 1998. http://www.unu/p&g/wgs/

[2] Transparency International, "Global Corruption Report 2006: Health and Corruption", 2006. http://www.transparency.org/publications/gcr/download_gcr

[3] UNDP, *Governance for Sustainable Human Development: a UNDP Policy Document*, New York, UNDP, 1997. http://magnet.undp.org/policy/chapter1.htm

[4] Kaufman D., Kraay A., Mastruzzi M., *Measuring Governance Using Cross-Country Perceptions Data*, The World Bank, 2005. http://www.worldbank.org/wbi/governance/govdata/

[5] Graham J., Amos B., Plumptre T., *Principles for Good Governance in the 21st Century*, Policy Brief No. 15, Institute on Governance, Ottawa, Canada, 2003. http://www.iog.ca/publications/policybriefs

[6] Overseas Development Institute, *Briefing Paper: Governance, Development and Aid Effectiveness: A Quick Guide to Complex Relationships*, 2006. http://www.odi.org.uk

[7] Kaufmann D., Kraay A., *Governance and Growth: Causality which Way? -- Evidence for the World, in brief*, World Bank, 2003. http://www.worldbank.org/wbi/governance/govdata2001.htm

[8] International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, "A Decade of Measuring the Quality of Governance. Governance Matters 2006, World Wide Governance Indicators", World Bank, Washington, 2006.

[9] Saltman R. B. and Ferroussier-Davis O., "The Concept of Stewardship in Health Policy", Geneva, *Bulletin of the World Health Organization*, 2000; **78**(6):732-9.

[10] Murray C. J. and Frenk J., "A Framework for Assessing the Performance of Health Systems", *Bulletin of the World Health Organization*, 2000; **78**(6):717-31.

[11] Travis P., Egger D., Davies P. and Mechbal A., *Towards Better Stewardship: Concepts and Critical Issues*, Geneva, World Health Organization, 2001. http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper48.pdf