



PROSAÚDE: O Colapso dum Arquitectura de Financiamento Condenada ao Sucesso

Overview

O presente *Research Brief*¹ apresenta a trajetória bifurcada do Fundo Comum PROSAÚDE em Moçambique, assim como a combinação dos factores políticos, económicos e institucionais que contribuíram para a sua impopularidade. O Fundo Comum PROSAUDE é, por um lado, a expressão máxima da domesticação da Abordagem Sectorial Ampla (SWAp) com fundamento nos princípios da Declaração de Paris (2005), nomeadamente: apropriação, harmonização, liderança e alinhamento da assistência e, por outro lado, é uma resposta à falta de eficiência e eficácia das modalidades fragmentadas de financiamento ao sector de saúde. Baseado na pesquisa documental, trabalho de campo em 3 províncias do país (Nampula, Zambézia e Gaza), entrevistas aprofundadas com os intervenientes do sector de saúde ao nível central, provincial e distrital e, por último, com recurso a

discussões de grupo focal, esta análise evidencia que: (i) os fundos do PROSAÚDE têm revelado uma tendência decrescente proporcional ao número de parceiros de cooperação que têm vindo a abandonar esta modalidade de financiamento ao sector de saúde; (ii) concorrem para o declínio do PROSAUDE um conjunto de factores, nomeadamente: mobilidade dos actores, impacto negativo das dívidas ocultas contraídas pelo Governo de Moçambique e que levou à crise financeira do país, problemas na gestão financeira e no sistema de *procurement*, fraca eficiência, *toppings-ups*, forte centralização dos recursos, orientação para os processos e não para o resultado e mudanças internacionais nas abordagens da ajuda internacional. Conclui-se que, por um lado, o modelo de financiamento via PROSAUDE adoptando um discurso de reforço do sistema de saúde, em muito

reproduziu as práticas centralizadoras do Estado e, por outro lado, que o decréscimo dos recursos externos inscritos no OE e do nível de desembolsos dos parceiros de cooperação, para além de problemas de planificação, coordenação, harmonização e alinhamento entre os doadores e o MISAU, são um incentivo estrutural ao retorno e consolidação do regime de fragmentação da ajuda ao sector.



1. Este *Policy Brief* resulta do Estudo sobre arquitectura da assistência ao desenvolvimento no sector da saúde em Moçambique, N'weti-CeUrbe, 2018, 115p.

Trajectória do PROSAÚDE: da Fortuna à Miséria

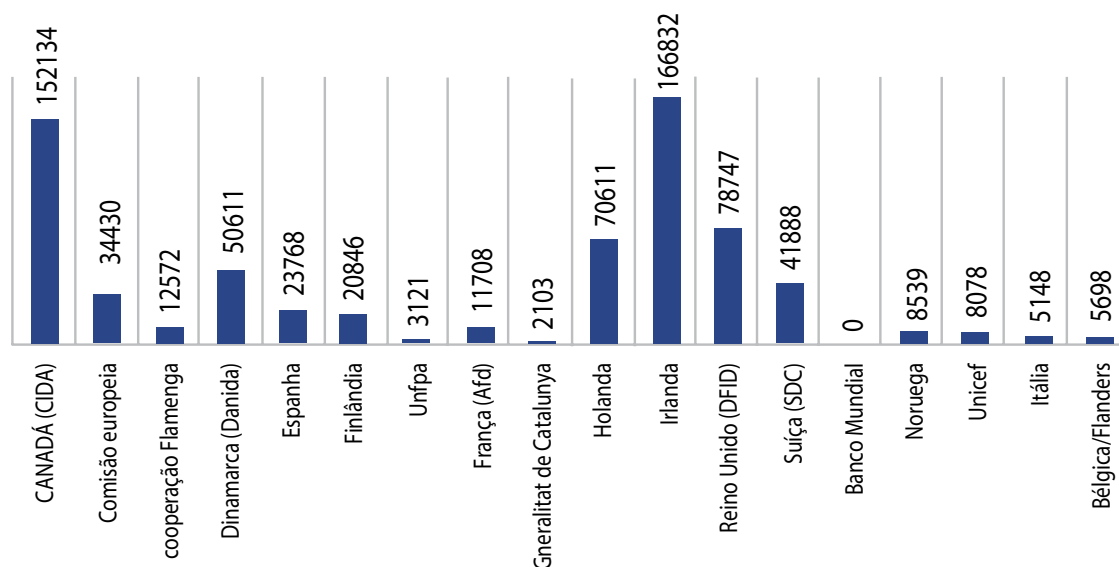
“O SWAp-Saúde de Moçambique passou a ser amplamente citado nos círculos internacionais de políticas de saúde, particularmente porque os acordos e processos ligados a ele - o código de conduta do parceiro, a estratégia sectorial, os mecanismos de coordenação e revisão - foram desenvolvidos e implementados de forma bastante rápida. Para muitos observadores externos, o SWAp da Saúde em Moçambique sintetizou todas as vantagens do sector, melhor liderança governamental, maior política sectorial e foco estratégico, uso mais eficaz da ajuda ao sector da Saúde e menores custos de transacção”².

A citação acima revela o enorme entusiasmo em torno da adopção e apropriação da abordagem SWAp para o sector da Saúde. A experiência do país foi em várias arenas citada como um caso de sucesso das modalidades de financiamento do sector da Saúde. Neste sentido, reúne consenso entre os doadores e o MISAU a ideia segundo a qual o PROSAÚDE sintetizou todas as vantagens da abordagem SWAp que, para além da adopção de um mecanismo comum de financiamento ao sector, consolidou uma liderança governamental melhorada, maior foco estratégico, utilização mais eficaz da ajuda ao sector da saúde, harmonização de sistemas e procedimentos para a adopção das regras do Governo (integração do Plano Económico e Social (PES) e Plano Operacional Anual (POA), lei do SISTAFE, lei de aquisição de bens e serviços etc.) e reduziu, significativamente, os custos de transacção, através do uso de instrumentos nacionais padrão para planificar, elaborar

orçamentos, gerir, fazer avaliações e auditorias³. O PROSAÚDE, deste modo, contribuiu significativamente para a redução do trabalho burocrático, menos pessoal e menos tempo necessário para processar e fazer a contabilidade de fundos dos parceiros de cooperação.

O *marketing* institucional do PROSAÚDE, entanto que um caso de sucesso, resultou, em parte, na mobilização e atracção de um número considerável de Parceiros de Cooperação e de financiamento a aderirem ao PROSAÚDE, entre 2008 e 2012, como uma alternativa à verticalização da ajuda ao sector. Para além do crescimento do número de parceiros que canalizaram o apoio via Orçamento do Estado (OE), financeiramente, de 2008 a 2013, o PROSAÚDE experimentou uma série temporal de prosperidade. No cômputo geral, os parceiros de cooperação contribuíram via Conta Única do Tesouro (CUT) com cerca de 696 milhões de dólares para o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e alcance do desiderato do direito universal à saúde. O gráfico abaixo indica o contributo desagregado de cada um dos parceiros do PROSAÚDE:

Gráfico 1. Desembolso dos parceiros do PROSAÚDE



Fonte: REO (2008-2018)

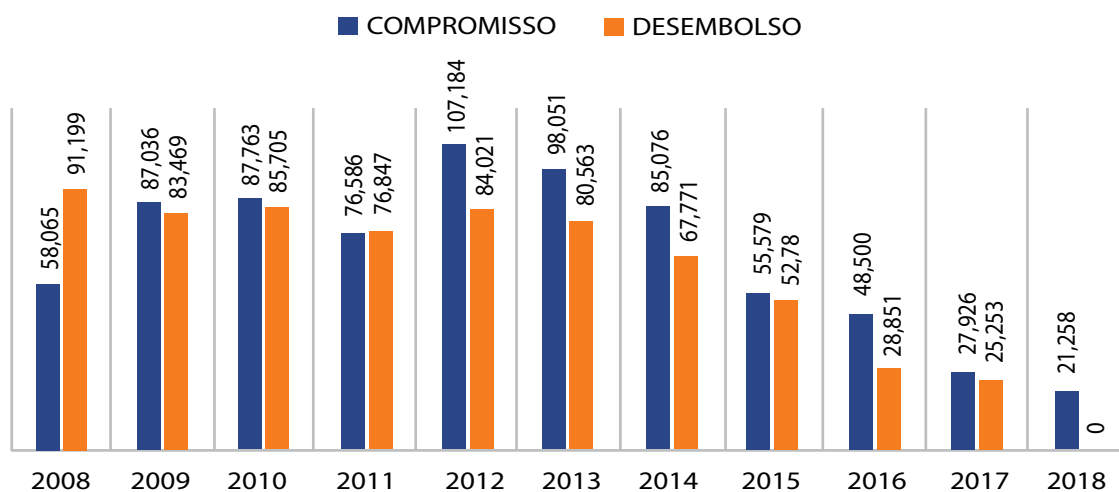
Como se pode notar pelo gráfico 1, a Irlanda, o Canadá, o DFID e a Holanda figuram como os principais financiadores do sector da saúde por via do PROSAÚDE. A Irlanda tem sido o parceiro a contribuir para o pagamento dos salários dos profissionais fora do quadro. O mapeamento dos fundos do PROSAUDE indica que, de facto, este mecanismo foi uma fonte estável de financiamento para o sector da saúde, com uma média anual de 85.8 milhões de dólares.

2. Javier Martínez, « Implementing a sector wide approach in health: the case of Mozambique », 2006, p. 1.

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

No entanto, os fundos do PROSAÚDE têm revelado uma tendência decrescente proporcional ao número de parceiros de cooperação que têm vindo a descartar esta abordagem de financiamento. O declínio do PROSAÚDE tem como marco o ano de 2013 e agudiza-se entre os anos 2016 e 2017. Neste período, tanto o compromisso assim como o desembolso não atingiram, pela primeira vez, o limiar de 50 milhões de dólares para o sector. Em 2018, apesar do compromisso dos doadores em canalizar o que seria o valor mais baixo da história do Fundo Comum, nenhum financiamento foi desembolsado. O gráfico abaixo ilustra, de facto, a tendência decrescente dos fundos do PROSAÚDE.

Gráfico 2. Tendência de financiamento do PROSAÚDE



Fonte: REO (2008-2018)

Se, por um lado, tem havido uma redução significativa dos desembolsos do PROSAÚDE, ao longo dos últimos exercícios económicos, por outro, a discrepância entre o compromisso e o desembolso real tem estado igualmente a aumentar. A título ilustrativo, o primeiro semestre de 2018 registou o maior *hiato* da história do financiamento ao sector da saúde, como ilustra o gráfico 2, acima. Este *hiato* deveu-se sobretudo à decisão dos parceiros de cooperação de suspender o apoio directo ao orçamento como consequência da ausência de esclarecimento dos contornos das dívidas ocultas de Moçambique. Enquanto o PROSAÚDE registava cerca de 21 milhões em compromissos *on-budget* e *on-CUT* em 2018, em contrapartida, cerca de USD 350 milhões foram canalizados em espécie ou através de ONG's fora do OE e da CUT⁴. Este dado revela que o PROSAÚDE tem vindo a experimentar a sua insignificância enquanto modalidade integrada de apoio ao sector da saúde. Concorrem para o declínio do PROSAÚDE um conjunto de factores, nomeadamente: mobilidade de financiamento dos actores, dívidas ocultas, problemas na gestão financeira e no sistema de *procurement*, fraca eficiência, *toppings-ups*, forte centralização dos recursos, orientação para os processos e não para o resultado e mudanças nas abordagens da ajuda internacional. O decréscimo dos recursos externos inscritos no OE e do nível de desembolsos dos parceiros de cooperação, para além de problemas de planificação, coordenação, harmonização e alinhamento entre os doadores e o MISAU, são um estímulo à fragmentação da ajuda ao sector⁵.

Procurement

Algumas reformas foram feitas com vista a oferecer maior eficiência e eficácia na área de *procurement*. Todavia, apesar da existência de instrumentos institucionais, são poucas as evidências de que os gastos com a saúde foram feitos com base em princípios lógicos de racionalização dos recursos. No que concerne à área de aquisição de bens e serviços, durante a vigência do PROSAÚDE, são vários os eventos que atestam que a aquisição de bens e serviços foi recorrentemente feita em condições que não ofereciam vantagens ao Estado, configurando, portanto, uma evidência de que o critério da economia foi pouco privilegiado nos processos de gestão financeira do MISAU.

A análise de diversos relatórios de auditoria (2008-2013) revela padrões de irregularidades nas aquisições de bens e serviços que se podem resumir nas seguintes: nenhuma evidência de que os bens adquiridos às empresas vencedoras foram efectivamente recebidos pela instituição; despesas não apoiadas por documentos originais, comprovativos e justificativos; pagamento de despesas sem autorização prévia; não submissão de contratos de fornecimento de bens e prestação de serviços à fiscalização prévia do Tribunal Administrativo, como é o caso específico de 50 viaturas do tipo ambulância adquiridas para o Serviço Nacional de Saúde à empresa Interauto Automóvel, Lda. no valor de 77.092.485,79MT. Outro caso similar foi a celebração de um contrato de fornecimento de equipamento de rastreio de cancro do colo de útero, avaliado em 5,405.773,99 MT, sem a fiscalização prévia do Tribunal Administrativo⁶.

Uma avaliação dos processos de aquisição no sector da saúde constatou que 86% dos arquivos dos processos de *procurement* do

4. Baltazar Chilundo, «Ciclo de Monitorização do IHP+ de 2016, Moçambique», Maputo, MISAU, 2016.

5. Marina Karagianis e Lidia Chongo, «Avaliação Conjunta Anual ACA XVI - 2016», Maputo, MISAU, 2017.

6. Grant Thornton, «Revisão do Relatório Financeiro do Ministério da Saúde – Prosaúde II e Fundo Global 2009», Maputo, MISAU, 2011. Tribunal Administrativo, «Relatório de Auditoria ao exercício 2011 _ PROSAÚDE», Maputo, MISAU, 2013.

MISAU foram encontrados incompletos⁷. A falta de documentos comprovativos, em particular os relacionados com a selecção de um contratante específico, representa uma séria ameaça à transparência e integridade do processo de aquisição, assim como impede avaliações *ex post* de processos de licitação e auditorias⁸. Ademais, a prática de ajuste directo nos processos de contratação mostra que os concursos organizados pelo MISAU não são competitivos. Dados da UFSA do primeiro trimestre de 2014 mostram, por exemplo, que 96,8% das adjudicações obedeceram à modalidade de ajustamento directo contra apenas 3.1% que se basearam na concorrência entre as empresas⁹. No nível central, a capacidade limitada da UFSA significa que a verificação do uso de métodos não competitivos foi sistemática. A nível provincial, o uso de métodos não competitivos nem sempre foi justificado. Estas evidências consubstanciam, inequivocamente, a constatação segundo a qual:

96,8% das adjudicações obedeceram à modalidade de ajustamento directo contra apenas 3.1% que se basearam na concorrência entre as empresas.

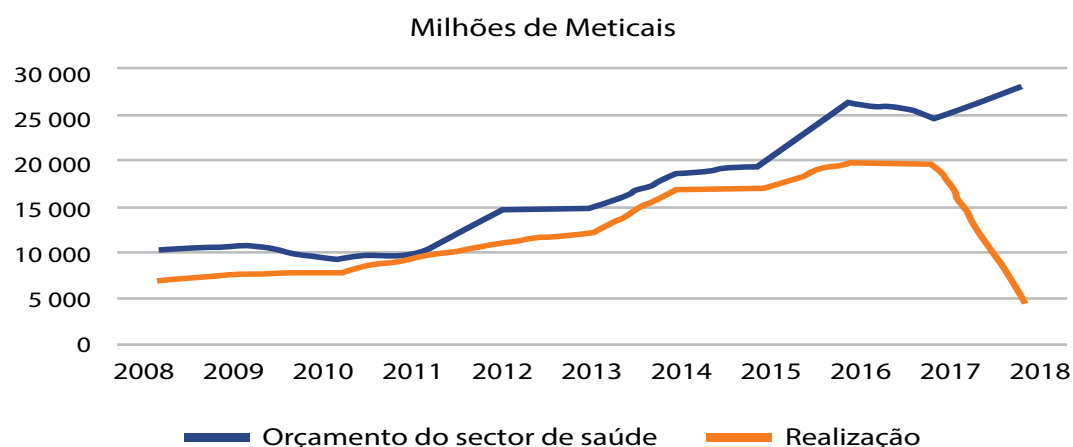
“A atribuição de licenças de construção e reabilitação de unidades hospitalares, o fornecimento de equipamentos e medicamentos estão infestados de práticas de corrupção através do pagamento de comissões pelos fornecedores ou empreiteiros a quem tem o poder de decidir sobre os concursos. Muitas das vezes, os concursos lançados nos jornais são apenas um processo de formalização. O pagamento de comissões por fornecedores a técnicos de procurement que detêm informação privilegiada é uma prática comum.”¹⁰

No que concerne à área de aquisição de medicamentos e artigos médicos em particular, a falta de transparência no *procurement*¹¹ e a precariedade do funcionamento da logística farmacêutica no SNS¹², o furto de medicamentos protagonizado pelo pessoal de saúde, farmácias públicas e importadoras para a comercialização informal¹³ e, por último mas não menos importante, a crise dos medicamentos nas unidades sanitárias, num contexto de existência de *stocks* orçados em 2 milhões de dólares e cujo prazo expira no armazém central do MISAU situado no CMAM. Estes factores, combinados, alargaram o espectro da desconfiança dos parceiros de cooperação sobre o valor do dinheiro na arquitectura do financiamento ao sector, justificando a contestação do modelo de gestão de finanças públicas do sector da saúde em particular e do país no geral, apesar dos processos contínuos e satisfatórios de melhoria do desempenho da Gestão de Finanças Públicas (GFP), tais como nos processos de contabilidade, bem como em Auditoria Interna. Entretanto, persistem deficiências no sector de aquisições públicas e na efectividade da auditoria externa constrangida pelas falhas no seguimento dos relatórios de auditoria.

Eficiência: o hiato entre o planificado e o executado

A eficiência tem a ver com o pleno emprego dos recursos de financiamento para atingir os objectivos de saúde preconizados. Neste sentido, pretende-se nesta secção responder a duas questões básicas: os resultados planificados foram executados? Se não, quais foram os principais desafios da implementação? O gráfico 3 demonstra a evolução do orçamento do sector da saúde entre o planificado e o realizado.

Gráfico 3 Evolução do orçamento do sector da saúde



Fonte: REO (2008-2018)

11. CIP, «Negócios questionáveis do sector da saúde (I): Conheça os fornecedores estratégicos do MISAU e saiba quanto ganham», Maputo, CIP, 2017, («Anticorrupção, Transparência, Integridade »).

12. Jorge Matine, A falta de medicamentos está também associada a precariedade no funcionamento da logística farmacêutica no sistema pública de saúde, Maputo, CIP, 2018.

13. CMCM, Venda informal de medicamentos na Cidade de Maputo, causas e consequências para a saúde pública, Maputo, Pelouro de Saúde e Ação Social, 2017.

7. Deloitte, «Avaliação Externa do Sistema de Procura no Sector de Saúde», Maputo, MISAU, 2012.

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

9. Torun Reite, Tim Cammack e Lurdes Tavares, « Interim Evaluation of Public Finance Management in the Mozambican Ministry of Health », Maputo, ACE International Consultants, 2014, p. 33.

10. Marcelo Mosse e Edson Cortês, A corrupção no sector da saúde, Maputo, CIP, 2006, p. 20.

O gráfico ilustra que o nível de execução do orçamento do sector da saúde situa-se abaixo do orçamento planificado. A diferença entre o orçamento planificado e executado, para além de revelar a incapacidade de absorção de recursos, demonstra a fraqueza do sector na alocação estratégica de recursos no sector¹⁴, sobretudo, os externos. A discrepância entre o orçamento planificado e executado é resultado da combinação de desvios protagonizados tanto pelos parceiros de cooperação, assim como pelo MISAU. Dados dos relatórios de Avaliação Conjunta Anual¹⁵ indicam, por exemplo, que o fosso entre o planificado e o executado deriva dos atrasos na disponibilização dos fundos pelos doadores. Por exemplo, para o ano 2011 a Comissão Europeia apenas disponibilizou o seu apoio em Dezembro daquele ano, tendo sido mais crítico o caso da Itália que disponibilizou a sua contribuição de 2011 no mês de Janeiro de 2012¹⁶. Estes atrasos derivam, em parte, da desconfiança dos parceiros de cooperação motivada pelas evidências de desvios de aplicação de fundos para pagamento de dívidas¹⁷, progressos insatisfatórios na implementação do Plano de Ação para o Fortalecimento (PAF) da Gestão Financeira no Sector da Saúde¹⁸, ausência de liquidez por parte dos doadores; retaliação a modalidades de gestão financeira não transparentes, atrasos da contraparte moçambicana de

providenciar os relatórios de auditoria¹⁹, enquanto requisito fundamental para a alocação do novo volume de fundos e ainda da desconfiança em termos de resultados objectivamente verificáveis.

Topping-Ups: do incentivo salarial ao descrédito do PROSAÚDE

Para fazer face à crescente demanda de melhores serviços de saúde, o PROSAÚDE, em colaboração com o Ministério da Saúde, criou um conjunto de incentivos para estimular o pessoal do sector, tais como: o incentivo de desempenho para o pessoal técnico afecto ao Departamento Financeiro, o suplemento salarial denominado *Topping-Up* (para especialistas moçambicanos afectos a unidades sanitárias fora da cidade e província de Maputo) e o incremento salarial para o pessoal de Direcção e Chefia e Lugares de Confiança dos Órgãos Centrais. Estes incentivos tinham como intuito suplantar o problema da retenção de pessoal qualificado para garantir a qualidade e celeridade dos serviços e facilitar o estabelecimento e a consolidação de equipas apropriadas de médicos especialistas nas Unidades Sanitárias fora da cidade e província de Maputo e redução das responsabilidades acrescidas que o pessoal de Direcção e Chefia tem assumido na liderança do processo de reforma do sector público.

Contudo, os relatórios de auditoria indicam que o MISAU efetuava pagamentos de incentivos aos funcionários sem a respectiva base legal, como são os casos de pagamento de serviços de telefonia móvel a funcionários que não exercem cargos de Direcção ou de Chefia e, ainda,

pagamento de despesa de comunicação para funcionários que exercem cargos de Direcção e Chefia acima do permitido. Nas folhas de pagamento de salário do pessoal contratado constatou-se, por exemplo, que se tinha efectuado o pagamento indevido do suplemento salarial, o *Topping-Up*, ao pessoal de Direcção e Chefia e Lugares de Confiança dos Órgãos Centrais, no valor total de 77.335.451,90 MT sem que, para o efeito, houvesse o respectivo suporte legal que autorizasse tais pagamentos²⁰.

Houve uma situação em que algum dinheiro alocado ao PROSAÚDE foi para o Topping-Up (incentivos salariais, bónus) e isso não é aceitável. Não podemos continuar a dar dinheiro para incentivos salariais. Pode-se assim dizer que essa é uma das razões [porque muitos parceiros se retiraram], pois é contra os seus termos e condições. Com o tempo fomos nos apercebendo que o Topping-Up não era direccionado para o servidor na Unidade Sanitária, mas sim para a estrutura central de gestão do PROSAÚDE²¹.

O extracto do discurso acima demonstra que o pagamento indevido ao pessoal de Direcção e Chefia e Lugares de Confiança, para além de ter contribuído para a erosão da confiança dos parceiros de cooperação, pela sua contraparte governamental representada pelo MISAU, contribuiu igual e significativamente para o abandono de alguns parceiros de cooperação dos mecanismos de financiamento via PROSAÚDE. Portanto, existe a percepção, no seio de um grupo de doadores, de que a criação de incentivos selectivos para o núcleo de coordenação e gestão das políticas de saúde contrariavam o espírito da ajuda ao desenvolvimento, pois concentravam maiores recursos nos

14. Nicolas Drossos e Berta Bunguele, *Diagnóstico dos Sistemas de Gestão de Finanças Públicas no Sector da Saúde em Moçambique*, Maputo, MISAU, 2016.

15. MISAU e Parceiros de Cooperação, «Quinta Avaliação conjunta do sector de saúde», Maputo, MISAU, 2005. MISAU e Parceiros de Cooperação, «Desempenho do sector de Saúde - Sétima avaliação conjunta anual», Maputo, MISAU, 2008. MISAU e Parceiros de Cooperação, «Desempenho do sector de saúde - Oitava avaliação conjunta anual», Maputo, MISAU, 2009. MISAU e Parceiros de Cooperação, «Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2011», Maputo, MISAU, 2012. MISAU e Parceiros de Cooperação, «Avaliação conjunta anual do desempenho do sector de Saúde 2012», Maputo, MISAU, 2013. MISAU e Parceiros de Cooperação, «Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2013», Maputo, MISAU, 2014.

16. Tribunal Administrativo, Relatório Final e Carta de Recomendações da Auditoria Financeira ao ProSaúde 2011, MISAU, Maputo, 2013.

17. Relatório de Avaliação Conjunta Anual 2007, Maputo, 2008.

18. Relatório de Avaliação Conjunta Anual 2013, Maputo, 2014.

19. O relatório de auditoria das contas do PROSAÚDE 2015 só foi enviado aos doadores em 2018. Este facto constitui uma das falhas no processo que condicionam a disponibilização dos recursos pelos parceiros de cooperação.

20. Tribunal Administrativo, «Relatório de Auditoria ao exercício 2011 - PROSAUDE», Maputo, MISAU, 2013, p. 77.

21. Entrevista com AC, Embaixada de Canadá, Maputo, 12 de Agosto de 2018.

gabinetes e não necessariamente nos resultados dos serviços de saúde, servindo, portanto, de expediente para justificar operações de procura e redistribuição de renda, pelos sectores estratégicos do MISAU. Para além da redução do volume da ajuda, a mudança de perspectiva dos parceiros de cooperação em relação aos *Topping-Ups* é, sobretudo, o resultado da orientação para o *Value for Money* das novas equipas de parceiros de cooperação destacadas para o País que abandonam o foco nos processos e adoptam uma concepção mais pragmática orientada para os resultados efectivos da ajuda. É importante realçar que o escrutínio do real impacto das contribuições dos cidadãos nas sedes sociais dos países dos doadores começa a ganhar ímpeto, o que se traduz num controlo mais rigoroso da eficácia da ajuda nos países beneficiários.

Centralização dos recursos do PROSAÚDE

É consensual que o processo de transferência de competências gestionárias para o município, no que concerne à saúde, não está a ser conduzido de forma efectiva, culminando em uma descentralização de fachada, na medida em que o processo ainda não foi acompanhado de recursos humanos, financeiros e muito menos patrimoniais²². Mesmo no Concelho Municipal da Cidade de Maputo (CMCM), que representa o exemplo mais peremptório da descentralização, a situação ainda é inconsistente com o discurso descentralizador. Embora, por um lado, tenha oficialmente assegurado o poder de gestão das unidades sanitárias, por outro lado, o CMCM, pela ausência de instrumentos de acção pública (recursos

financeiros, humanos e patrimoniais), encontra-se numa situação de dependência congénita em relação à Direcção de Saúde da Cidade de Maputo (DSCM) para fazer a gestão corrente das 28 unidades sanitárias sob sua alçada. Os estabelecimentos municipais de saúde estão subordinados ao Representante do Estado, às Direcções de Saúde Provincial e da Cidade, SDSMAS, tanto nas zonas rurais como nas principais vilas e cidades.

Muito por conta de conflitos de poder político-administrativo, verifica-se uma incapacidade de aplicação da legislação que rege a transferência de competências, a descentralização para os municípios altamente urbanizados geridos por partidos da oposição, como são os casos de Quelimane, Beira, Nampula, Nacala Porto, assim como para os municípios geridos pelo partido no poder mas com uma forte partilha do poder ao nível dos Conselhos Autárquicos, como é o caso do município da Matola, conhecem e poderão conhecer, exponencialmente, uma resistência da administração central em transferir competências na gestão administrativa e financeira do sector, uma vez que a saúde é objectivamente percebida como moeda de transacção política e de busca de constituências políticas. O princípio do gradualismo, neste caso, oferece toda a margem de contorno das imposições normativas atinentes à necessidade de descentralizar os serviços para os escalões inferiores da administração pública.

Po outro lado, no que concerne à desconcentração, regulada pela Lei 8/2003 de 19 de Maio²³, e pelo respectivo regulamento, Decreto 11/2005 de 10 de Junho²⁴, o controlo do sector de saúde recai sob as Direcções Provinciais de Saúde (DPS) e os Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social (SDSMAS).

Neste âmbito, o processo é bastante lento. Por exemplo, dos 27 Hospitais distritais e rurais planificados para o ano de 2016 apenas o Hospital Distrital de Nacala Porto havia sido beneficiário da descentralização orçamental. Problemas de natureza jurídica são geralmente apontados pelo MISAU para justificar as dificuldades na descentralização dos recursos. Para o MISAU, o facto de muitos Hospitais existirem fisicamente, mas juridicamente não estarem formalmente constituídos é a principal causa para o défice de descentralização²⁵. Facto é que a ausência de indicadores que meçam credivelmente os processos e os impactos da descentralização torna complexa uma apreciação rigorosa dos avanços e retrocessos na matéria de desconcentração dos serviços de saúde²⁶. Não obstante os esforços notáveis, tais como a criação de uma unidade de aglutinação das reformas do sector de saúde (URESS) através do diploma ministerial de 2015, que ainda carece de capacitação institucional²⁷, numa análise por âmbito, é possível notar que ainda persistem as iniquidades na alocação de recursos entre os vários níveis do sistema nacional de saúde. Ou seja, a maior parte da despesa do sector da saúde foi realizada ao nível central, seguidamente, pelo nível provincial e, por último, pelos distritos. Pese embora as DPSs tenham ganho um certo protagonismo nos processos de tomada de decisão e de utilização de recursos e o SDSMAS se considere, na engenharia institucional, como a unidade de base de planificação, na prática, os mesmos têm um papel irrelevante na decisão sobre as prioridades na alocação dos fundos, assim como na recepção dos fundos externos. O gráfico 4, abaixo, ilustra a alocação da despesa por nível territorial.

22. José Ombe e Lucas Catique, «As implicações da descentralização na gestão das Unidades Sanitárias: Um olhar para o caso do Município de Maputo», Maputo, IESE, 2017.

23. Lei 8/2003 de 19 de Maio. Estabelece princípio e normas de organização, competência e funcionamento dos órgãos locais do Estado. Boletim da República n°20, 1ª Série, Suplemento, de 19 de Maio de 2003.

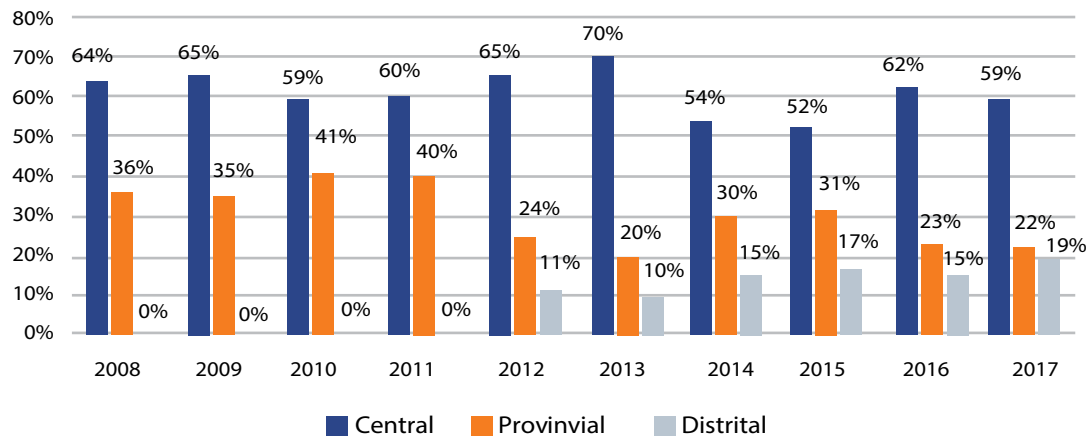
24. Decreto 5/2005 de 10 de Junho. Aprova o regulamento dos órgãos locais do Estado.

25. Marina Karagianis e Lúcia Chongo, op. cit.

26. MISAU e Parceiros de Cooperação, op. cit., p. 5.

27. Marina Karagianis e Lúcia Chongo, op. cit.

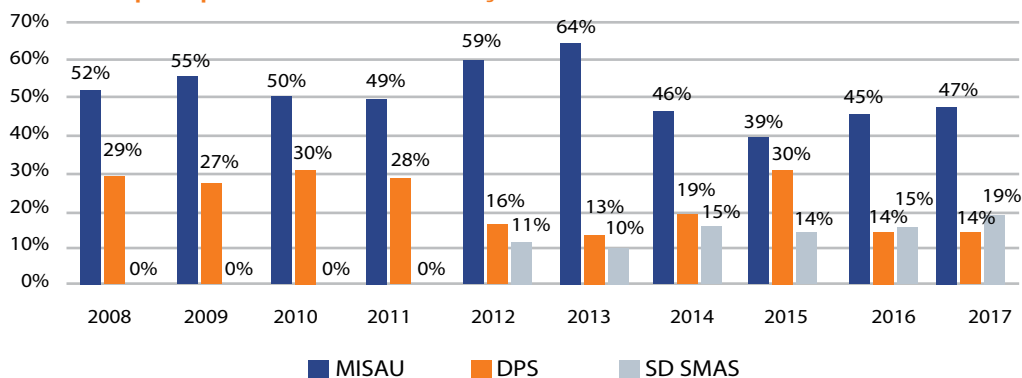
Gráfico 4 Despesa por nível territorial



Fonte: Unicef (2016) REO- DAF MISAU (2017)

A fusão do Fundo Comum Provincial e de Medicamentos ao PROSAÚDE II, num contexto em que as reformas de descentralização nunca encontraram incentivos para a sua implementação efectiva, tem contribuído significativamente para a consolidação do centralismo gestor do MISAU. Isto é, persiste o centralismo dos gastos com sector da saúde nos níveis macro em detrimento dos níveis meso e micro do sector. Numa comparação entre a alocação dos fundos em função da fonte de origem, interno e externo, constata-se que os desembolsos externos têm sido gastos ao nível central, ao passo que os recursos internos, embora centralizados, têm sido comparativamente mais partilhados com a província e o distrito²⁸. Nota-se, portanto, uma tendência histórica de centralização rígida dos recursos externos (centralização da riqueza) e uma descentralização modesta dos recursos de investimento interno (descentralização da penúria) por conta destes últimos serem alocados directamente do Ministério da Economia e Finanças (MEF). O contorno do MISAU na alocação dos fundos do PROSAÚDE para os níveis subterritoriais tem sido palco de tensão e de reivindicação da autoridade entre o MISAU e o MEF. Em termos da redistribuição orgânica das despesas, historicamente o MISAU absorveu a maior parte das despesas do sector da saúde.

Gráfico 5: Despesa por nível da administração



Fonte: UNICEF (2015-2017)

28. MISAU e Parceiros de Cooperação, «Desempenho do sector de Saúde- Sétima avaliação conjunta anual», Maputo, MISAU, 2008, p. 5.

Nota-se, portanto, uma tendência histórica de centralização rígida dos recursos externos (centralização da riqueza) e uma descentralização modesta dos recursos de investimento interno (descentralização da penúria) por conta destes últimos serem alocados directamente do Ministério da Economia e Finanças (MEF).

O tamanho do orçamento do MISAU reflecte o facto de que muitas responsabilidades ainda estão concentradas no nível central, não obstante o PESS 2014-19, ter estabelecido a descentralização como o ponto de partida da agenda de reforma do sector da saúde. Uma das razões das iniquidades territoriais está ligada aos padrões de despesa que variam de acordo com a capacidade instalada de recursos humanos e não com a necessidade, determinada por factores como a densidade populacional, o número per capita de hospitais e leitos hospitalares, os indicadores de pobreza e de privação grave de saúde²⁹. Deste modo, centros como a Cidade de Maputo que dispõem da maior rede hospitalar e maior efectivo de recursos humanos, por inércia, vão beneficiar sempre da maior alocação de recursos do que os distritos, em condições óbvias de precariedade de serviços de saúde. Neste sentido, as iniquidades tendem a persistir entre Maputo e o resto do país; entre o urbano e o rural, entre aqueles nos quintis superiores de riqueza e o resto da população, incluindo os pobres urbanos (e abrangendo os de Maputo)³⁰. Tal situação já não se pode atribuir à discriminação racial que vigorou durante o domínio colonial, mas sim às opções actuais de política de alocação dos recursos que tendem a aumentar as assimetrias regionais e sociais.

29. Bernhard Weimer, «Saúde para o povo? Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique», in *Moçambique: Descentralizar o Centralismo? Economia Política, Recursos e Resultados*, Maputo, IESE, 2012, p. 423-456.

30. Bridget O'Laughlin, «O desafio da saúde rural», in *Desafios para Moçambique 2012*, Maputo, IESE, 2012, p. 333-371.

O processo de descentralização no sector da saúde é lento – contrariando o discurso do MISAU, favorecendo a resiliência de uma gestão centralizada e baseada na lógica *top-down*³¹ herdada da trajectória histórica de construção do Estado-Nação no período pós-colonial, caracterizado pelo centralismo democrático³². Entretanto, de 2016 a 2017 é possível verificar uma tendência para a valorização dos SDSMAS que passaram, respectivamente, a absorver mais 1% e 4% dos gastos comparativamente à sua contraparte provincial³³. Isto significa que, embora tardia e titubeante, a descentralização é mais flexível do nível meso (província) para o micro da prestação de serviço. Contudo, uma vez que os SDSMAS, como todas as outras autoridades sectoriais distritais, não são normalmente uma Unidade Gestora Beneficiária (UGB), como definido no e-SISTAFE, os fundos do OE são geridos globalmente como orçamento do Governo distrital, concretamente pelo Gabinete do Secretário Permanente do distrito, que normalmente tem o estatuto de UGB. Portanto, há problemas de gestão resultantes desta estrutura que têm um efeito negativo na prestação de serviços de saúde³⁴.

Nota Conclusiva

Do processo de domesticação do PROSAÚDE na arquitectura de apoio ao sector de saúde, duas são as conclusões pertinentes: em primeiro lugar, ficou evidente que a causa do colapso desta modalidade de financiamento não está necessariamente no modelo, mas sim, nos mecanismos de implementação e de gestão. O modelo de financiamento via PROSAUDE adoptando um discurso de reforço do sistema de saúde em muito reproduziu as práticas centralizadoras e autoritárias do Estado. Isto é, a abordagem SWAp repousou sobre alicerces constrangidos por um conjunto de práticas administrativas e políticas herdadas do passado e com um potencial gerador de baixa eficiência e eficácia dos modelos de ajuda ao sector de saúde. A elevada autonomia concedida ao MISAU na gestão dos fundos do PROSAÚDE e o fluxo massivo de recursos acompanhado de uma fraca capacidade institucional, de controlo, de prestação de contas e de responsabilização tiveram como resultado a captura do PROSAÚDE pelas elites administrativas ao nível central em detrimento das estruturas descentralizadas e desconcentradas do Estado.

Em segundo lugar, o colapso do PROSAÚDE enquanto que modelo integrado de financiamento ao sector de saúde, para além de problemas de planificação, coordenação, harmonização e alinhamento entre os doadores e o MISAU, são um incentivo estrutural ao retorno e consolidação do regime de fragmentação da ajuda. Este regime é uma herança da primeira vaga de apoio ao sector de saúde no contexto da emergência e é caracterizado pela multiplicação de parceiros de cooperação, acompanhada por uma segmentação de estratégias de intervenção como resultado das múltiplas agendas dos parceiros. É factual que o colapso do PROSAÚDE significa para o sector de saúde um aumento considerável dos custos de transacção, isto é, um notável esforço do sector para articulação, coordenação e prestação de contas em resposta a complexidade das agendas, interesses e processos dos doadores que é muito diversificada e muitas vezes dialética. Portanto, com o colapso do PROSAÚDE perde-se uma enorme oportunidade de garantir uma melhor capacitação institucional do sector, uma maior aprendizagem e maior sustentabilidade, independentemente dos resultados de saúde em si.

31. Lúcio Posse, «Descentralização no sector de saúde em Moçambique: Um processo sinuoso», Maputo, IESE, 2018, (« IDEAIS »), p. 2.

32. Michel Cahen, *Mozambique, la révolution implosée : études sur 12 ans d'indépendance, 1975-1987*, Paris, L'Harmattan, 1987.

33. UNICEF, «Informe Orçamental 2016: Saúde», Maputo, UNICEF, 2016, p. 1-16. UNICEF, «Informe Orçamental 2017: Saúde», Maputo, UNICEF, 2017, p. 1-24.

34. Bernhard Weimer, op. cit.



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