



ARQUITECTURA DE FINANCIAMENTO EM MOÇAMBIQUE: ENTRE RUPTURAS E CONTINUIDADES - CASOS DO PROSAÚDE E GFF

Overview

Com base no método da comparação binária¹ este *research brief*² pretende estabelecer uma análise de dois mecanismos de financiamento ao sector de saúde em Moçambique, nomeadamente o PROSAÚDE - assente no Sector Wide Approach (SWAp) e do Global Financing Facility (GFF) assente no Result-based financing. A comparação não visa encontrar o “melhor modelo” dentre os dois, mas sim encontrar as linhas de aprendizado mútuo a partir das experiências contextualizadas de implementação das duas modalidades de financiamento. A análise ancora em dois parâmetros de comparação: adesão e implementação. O texto sublinha que: (i) o PROSAÚDE resulta da necessidade de estancar a fragmentação da ajuda ao sector e reduzir os custos de transação do MISAU, enquanto que o GFF foi precipitado por um contexto particular de crise da dívida e, sobretudo, da erosão da credibilidade dos mecanismos de coordenação multi-actores, com particular enfoque para o PROSAÚDE; (ii) quanto à implementação, o PROSAÚDE baseia-se numa abordagem mais holística de financiamento, isto é, financiamento do sistema de saúde como um todo, enquanto que o GFF funda-se essencialmente no financiamento do Caso de Investimento (CI), isto é, um feixe específico das prioridades do MISAU. Entretanto, o PROSAÚDE assim como o GFF, reproduzem as lógicas de dominação centralizante, o que constituiu, em última instância, um risco enorme para a eficácia da arquitectura do financiamento ao sector.



1. Mattei Dogan et Dominique Pelassy, *Sociologie politique comparative : problèmes et perspectives*, Paris, Economica, 1982.

2. Este *Policy Brief* resulta do Estudo sobre arquitectura da assistência ao desenvolvimento no sector da saúde em Moçambique, Guambe, Muendane e Mabunda 2018, 115p. O estudo na sua forma mais desenvolvida fornece elementos mais detalhados.



1. Da fragmentação à crise da dívida: narrativas de adesão

A narrativa de adesão é um dos elementos estruturantes e condicionadores do desempenho dos mecanismos de financiamento. Entende-se por narrativa o nível de apoio político de que a arquitectura de financiamento beneficia. Neste âmbito, tanto o PROSAÚDE assim como o GFF apresentam níveis distintos de apoio político seja dos parceiros de cooperação, assim como das elites programáticas do sector de saúde e da sociedade civil, o que faz dos dois mecanismos instrumentos de competição de agendas e interesses e não uma plataforma de complementaridade e de aprendizado mútuo.

Entretanto, apesar das diferenças entre o PROSAÚDE e o GFF no que concerne à cronologia, âmbito e objectivos, os dois mecanismos partilham o facto de emergirem em contextos de crise do Estado. O PROSAÚDE, por um lado, emerge dos resquícios da Guerra Civil que durou 16 anos e afectou negativamente o sector da saúde, entre outros aspectos, através da destruição de várias infraestruturas hospitalares. Estima-se que no fim da guerra, em 1992, quase metade das 1,195 unidades sanitárias que existiam em 1985 tinham sido encerradas ou não estavam funcionais³. O GFF, por outro lado, surge num

contexto da crise das dívidas odiosas⁴, resultante do escândalo financeiro envolvendo agentes do sistema político e securitário moçambicano e outros actores internacionais, tendo resultado no corte do apoio directo ao orçamento do Estado por parte dos parceiros de cooperação.

Entretanto, apesar da similaridade em relação ao contexto de "crise do Estado", diferenças persistem em termos de narrativas de adesão aos mecanismos de financiamento. Enquanto o PROSAÚDE fundamenta-se numa narrativa assente na redução da fragmentação dos programas e projectos de assistência humanitária, geralmente impulsionados por ONG's humanitárias⁵, o GFF, por seu turno, surge como *exit strategy* ou simplesmente a alternativa de saída da crise tanto do MISAU, como beneficiário - em resultado do declínio do financiamento via fundos comuns - bem como dos parceiros de cooperação, simplesmente preocupados em mudar de um modelo esgotado em termos de credibilidade para qualquer outro que se lhes apresente⁶.

Entre os dois mecanismos, apesar da existência de um hiato entre a arquitectura de financiamento entanto que modelo e as modalidades de implementação entanto que domesticação, o PROSAÚDE parece assentar sobre dispositivos e pressupostos relativamente sólidos e consolidados, comparativamente ao GFF, que é percebido como um ajustamento circunstancial e de "pronto socorro" à situação da crise do Estado. Diferentemente do PROSAÚDE, que reuniu consensos e apoios indubitáveis na sua fase de arranque, evidenciado pelo volume de financiamento que em 2011 chegou a atingir o pico de 99 milhões de US\$, o GFF, por seu turno, entendido em alguns casos como substituição do PROSAÚDE, na sua fase de arranque construiu um ambiente em que alguns parceiros e alguns funcionários do MISAU se posicionam como detractores e outros como defensores.

Para os detractores do GFF a sua continuidade no PROSAÚDE deriva, em primeiro lugar, das vantagens do SWAp-Saúde como uma arena de coordenação e de negociação co-participada das políticas de saúde; em segundo lugar, do foco minimalista do GFF que se concentra apenas no apoio a SSRMNI&N e não no fortalecimento do sistema de saúde de forma holística como apregoa o PROSAÚDE; em terceiro lugar, do PROSAÚDE III já reorientar o foco para SSRMNI&N evidenciando que o GFF opera numa lógica de duplicação de esforços e, por último, o PROSAÚDE oferece maiores garantias de sustentabilidade das acções, para além de reduzir os custos de transacção e a burocracia.

CEPSA e MASC, 2015.

4. Bernhard Weimer e João Carrilho, A economia política da descentralização em Moçambique: dinâmicas, efeitos, desafios, Maputo, IESE, 2017, p. 115-120.

5. Agravado pela fraqueza do Ministério de Saúde (MISAU) que estava apenas começando a definir seu papel e a recuperar o "controle" do sistema de saúde após os anos de guerra civil. Para aprofundar veja Javier Martínez, « Implementing a sector wide approach in health: the case of Mozambique », 2006.

6. Guambe e Muendane, « Mecanismo de Financiamento Global (GFF): narrativas de adesão e dinâmicas de implementação », Maputo, 2019, p. 1-7.

Por seu turno, os apoiantes do GFF justificam a sua adesão ao novo mecanismo com base nas irregularidades processuais que caracterizaram o PROSAÚDE. Deficiências na gestão financeira e no sistema de *procurement*⁷ e a forte centralização dos recursos da ajuda a nível do Ministério (gabinetes) em detrimento do nível local (necessidades), concorreram para a retirada de certos parceiros do PROSAÚDE e a sua adesão ao GFF. Um elemento em comum é que a maioria dos parceiros de cooperação baseia-se nas dificuldades de funcionamento do PROSAÚDE para justificar adesão ao novo modelo e não necessariamente nas vantagens da actual arquitectura⁸. Assim, destaca-se a tese da adesão baseada na frustração pelo modelo anterior e não nas virtudes do emergente. Deste modo, o GFF apresenta-se como um “mal necessário”, pois para o MISAU, o novo mecanismo é um instrumento de saída da precariedade do financiamento ao sector público e para os parceiros de cooperação constitui uma forma de repor os compromissos administrativos nomeadamente transparência na gestão, entrega tempestiva dos relatórios de auditoria, etc.

Entretanto, existe um entendimento geral de que os mecanismos são concorrencias em vez de complementares. Ao contrário do PROSAÚDE, o GFF tem a particularidade de, a priori, parecer um modelo importado, em circulação transnacional, e adoptado em Moçambique sem um exercício sistemático de domesticação. Se as causas das reformas que ditaram a origem do PROSAÚDE, por exemplo, pareceram legítimas na altura, as razões da adesão ao GFF continuam pouco consensuais, inclusive para o próprio MISAU. Por razões de urgência, como referido acima, o modelo parece instaurar-se *ex nihilo* e sem nenhuma fundamentação, quer seja para as autoridades públicas, quer seja para os parceiros de financiamento, bem como para a sociedade civil local. A narrativa de incitação à adopção baseia-se apenas na ideia de mudança para uma gestão por resultados. No entanto, esta deixa reservas por parte de alguns doadores, sobretudo os de recursos modestos que olham para este mecanismo como uma forma de suplantar a sua visibilidade.

7. Birgit Weyss, « Analysis of Procurement Concerns identified in relevant documents and by selected sector working groups », Maputo, DFID Mozambique, 2012.

8. Para as diversas abordagens de financiamento em Moçambique vide Lies Steurs, European aid and health system strengthening. An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund, Centre for EU Studies Ghent University, 2018.



2. Dinâmicas de implementação: estrutura de diálogo, articulação e harmonização

As dinâmicas de implementação dos mecanismos de financiamento são a força motriz para o sucesso da arquitectura de financiamento. Como foi referido anteriormente, os pressupostos por detrás da adesão aos dois mecanismos foram diferentes de tal forma que a dinâmica de implementação ou estrutura de funcionamento dos dois mecanismos também divergem. Apesar dos dois mecanismos fundamentarem-se no apoio ao Plano Estratégico do Sector de Saúde, a sua implementação é distinta. Por exemplo, o PROSAÚDE baseia-se numa abordagem de financiamento holístico, na medida em que o financiamento visa o fortalecimento do sistema de saúde como um todo. O mecanismo de implementação incluía: a adopção de um Fundo Comum, a consolidação de uma liderança governamental centrada no MISAU, maior alinhamento dos doadores com a visão estratégica do Governo para a área de saúde, conformidade dos doadores aos sistemas e procedimentos de planificação e de orçamentação do Governo⁹ e, por último, a adopção de um manual de procedimento para a implementação do PROSAÚDE.

Em contrapartida, o GFF, por sua vez, rompe (parcialmente) com a visão holística de fortalecimento do sistema de saúde pois assenta fundamentalmente no financiamento baseado em resultados em áreas específicas de actuação. Deste modo, dois instrumentos de acção são privilegiados, nomeadamente: o Caso de Investimento (CI) e a Estratégia de Financiamento de Saúde (EFS). O pressuposto básico dos dois instrumentos supracitados é o de que uma vez reforçados os mecanismos de intervenção para a melhoria da Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente (SRMNIA) priorizada a partir de CI e criadas linhas de financiamento através da EFS, pouco a pouco os Governos nacionais vão apropriar-se da gestão do sector de forma sustentável e autónoma. Apesar de o GFF também estar alinhado com o Plano Estratégico do Sector da Saúde, este tem um foco mais restrito, uma vez que prioriza áreas estratégicas que terão maior impacto na melhoria da saúde infantil e materna, diferentemente do PROSAÚDE que tem um foco mais abrangente¹⁰. O GFF tem uma visão estreita do sector da saúde, na medida em que o seu foco está em investir, através do CI, na SRMNIA, negligenciando, portanto, outras componentes do sector.

9. Muriel Visser-Valfrey e Mariam Bibi Umarji, « Sector Budget Support in Practice Case Study Health Sector in Mozambique », London, Overseas Development Institute, 2010.

10. Lies Steurs, European aid and health system strengthening: An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund, PhD Dissertation in Political Science, Ghent University, 2018.

Em termos de articulação e coordenação, embora seja discutível o nível de inclusão e de legitimidade, pode afirmar-se que o PROSAÚDE privilegia vários níveis e espaços de interação e articulação entre os múltiplos actores do sector de saúde. Ao nível de formulação da agenda e de decisão técnica de topo encontra-se o Comité de Coordenação Sectorial. O segundo nível de articulação é o Comité de Coordenação Conjunta. Este é de natureza relativamente técnica e garante que as decisões do Comité de Coordenação Sectorial sejam seguidas e convertidas em instrumentos de acção. Na base e no espírito da desconcentração (e não descentralização), encontram-se os Conselhos Consultivos Locais, definidos como arenas de articulação entre as autoridades administrativas locais, incluindo de saúde, e as comunidades. O PROSAÚDE dispõe de múltiplos espaços de diálogo e de concertação entre os diferentes *stakeholders* do SNS.

Em contrapartida, em termos de estrutura de diálogo, o GFF atrofia os espaços e níveis de articulação e coordenação pois, todo o processo está centralizado ao nível do Banco Mundial (BM) e do MISAU, impossibilitando assim um espaço de diálogo com outros actores. Reside, portanto, uma articulação e coordenação bilateral, entre o MISAU e o Banco Mundial, com algum nível de intervenção muito marginal para os outros actores do sector, nomeadamente as organizações da sociedade civil. Na interação entre o BM e os Parceiros de Cooperação (PCs) há uma espécie de *décharge*¹¹, na medida em que, estes últimos, deliberadamente, delegam responsabilidades ao Banco Mundial enquanto seu intermediário na sua relação com o MISAU - de modo a beneficiarem do seu rigor fiduciário. A intermediação do Banco Mundial não significa necessariamente a perda do controlo político do sector de saúde pelos parceiros de cooperação, mas sim a reprodução da sua dominação através de modalidades de exercício de poder que evitam os custos de transação resultantes da interação directa entre os parceiros de cooperação e o MISAU.

Como se pode verificar, a estrutura de funcionamento do GFF baseia-se numa lógica de contorno do SWAp, sendo por essa razão que parceiros como a Irlanda, Suíça, Itália, Flanders, Espanha, UNICEF e UNFPA continuam a apoiar o PROSAÚDE, não só derivado da crença de que os mecanismos de implementação do GFF reduziriam a sua visibilidade, mas, sobretudo, porque estes contribuiriam para uma maior fragmentação do sistema de saúde¹². Por exemplo, existem no GFF os Indicadores de Desembolso baseados no Desempenho (DLIs) que são áreas no domínio da SRMNIA cujo financiamento é em função do interesse de cada Parceiro de Cooperação. Ora, isso mostra que apesar dos PCs estarem no mesmo mecanismo, estes encontram-se fragmentados devido à lógica interna do GFF segundo a qual cada parceiro escolhe o indicador que pretende financiar em função do seu interesse. Esta lógica abre a janela de oportunidade para a adesão fragmentada dos parceiros de cooperação que, diferentemente da lógica do PROSAÚDE em que o MISAU de forma co-participada definia as prioridades do financiamento, no GFF as prioridades são isoladamente construídas pelos parceiros, gozando de plena margem de manobra para contornar a autoridade do sector de saúde.



12. Mariam Claeson, « The Global Financing Facility—towards a new way of financing for development. », *The Lancet*, vol. 389 / 10079, 2017, p. 1588-1592.

3. Centralismo ministerial: ruptura na continuidade

No que concerne ao PROSAÚDE e o GFF, existe um dilema de controlo e performance entre o MISAU e os doadores, na medida em que, mesmo tendo ambos como prioridade a melhoria da performance do sector de saúde, o MISAU não tem incentivos para reduzir o controlo político e administrativo sobre os processos de implementação. Este factor explica por que os mecanismos de financiamento são fortemente centralizados.

A experiência do PROSAÚDE tem movido uma onda de cepticismo em relação a performance do GFF, mesmo porque este último mecanismo apropria-se das mesmas estruturas organizacionais e institucionais, outrora subversivas para o sucesso do PROSAÚDE. Existe, portanto, um receio significativo de que o GFF, apesar do discurso de financiamento baseado em resultados, possa replicar os defeitos do PROSAÚDE, pois o GFF assenta sobre uma autoridade administrativa centralizada, e titubeante, quanto a reformas de descentralização, num quadro de políticas de gestão financeira e de *procurement* ruidoso, pouco transparente e com fortes influências oligárquicas e partidárias.

Aliás, a compreensão desta estrutura centralizada/centralizadora de gestão do sector é fundamental para que se entenda a arquitectura de assistência, sobretudo os resultados da prestação de serviços de saúde. Os modelos de financiamento adoptam um discurso de reforço ao sistema reproduzindo, em muito, as práticas centralizadoras. O PROSAÚDE, por exemplo, ao se basear na ideia de apropriação, alinhamento e harmonização do financiamento, consciente ou não, reforçou o centralismo do MISAU em relação aos órgãos locais de prestação de serviço de saúde. Mesmo se a harmonização, em termos de coordenação com parceiros, ocorre igualmente aos níveis das DPS, a canalização dos recursos financeiros a partir do sistema financeiro do Estado, geridos a partir do MISAU, coloca os níveis locais à reboque e com incertezas sobre a transferência de recursos pelas autoridades centrais.

11. Béatrice Hibou, « La « décharge », nouvel interventionnisme », *Politique africaine*, N° 73, 1999, p. 6-15.

O GFF, apesar de ainda encontrar-se numa fase embrionária e sob discurso de financiamento baseado no desempenho, corre o risco de recompensar o autoritarismo central. Esta cultura centralizadora faz com que a concepção geral dos serviços de saúde continue monopólio das autoridades estatais centrais, dificultando a apropriação local e, por consequência, a articulação informada com as comunidades. Existe, neste sentido, uma partilha de responsabilidade entre os doadores e o MISAU. Os primeiros, imbuídos de conhecimento geral do contexto e de interesse em implementar modelos de financiamento, ignoram grandemente as lógicas políticas nacionais/locais que determinam a gestão dos recursos. Os últimos influenciam, intencionalmente, em seu favor, as dinâmicas da assistência financeira. Neste contexto, cria-se uma dinâmica de um sector pouco sensível ao contexto local e às comunidades beneficiárias, ficando por isso condenado à reprodução de iniquidades no acesso aos serviços de saúde.

Com efeito, esta linha centralizadora de funcionamento do SNS baixa os níveis de transparência da redistribuição dos recursos. Os níveis provinciais e distritais não têm a agenda, nem a visão sobre a disponibilidade de recursos, trabalham sob incerteza. Este modo de funcionamento coloca estes níveis locais numa forte dependência dos seus parceiros de cooperação locais, com particular enfoque para ONG's internacionais e nacionais. Na prática, a actividade de planificação aos níveis provinciais, por exemplo, transformou-se num processo de identificação do que o parceiro pode fazer. Este *modus operandi* não só banaliza as actividades do sector, como pode baixar os níveis de prestação de contas: não se sabe ao certo, a nível local, a origem dos fundos que financiam determinada actividade. Assim, o nível de prestação de contas em termos de resultados versus investimentos é complexo nos espaços de implementação, uma vez que se transformam em mosaicos de actividades, em alguns casos bem coordenados em termos de prestação e em outros nem por isso.



4. Nota conclusiva: Utopia de aprendizado mútuo?

O texto compara, embora sem a pretensão de ser exaustivo, dois mecanismos de financiamento (GFF e PROSAÚDE). No entanto, pode apreender-se da análise dos dois mecanismos que estes apresentam-se como arquitecturas de financiamento concorrentes e não propriamente complementares no suporte ao Sistema Nacional de Saúde. A justificação das valências de uma com referência aos empecilhos da outra é uma evidência da característica mutuamente exclusiva dos dois modelos. Ademais, a identificação dos empecilhos não é utilizado como móbil para a complementaridade mas sim para a descredibilização do modelo como um todo, o que justifica as referências de capitalização do aprendizado mútuo entre as duas arquitecturas de financiamento.

Neste sentido, mais do que pontos de continuidade o PROSAÚDE e o GFF apresentam evidências de ruptura, embora haja oportunidades de aprendizado mútuo. Por exemplo, o GFF, apesar de ser um financiamento selectivo, poderia recuperar o aprendizado do PROSAÚDE sob o ponto de vista de mecanismo de diálogo, adoptando a abordagem SWAp, bem como, a inovação do PROSAÚDE III, quando esta introduz o Manual de Procedimentos que fixa objectivamente os critérios de alocação dos recursos, privilegiando grandemente os distritos, com mais ou menos 80% dos fundos e o nível central com apenas 20%, simbolizando assim a preocupação com a mudança de abordagem de alocação de recursos do topo para a base.

Por sua vez, o PROSAÚDE poderia aprender do GFF a lógica de orientação para os resultados característica do Caso de Investimento, o que permitiria reorientar o foco para o fortalecimento do sistema de saúde a partir das “necessidades” concretas, subvertendo a lógica da capacitação por via dos “gabinetes”. A Estratégia de Financiamento é outro valor acrescentado do GFF, que poderia ser aproveitado e utilizado como um instrumento de mobilização financeira para o sector de saúde de forma mais ampla e integrada.

Contudo, enquanto prevalecer a tendência de descontinuidade e de concorrência entre os modelos de financiamento, o que cria, em alguns casos, crepitação, resistências e mal-entendidos, a operacionalização dos dois modelos vai desenvolver-se ao abrigo de interesses diferenciados e antagónicos, podendo gerar, de facto, fracos níveis de aprendizagem para o SNS e contribuindo, em última instância, para a insustentabilidade do sector da saúde.

Desde modo, a construção de uma estrutura oficial e perene de coordenação da ajuda e vinculativa de todas as arquitecturas, estratégias e programas de apoio ao sector de saúde (*on-budget, off-budget, result based, etc.*) numa única plataforma é fundamental para, por um lado, reduzir a assimetria de informação, os custos de transacção, a fragmentação e, por outro lado, aumentar a eficiência, o alinhamento e harmonização das estratégias com as prioridades do cidadão-utente dos serviços de saúde.

Referência bibliográfica

- CHILUNDO, Baltazar, BOAVENTURA CAU e MATAVELE, Osvaldo, «Uma análise de Economia política dos cuidados de saúde em Moçambique para informar a Fundação MASC», Maputo, CEPISA e MASC, 2015.
- CLAESON, Mariam, «The Global Financing Facility—towards a new way of financing for development.», *The Lancet*, vol. 389 / 10079, 2017, p. 1588-1592.
- DOGAN, Mattei e PELASSY, Dominique, *Sociologie politique comparative : problèmes et perspectives*, Paris, Economica, 1982.
- GUAMBE, Egídio e MUENDANE, Elísio, «Mecanismo de Financiamento Global (GFF): narrativas de adesão e dinâmicas de implementação», Maputo, N'weti, 2019, p. 1-7.
- HIBOU, Béatrice, « La «décharge », nouvel interventionnisme», *Politique africaine*, N° 73, 1999, p. 6-15.
- MARTÍNEZ, Javier, «Implementing a sector wide approach in health: the case of Mozambique», 2006.
- STEURS, Lies, *European aid and health system strengthening: An analysis of donor approaches in the DRC, Ethiopia, Uganda, Mozambique and the Global Fund*, PhD Dissertation in Political Science, Ghent University, 2018.
- VISSER-VALFREY, Muriel e UMARJI, Mariam Bibi, «Sector Budget Support in Practice Case Study Health Sector in Mozambique», London, Overseas Development Institute, 2010.
- WEIMER, Bernhard e CARRILHO, João, *A economia política da descentralização em Moçambique: dinâmicas, efeitos, desafios*, Maputo, IESE, 2017.
- WEYSS, Birgit, «Analysis of Procurement Concerns identified in relevant documents and by selected sector working groups», Maputo, DFID Mozambique, 2012.

Ficha Técnica

Propriedade: N'weti
Autores: Egídio Guambe e Elísio Muendane
Equipa técnica: Denise Namburete, Andes Chivangue, Sansão Dumangane e Gildo Nhapuala
Design gráfico: Maurício Matapisse
Direcção executiva: Denise Namburete
Ano: Outubro de 2019

