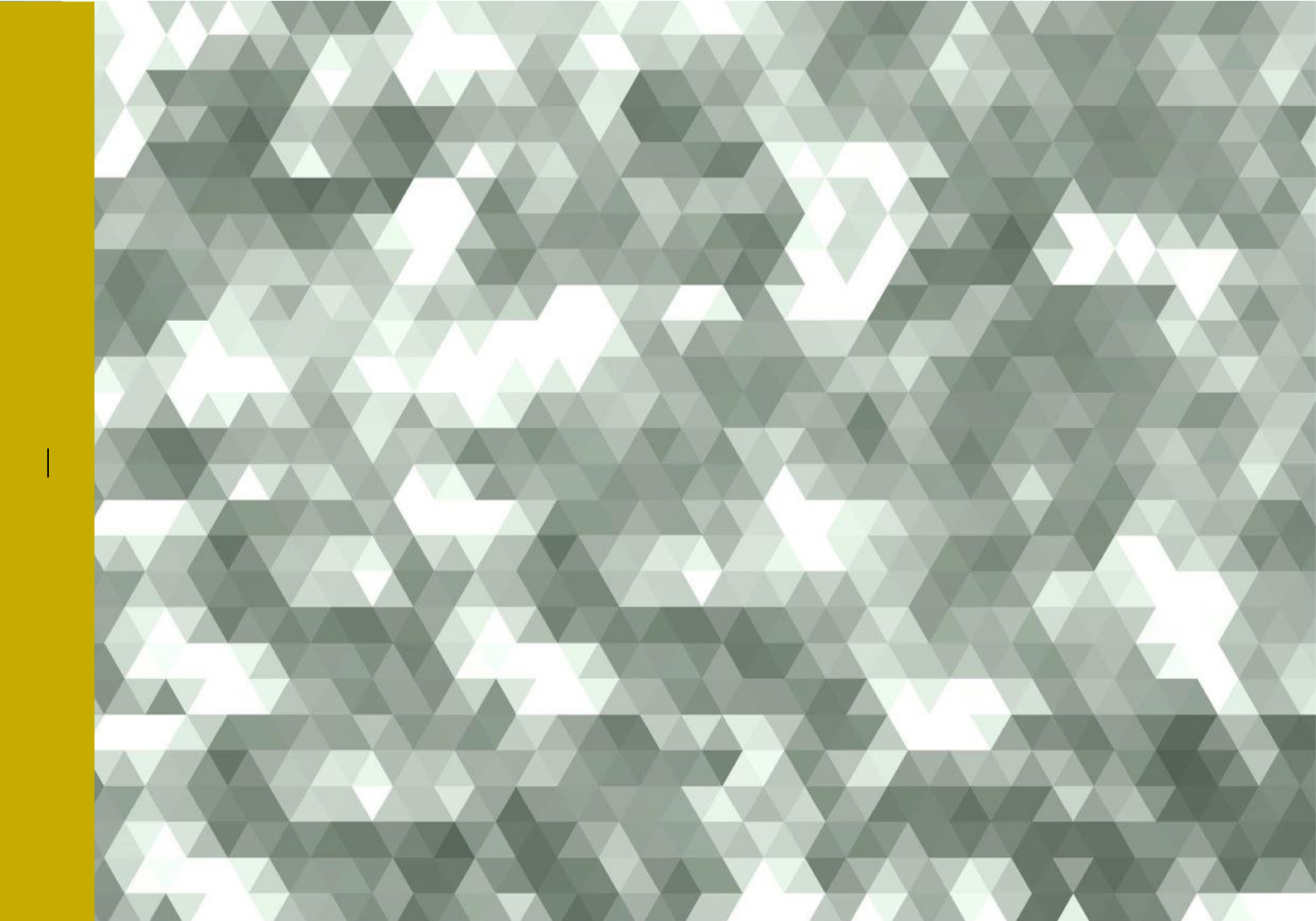




Relatório de Auditoria

Subvenções do Fundo Global à República de Moçambique

GF-OIG-17-006
10 de março de 2017
Genebra, Suíça

A versão deste relatório em português é uma tradução de cortesia,
apenas o texto em língua inglesa faz fé.

Índice

Índice	2
I. Enquadramento	3
II. Âmbito e classificação	6
o1 Âmbito	6
o2 Classificação	6
III. Resumo	7
IV. Conclusões e medidas de gestão acordadas	11
V. Quadro das medidas acordadas	26
Anexo A: Mensagem do Diretor Executivo	27
Anexo B: Classificação geral da auditoria	29
Anexo C: Metodologia	30

I. Enquadramento

Contexto nacional

Moçambique é um país de rendimento baixo com uma população de 27,98 milhões de habitantes¹ e um produto interno bruto de 14,67 mil milhões de USD em 2015. O país ocupa o 180.º lugar entre os 188 países constantes do relatório sobre o índice de desenvolvimento humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).² O Índice de Perceção da Corrupção de 2016 da Transparency International classificou o país na 142.ª posição entre um total de 176.

Com uma dotação de aproximadamente 9%³ do orçamento total para o setor da saúde, o país depende fortemente dos parceiros de desenvolvimento externos para financiar as intervenções de saúde pública. Um fundo comum do setor da saúde (ProSaude) é apoiado por doadores como a Irlanda, a Cooperação Técnica da Bélgica, a Cooperação para o Desenvolvimento Suíça e o Canadá. O Governo dos Estados Unidos da América e o Fundo Global são os maiores doadores, financiando intervenções no domínio do VIH, da TB e da malária.

O país enfrenta atualmente dificuldades decorrentes de uma desvalorização da moeda local e do conflito em curso nas províncias da Zambézia, Nampula e Sofala. As condições económicas e sociais deterioraram-se com a suspensão pelo Fundo Monetário Internacional e os parceiros de desenvolvimento, em abril de 2016, do auxílio financeiro a Moçambique por motivos de dívidas não divulgadas.⁴

Os recursos humanos para a saúde enfermam de graves constrangimentos com 1,74 profissionais de saúde por 1000 habitantes⁵ comparados com o mínimo de 2,5 por 1000 habitantes recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A infraestrutura sanitária de Moçambique foi devastada por décadas de guerra. Apesar das substanciais obras de reconstrução, a rede de unidades de saúde continua a ser desadequada para a dimensão e distribuição da população. Em 2015, era de 17 585 o número de habitantes por unidade de saúde.⁶ A despesa com a saúde, cifrada em 42 USD *per capita*, é a mais baixa da região e situa-se muito abaixo dos 60 USD recomendados pela OMS.⁷ O financiamento do setor da saúde disponibilizado pelo Governo de Moçambique é prioritariamente aplicado em recursos humanos e noutros gastos recorrentes.⁸

O Sistema Nacional de Saúde encontra-se descentralizado nas 11 províncias, 30 municípios e 157 distritos. O Ministério da Saúde define a orientação e a política estratégicas para o setor da saúde. As Direção-Geral de Saúde provincial define a política técnica e supervisiona os distritos e os hospitais provinciais, ao passo que as unidades de saúde se encontram sob a alçada das autoridades distritais.⁹ Os programas nacionais para as doenças são responsáveis pelo desenvolvimento das suas estratégias e diretrizes específicas. O país conta aproximadamente com 1591 unidades de saúde e hospitais rurais. Existem ainda cerca de 3500 profissionais de saúde que prestam serviços a nível das comunidades.

As três doenças em Moçambique

VIH

A OMS estima que 1,6 milhões de pessoas vivem com o VIH em Moçambique. Este número coloca o país entre os quatro primeiros a nível mundial e representa 5% da prevalência global da doença. A taxa de incidência do VIH atingiu o seu pico em 2001 (1,81%), tendo diminuído para 0,98% no final

¹ Banco Mundial, Perfil do País, <http://data.worldbank.org/country/mozambique>

² Relatório sobre o Desenvolvimento Humano de 2015 do PNUD

³ Avaliação ACEN do Plano Estratégico Moçambicano para o Setor da Saúde de 2013

⁴ <https://www.imf.org/external/np/sec/pr/2016/pr16184.htm>

⁵ Relatório anual sobre recursos humanos do Ministério da Saúde de Moçambique, 2015

⁶ Banco Mundial, Perfil do País, <http://data.worldbank.org/country/Mozambique> (população) e dados do SISD sobre as unidades de saúde (2016)

⁷ Banco Mundial, Perfil do País, <http://data.worldbank.org/country/Mozambique>

⁸ Relatório da Saúde em Moçambique, UNICEF, 2014 e 2015

⁹ Nota Concetual de Moçambique para o VIH/TB, outubro de 2014

de 2013. A ONUSIDA estima que a prevalência entre a população adulta é de 10,5%.¹⁰ Verificam-se variações regionais substanciais na prevalência do VIH entre 25,1% nas províncias meridionais e 3,7% nas províncias setentrionais. O país realizou os seguintes progressos em termos do controlo e tratamento do VIH e da SIDA:

- Entre 2000 e 2014, a taxa de mortalidade causada pelo VIH diminuiu 9% e a incidência do VIH desceu 57%.¹¹
- O número de pessoas que estão a receber tratamento antirretroviral aumentou mais de 40%, de 646 312 para 922 054 (entre 2013 e 2016);
- É universal o conhecimento das mulheres grávidas que recebem cuidados pré-natais e das Pessoas com TB do seu estado seropositivo;¹² e
- Mais de 87% das mulheres grávidas seropositivas recebem tratamento antirretroviral para reduzir os riscos de transmissão de mãe para filho.

Malária

Moçambique regista 3% da incidência global e está posicionado em 6.º lugar no mundo. A malária é endémica em todo o país e toda a população está em risco, sendo que o pico é atingido durante a estação das chuvas de dezembro a abril. Foram feitos progressos na redução da mortalidade relacionada com a malária. A mortalidade causada pela malária diminuiu 74% entre 2000 e 2014.¹³ A incidência da malária também diminuiu 37%.¹⁴ O país dispõe de acesso universal a testes diagnósticos e ao tratamento da malária não complicada. À data da presente auditoria (outubro de 2016), o país tinha iniciado, com o apoio do Fundo Global, a distribuição universal de mosquiteiros para combater as infeções por malária.

Apesar do progresso registado, a incidência da malária permanece elevada; a OMS estima que a incidência era de 335 por 100 000 habitantes em 2015.

Tuberculose

Moçambique regista a terceira e quarta taxas mais elevadas de incidência e prevalência da TB, respetivamente, de entre os 22 países de maior incidência da OMS. Entre 2000 e 2014, a taxa de mortalidade causada pela TB diminuiu 25% e a incidência aumentou 5%.¹⁵ Estima-se uma ocorrência anual de 2800 casos de TB multirresistente.¹⁶ A OMS estima uma prevalência da TB em 2015 de 551 por 100 000 habitantes¹⁷, a qual se tem mantido estável nos últimos anos. Com o apoio do Fundo Global e dos parceiros, a taxa de sucesso do tratamento da TB aumentou para 89%.

À data desta auditoria, o país estava a planear a sua primeira sondagem sobre a prevalência da TB a nível nacional. Prevê-se que esta venha a fornecer um quadro mais atualizado e exato da TB em Moçambique.

Apoio do Fundo Global em Moçambique

No total, o Fundo Global assinou 17 subvenções que ascendem a 0,9 mil milhões de USD, dos quais haviam sido desembolsados 620 milhões em setembro de 2016. Existem seis subvenções ativas que ascendem a 529 milhões de USD, dos quais haviam sido desembolsados 222 milhões aos três Beneficiários Principais em setembro de 2016. O país encontra-se em fase de implementação de um mecanismo duplo de acompanhamento financeiro. A partir de 2011, o Fundo Global optou por não participar no fundo comum do setor da saúde (ProSaude).

O Ministério da Saúde é o Beneficiário Principal do setor público e existem duas Organizações Não Governamentais – World Vision e Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC):

¹⁰ <http://aidsinfo.unaids.org/>

¹¹ Banco Mundial, Perfil do País, <http://data.worldbank.org/country/mozambique>

¹² A OMS define “universal” como sendo superior a 90%

¹³ Banco Mundial, Perfil do País, <http://data.worldbank.org/country/mozambique>

¹⁴ Nota Concetual de Moçambique, outubro de 2014

¹⁵ Banco Mundial, Perfil do País, <http://data.worldbank.org/country/mozambique>

¹⁶ Relatório Global sobre a TB da OMS, 2016

¹⁷ Organização Mundial da Saúde, perfis dos países em matéria de tuberculose,

https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=MZ&LAN=EN&outtype=html

- O Ministério da Saúde (MISAU) é responsável pelas subvenções para o VIH, a TB e a malária no setor público com orçamentos que totalizam 445 milhões de USD. Implementa também este Ministério uma subvenção para o reforço dos sistemas de saúde com um orçamento de 16,8 milhões de USD.
- A Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), uma organização não governamental local, conduz atividades no âmbito do VIH e da TB a nível comunitário, com um orçamento de 22 milhões de USD.
- A World Vision, uma organização não governamental internacional, administra uma subvenção para a malária com um orçamento de 45 milhões de USD.

Aproximadamente 84% das subvenções do Fundo Global a Moçambique são aplicados na aquisição de medicamentos e produtos de saúde. Os medicamentos e os produtos de saúde são adquiridos através do mecanismo de aquisições agrupadas do Secretariado e do Centro Global de Medicamentos (CGM) do Fundo Global. A armazenagem e distribuição de medicamentos e produtos de saúde encontram-se descentralizadas em Moçambique. A Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), um departamento do Ministério da Saúde, armazena e distribui medicamentos até ao nível provincial. Os departamentos de saúde provinciais assumem a responsabilidade pela sua distribuição pelos armazéns distritais. As unidades de saúde/hospitais recebem os medicamentos dos armazéns distritais ou provinciais.

Em termos de atenuação dos riscos, a mercantilização das subvenções visa reduzir o montante de fundos desembolsados diretamente ao país, estimado em 16% do orçamento total do portefólio. O Fundo Global instituiu medidas para reduzir ainda mais os riscos fiduciários no portefólio, incluindo a análise trimestral das despesas e a verificação dos processos de aquisição antes da assinatura dos contratos realizadas pelo Agente Local do Fundo.

A última auditoria do GIG ao portefólio, realizada em 2012¹⁸, destacou vulnerabilidades a nível da capacidade do Ministério da Saúde. Foram implementadas medidas fundamentais para melhorar a qualidade da prestação dos serviços, a eficiência das aquisições e a fiabilidade dos dados com vista à tomada de decisões. O país resolveu alguns dos problemas relacionados com a cadeia de abastecimento. No entanto, algumas debilidades em termos de capacidade do Ministério da Saúde e os problemas de qualidade da prestação de serviços continuam por resolver.

¹⁸ Relatório de auditoria do país sobre as subvenções em Moçambique (número de relatório do GIG GF-OIG-11-018)

II. Âmbito e classificação

01 Âmbito

A auditoria procurou apresentar garantias sobre se:

- (i) as modalidades de implementação das subvenções são adequadas, eficientes e eficazes para alcançar os objetivos das mesmas; e
- (ii) os controlos e mecanismos de garantia no âmbito da cadeia de abastecimento são adequados e eficazes para assegurar a disponibilidade aos pacientes de medicamentos e produtos de saúde com garantia de qualidade.

A auditoria abrangeu as subvenções implementadas, entre janeiro de 2014 e junho de 2016, por dois Beneficiários Principais - o Ministério da Saúde da República de Moçambique e a Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC) - e respetivos Beneficiários Secundários. O Ministério da Saúde é responsável pelas subvenções para o VIH, a TB, a malária e o Reforço dos Sistemas de Saúde, enquanto a FDC administra a subvenção para o VIH/TB.

O GIG visitou os Beneficiários Principais e os Beneficiários Secundários e procedeu a uma amostragem de 19 locais em cinco províncias moçambicanas; estes locais incluíam armazéns e unidades de saúde. No decurso do planeamento da auditoria e das fases de trabalho de campo, os auditores mantiveram contactos com os parceiros nacionais.

A presente auditoria não abrangeu atividades de aprovisionamento realizadas no âmbito do mecanismo de aquisições agrupadas do Fundo Global nem da subvenção para a malária da qual a World Vision é o Beneficiário Principal. A subvenção da World Vision não se enquadrou no âmbito da auditoria em função dos seus riscos comparativamente baixos face às demais subvenções. O GIG não procedeu a uma verificação circunstanciada das despesas uma vez que o Secretariado incumbiu o Agente Local do Fundo de analisar trimestralmente 80% das transações financeiras. Estes relatórios foram analisados pelo GIG.

02 Classificação

Risco operacional	Classificação	Referência a conclusões
As modalidades de implementação das subvenções são adequadas, eficientes e eficazes para alcançar os objetivos das mesmas	Requer melhoria substancial	1,1, 1.2, 1.3, 3 e 4
Os controlos e mecanismos de garantia no âmbito da cadeia de abastecimento são adequados e eficazes para assegurar a disponibilidade aos pacientes de medicamentos e produtos de saúde com garantia de qualidade.	Requer melhoria substancial	2.1 e 2.2

III. Resumo

Moçambique é um dos países de elevado impacto do Fundo Global, com um financiamento de 629 milhões de USD reservado para o ciclo de financiamento de 2014-2017 e subvenções assinadas no valor de quase mil milhões de USD desde a criação do Fundo Global. Desde 2015, cabem a Moçambique 8,7% do número total de pessoas atualmente a receber terapia antirretroviral nos países apoiados pelo Fundo Global, 1,21% de novos casos de tuberculose com baciloscopia positiva detetados e tratados e 3,7% do número total de mosquiteiros distribuídos.

A implementação de intervenções de cuidados de saúde em Moçambique é afetada pelas limitações em termos de disponibilidade de profissionais de saúde e de acesso a unidades de saúde, bem como pelos conflitos em curso em determinadas regiões do país. A recente recessão económica e as elevadas taxas de inflação poderão prejudicar os esforços do governo para aumentar a dotação de fundos para o setor da saúde.

A presente auditoria incidiu sobre a avaliação da eficácia das modalidades de implementação para alcançar objetivos das subvenções e sobre os controlos e mecanismos de garantia no âmbito da cadeia de abastecimento.

Eficácia e eficiência das modalidades de implementação, incluindo estruturas e mecanismos de supervisão

As subvenções em Moçambique são implementadas através do mecanismo duplo de acompanhamento financeiro, o qual aumentou a cobertura. O número de pessoas que estão a receber tratamento antirretroviral aumentou mais de 40% entre 2014 e 2016, de 646 312 para 922 054. A taxa de notificação de casos de TB aumentou 26% (de 48 749 para 61 559) entre 2013 e o final de 2015. Verifica-se igualmente confirmação universal de malária não complicada antes do tratamento. Tal teve como resultado uma redução da mortalidade relacionada com as três doenças. Foi implementado um Sistema de Informação Sanitária Distrital com o fim de disponibilizar dados a todos os níveis. No entanto, não se verificou uma melhoria proporcional e consistente da qualidade do diagnóstico e do tratamento dos pacientes. Tal deve-se a uma supervisão, coordenação e gestão ineficazes das intervenções financiadas.

Diagnóstico: os testes de proficiência conduzidos pelo Instituto Nacional de Saúde em Moçambique apontam para debilidades de diagnóstico das três doenças. Estes testes destinam-se a assegurar que os prestadores realizem diagnósticos corretos em consonância com as normas da OMS. Alguns prestadores de serviços de teste do VIH falharam os testes de proficiência, o que aumenta os riscos de diagnósticos incorretos dos pacientes. Tal significa que existe o risco de as pessoas seropositivas não receberem tratamento e de as pessoas seronegativas serem desnecessariamente encaminhadas para tratamento. Um diagnóstico correto é crítico, sobretudo no caso do VIH, num momento em que o país implementa os programas “Test and Start” e Opção B+¹⁹ em que os pacientes seropositivos começam imediatamente a receber tratamento antirretroviral.

Tratamento: o país continua a registar baixas taxas de retenção de pacientes no tratamento antirretroviral e da TB multirresistente apesar da maior cobertura das intervenções. Atualmente, só 66% dos pacientes com VIH permanecem em tratamento antirretroviral ao fim de 12 meses após a iniciação. Do mesmo modo, 38% da coorte de pacientes que iniciaram tratamento da TB multirresistente morrem, desenvolvem reações aos medicamentos ou são perdidos no seguimento ao cabo de 24 meses. As taxas de notificação e deteção de casos de TB também se têm mantido baixas apesar da disponibilidade de recursos da subvenção para colmatar as lacunas.

¹⁹ A Opção B+ constitui uma abordagem para utilizar medicamentos antirretrovirais destinados a prevenir a transmissão do VIH de mãe para filho, também designada como transmissão perinatal ou vertical, que ocorre quando o VIH é transmitido de uma mulher seropositiva ao bebé durante a gravidez, o trabalho de parto e o nascimento ou a aleitação.

Embora os problemas supracitados não sejam exclusivos de Moçambique, a taxa de retenção de pacientes no tratamento antirretroviral do país é a mais baixa da região. O Secretariado identificou a qualidade dos serviços como um problema importante no seu registo de riscos empresariais. O Fundo Global está atualmente a desenvolver instrumentos para identificar e solucionar de forma proativa problemas relacionados com a qualidade dos serviços nos programas que financia. Apesar da disponibilidade limitada de instrumentos empresariais para identificar problemas de qualidade dos serviços, a Equipa Nacional de Moçambique identificou algumas das lacunas supramencionadas e disponibilizou recursos para as colmatar. Todavia, as dificuldades verificadas nas modalidades de implementação têm retardado a aplicação de medidas para resolver os problemas sistémicos, como se passa a explicar:

Mecanismo de supervisão: o Mecanismo de Coordenação do País foi reforçado através de um programa de assistência técnica apoiado pelo Governo dos Estados Unidos da América. O Mecanismo de Coordenação do País estabelece relações com as partes interessadas nacionais para obter financiamento do Fundo Global, mas não supervisiona de modo eficaz a implementação das subvenções. O envolvimento dos quadros superiores do Ministério da Saúde nas atividades do mecanismo é reduzido. A implementação das medidas definidas nas suas reuniões carece de acompanhamento. A nível do Ministério da Saúde, a gestão superior não supervisiona com regularidade a implementação das subvenções e a resolução dos desafios identificados.

A coordenação esporádica e inconsistente das dez agências de implementação no âmbito do Ministério da Saúde resultou em atrasos em atividades fundamentais. Existe ainda uma duplicação das atividades para as populações-chave afetadas por parte de diferentes doadores e do Fundo Global.

A Unidade de Gestão de Projetos responsável pela coordenação da subvenção do Fundo Global no Ministério da Saúde não possuía a capacidade técnica e de gestão necessária para assegurar a implementação eficaz da subvenção. Este aspeto retardou a implementação de atividades para abordar desafios programáticos identificados. Como resultado, em larga medida, desta débil capacidade de implementação, só 25% dos fundos desembolsados ao Ministério da Saúde foram aplicados. Por outro lado, uma má gestão financeira dos fundos desembolsados ao país resultou num potencial prejuízo cambial de 4 milhões de USD para a subvenção decorrente da desvalorização da moeda local.

O Secretariado do Fundo Global reforçou o envolvimento com os parceiros e os implementadores nacionais através de visitas regulares ao país. Identificou igualmente alguns dos desafios apontados na presente auditoria e estabeleceu medidas para superá-los. Existem, no entanto, áreas de melhoria potenciais, no âmbito da gestão do portefólio pelo Secretariado, para resolver alguns dos problemas identificados. Por exemplo, as subvenções do Ministério da Saúde incluíam medidas definidas de comum acordo a aplicar pelo implementador para que os fundos fossem desembolsados. Uma destas medidas encontra-se pendente de aplicação desde 2013. Este facto tem retardado a implementação das atividades da subvenção para melhorar a qualidade da prestação dos serviços.

Nos últimos anos, o país realizou progressos consideráveis em termos da luta contra as três doenças. No entanto, as grandes debilidades verificadas a nível do Ministério da Saúde e do Mecanismo de Coordenação do País representam um obstáculo à implementação e supervisão efetivas das subvenções. As modalidades de implementação das subvenções são, por conseguinte, classificadas como **requerendo melhoria substancial**.

Controlos e mecanismos de garantia no âmbito da cadeia de abastecimento

Com 84% dos fundos afetados à aquisição de medicamentos e produtos de saúde, a mercantilização das subvenções para as três doenças tem assegurado a disponibilidade de fármacos no país. O Governo suporta os custos de distribuição no país de medicamentos e produtos de saúde adquiridos ao abrigo das subvenções. A Equipa Nacional incumbe o Agente Local do Fundo de proceder a análises regulares de alguns aspetos da cadeia de abastecimento, incluindo o rastreio de produtos de

saúde, o que contribuiu para uma melhor reconciliação dos inventários nas unidades de saúde. Desde a última auditoria do GIG em 2012, a CMAM tem recebido o apoio do Fundo Global e dos parceiros para estabelecer controlos com vista a melhorar a distribuição de medicamentos. Tal inclui o desenvolvimento de Indicadores-Chave do Desempenho para monitorizar o desempenho da CMAM.

Embora a cadeia de abastecimento seja capaz de distribuir medicamentos, existem lacunas a nível de armazenamento, distribuição e sistemas de gestão logística que criam ineficiências.

Armazenamento: não existe espaço físico suficiente nem medidas adequadas para monitorizar e controlar a temperatura dos armazéns. Todos os armazéns visitados estavam a transbordar de produtos, excedendo várias vezes os níveis de densidade recomendados nas orientações da OMS. As condições de armazenamento não suportam os reforços planeados ao abrigo das três doenças, sobretudo com o arranque do programa “Test and Start” para o VIH, que se prevê venha a aumentar o volume de medicamentos em 76%.

Distribuição: o programa para o VIH distribui, em geral, medicamentos através de um mecanismo *pull* baseado nos pedidos das unidades de saúde. No entanto, é utilizada a combinação de mecanismos de distribuição *push* e *pull* nos programas para a TB e para a malária em toda a cadeia de abastecimento. As ineficiências relacionadas resultam em ruturas de existências em determinados níveis da cadeia de abastecimento, enquanto outros locais registam caducidades.

Sistemas de Informação de Gestão Logística: desde a última auditoria do GIG, o país implementou iniciativas para melhorar os seus sistemas de informação. No entanto, os sistemas existentes que recolhiam dados de distribuição e consumo não foram efetivamente integrados a fim de prestar informações fiáveis para o planeamento do abastecimento. O país tem consistentemente comunicado divergências entre os dados de distribuição e consumo de medicamentos que continuam por resolver.

Mecanismos de garantia da qualidade no país: os medicamentos e os produtos de saúde no âmbito das subvenções são adquiridos através do Mecanismo de Aquisições Agrupadas e do Centro Global de Medicamentos junto de fornecedores qualificados da OMS. São limitados os mecanismos nacionais existentes para monitorizar regularmente a qualidade dos medicamentos ao longo da cadeia de abastecimento em linha com os requisitos do Fundo Global. Não existe em Moçambique qualquer laboratório pré-qualificado pela OMS ou possuidor de certificação ISO 17025 que garanta a qualidade dos medicamentos adquiridos. O Fundo Global afetou recursos por forma a que o país possa assegurar os serviços de laboratórios pré-qualificados pela OMS no estrangeiro, mas os processos de aquisição ainda não foram concluídos. As condições de armazenamento e distribuição no país exigem monitorização regular da eficácia dos produtos de saúde em toda a cadeia de abastecimento.

As lacunas contribuíram para ruturas de existências e caducidades em toda a cadeia de abastecimento. Verificaram-se ruturas de existências de magnitude variável a todos os níveis, sendo que a situação está a agravar-se ao nível mais baixo das unidades de saúde. Embora o Ministério da Saúde tenha criado medidas para comunicar a caducidade de medicamentos, como o GIG recomendou durante a auditoria de 2012, não foram consistentemente implementados a todos os níveis da cadeia de abastecimento. Com as limitadas informações disponíveis, a auditoria registou caducidades no valor de 1 milhão de USD.²⁰ As caducidades poderiam ser potencialmente mais expressivas se fossem consistentemente registadas pelo programa nacional e pela CMAM.

A responsabilização e apropriação da rede da cadeia de abastecimento estão repartidas pelos diferentes níveis administrativos do país. Tal resultou numa ausência de supervisão holística da globalidade da cadeia de abastecimento. Não foi operacionalizada uma estratégia para a cadeia de abastecimento desenvolvida pelo Ministério da Saúde para colmatar as lacunas referidas. As

²⁰ Em setembro de 2016, caducidades a nível central no valor de 0,8 milhões de USD, nos armazéns provinciais visitados de 81 414 USD e nas unidades de saúde visitadas de 22 670 USD.

atividades no âmbito desta estratégia não foram priorizadas nem orçamentadas. Os morosos processos de aquisição do Ministério têm um impacto sobre a utilização eficaz dos recursos disponibilizados pelos doadores para resolver problemas relacionados com a cadeia de abastecimento. O Fundo Global reservou 7,6 milhões de USD no âmbito da subvenção para o reforço dos sistemas de saúde a fim de superar alguns dos desafios a nível da cadeia de abastecimento, mas não foram realizadas atividades a partir de 2013. Por conseguinte, os controlos e os mecanismos de garantia no âmbito da cadeia de abastecimento **requerem melhoria substancial**.

IV. Conclusões e medidas de gestão acordadas

01. Qualidade dos serviços de saúde no âmbito dos programas financiados

1.1 A qualidade da prestação de serviços tem sido afetada por atrasos na implementação de medidas.

Em conjunto com os parceiros, o Fundo Global tem apoiado o reforço das intervenções relativas ao VIH, à TB e à malária no país. Por exemplo, mais de 890 000 pessoas estão a receber tratamento antirretroviral, 89% dos casos de TB identificados são tratados com sucesso e mais de 95% dos casos de malária nas unidades de saúde são tratados após um diagnóstico confirmado. No entanto, não se verificaram melhorias da qualidade dos serviços aos pacientes compatíveis com estes registos.

Diagnóstico deficiente a nível das três doenças: o diagnóstico correto é uma componente fundamental da prestação dos serviços ao abrigo dos programas financiados. O número de diagnósticos realizados relativos às três doenças aumentou²¹ durante o período da auditoria. Todavia, muitos prestadores de serviços falharam os testes de proficiência realizados pelo Instituto Nacional de Saúde (INS), a entidade responsável pela Garantia da Qualidade Externa²²:

- (i) A percentagem de prestadores de serviços que falhou os testes de proficiência, isto é, que não forneceu diagnósticos corretos em linha com as normas da OMS, é elevada a nível dos diversos pontos de prestação de serviços: testes do VIH a nível comunitário (17%), centros de teste à TB (14%), unidades de Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho (PTMPF) (13%), bancos de sangue (5%) e laboratórios clínicos (4%);
- (ii) 34% e 20% dos prestadores de serviços de diagnóstico da malária com microscópios e de testes de diagnóstico rápido (TDR), respetivamente, falharam os testes de proficiência; e
- (iii) 14% e 22% dos prestadores de serviços de diagnóstico da TB com microscópios e de testes GeneXpert não passaram nos testes de proficiência.

O insucesso nos testes de proficiência aumenta o risco de serem feitos diagnósticos falsos aos pacientes. Diagnósticos incorretos nos bancos de sangue podem igualmente resultar na transfusão de sangue infetado pelo VIH a pacientes seronegativos. Um diagnóstico correto é extremamente importante, sobretudo no caso do VIH, num momento em que o país implementa os programas “Test and Start” e Opção B+²³ em que os pacientes diagnosticados com o VIH começam imediatamente a receber tratamento antirretroviral após novo teste.

Uma das principais causas destes níveis baixos de proficiência é a falta de formação e supervisão eficazes dos prestadores de serviços. A subvenção ativa do Fundo Global disponibilizou recursos para melhorar a qualidade do diagnóstico no âmbito do programa para a TB. O Ministério da Saúde adquiriu o equipamento de diagnóstico ao abrigo da subvenção, mas as atividades de formação e supervisão associadas continuam por realizar. Não estão incluídas atividades similares nas subvenções para o VIH e a malária.

Baixa retenção de pacientes no tratamento antirretroviral e da TB multirresistente: para obter resultados clínicos eficazes, é indispensável reter no tratamento os pacientes infetados pelo VIH ou TB multirresistente. Cerca de 66% dos pacientes com VIH permaneciam em tratamento ao fim de 12 meses após a iniciação. Do mesmo modo, 38% da coorte de pacientes que iniciaram tratamento da TB multirresistente morreram, foram perdidos no seguimento ao cabo de 24 meses ou registaram outros resultados negativos.

²¹ 15,6 milhões, 3 milhões e 486 528 diagnósticos do VIH, malária e TB, respetivamente.

²² Segundo os testes de proficiência realizados em 2016 pelo Instituto Nacional de Saúde (INS), a entidade responsável pela Garantia da Qualidade Externa.

²³ A Opção B+ constitui uma abordagem para utilizar medicamentos antirretrovirais (ARV) destinados a prevenir a transmissão do VIH de mãe para filho, também designada como transmissão perinatal ou vertical, que ocorre quando o VIH é transmitido de uma mulher seropositiva ao bebé durante a gravidez, o trabalho de parto e o nascimento ou a aleitação.

O Fundo Global e os Parceiros identificaram taxas de retenção baixas para o VIH e a TB. Foram incluídas atividades nas subvenções para resolver estes problemas. No entanto, as atividades não foram implementadas. Por exemplo, as atividades apoiadas pela subvenção da FDC para melhorar as taxas de retenção no tratamento antirretroviral não são implementadas desde 2014. Por outro lado, também não são executadas, desde 2015, atividades de recrutamento, formação e mobilização de apoiantes à adesão nas comunidades, tal como não são enviados “avisos de tratamento” através do Serviço de Mensagens Curtas. O alargamento de sistemas eletrónicos de rastreio de pacientes em tratamento antirretroviral e tratamento da TB, no âmbito da subvenção do Ministério da Saúde, sofreu um atraso de 16 meses. Os recursos reservados para suplementos nutricionais e subsídios de transporte que permitam o acesso eficaz dos pacientes com TB multirresistente aos medicamentos não foram aplicados nos últimos 16 meses.

Baixa deteção de casos de TB e TB multirresistente que resulta numa cobertura limitada do tratamento: no final de 2015, a percentagem estimada da cobertura do tratamento da TB era de 38%²⁴. As taxas de deteção de casos de TB (43%) e de TB multirresistente (26%) são baixas. O programa nacional para a TB não alcançou os seus objetivos durante o período da auditoria. A incapacidade para atingir as metas de notificação de casos contribuiu para o excesso de medicamentos que caducaram a nível central e das unidades de saúde (consultar a conclusão 2.1 do presente relatório).

As taxas de deteção de casos mantiveram-se baixas devido à limitada implementação, por parte do programa nacional para a TB, da identificação ativa de casos e à utilização ineficaz dos equipamentos nas unidades de saúde. Por exemplo:

- (i) foi inferior a 1% a percentagem de clientes atendidos em regime ambulatorio que foram submetidos ao rastreio da TB.
- (ii) 38% dos pacientes seropositivos (com elevado risco de contrair TB) não foram submetidos ao rastreio da TB.
- (iii) As diretrizes nacionais existentes exigem que os profissionais de saúde sejam submetidos ao rastreio anual da TB. No entanto, esta exigência não foi consistentemente cumprida. Nas unidades de saúde visitadas, 37% dos profissionais de saúde não tinham sido submetidos ao rastreio da TB em 2015.
- (iv) As 59 máquinas GeneXpert disponíveis no país (incluindo 17 máquinas disponibilizadas ao abrigo de subvenções do Fundo Global a um custo de 278 000 USD) para melhorar o diagnóstico da TB multirresistente não são efetivamente utilizadas. A taxa de utilização das máquinas, em dezembro de 2015, era de 40%. Só 7% dos casos de TB notificados em 2015 foram diagnosticados com estas máquinas.

O controlo da infeção por TB continua a não ser efetuado: Cinco das 10 unidades de saúde visitadas não dispunham de uma área designada para a recolha de amostras de expectoração dos pacientes. Quatro das 10 unidades de saúde não tinham realizado qualquer avaliação do controlo da infeção em 2015, conforme recomendado pelos regulamentos e diretrizes existentes. A nível comunitário, 40% dos apoiantes e ativistas comunitários do tratamento da TB financiados pela subvenção usavam máscaras de proteção inadequadas para atividades de TB.

As subvenções reservaram recursos para colmatar as lacunas de controlo da infeção, mas as respetivas atividades não foram implementadas. Por exemplo, a construção e reabilitação de abrigos de espera ao ar livre nas unidades de saúde sofreram um atraso de 16 meses. Do mesmo modo, o equipamento de desinfeção do ar que contém bactérias causadoras de TB nas unidades de saúde não tinha sido adquirido à data da auditoria.

Qualidade da gestão de casos de malária: não estão implementadas modalidades para avaliar a qualidade da gestão de casos de malária por parte dos profissionais de saúde comunitários. Estes trabalhadores diagnosticaram e trataram 1,3 milhões de casos de malária entre janeiro e junho de

²⁴ Relatório Global TB, 2016.

2016. Do mesmo modo, não foram realizadas, a nível das unidades de saúde, auditorias à gestão de casos nem as inspeções associadas apoiadas pela subvenção.

A limitada implementação de medidas para abordar a qualidade dos serviços em Moçambique tem as seguintes causas:

- (i) *Lacunas de gestão das medidas definidas a nível do Beneficiário Principal, do Mecanismo de Coordenação do País e do Secretariado.* Os atrasos na implementação das medidas definidas, de que estão dependentes os desembolsos, e na execução das atividades afetaram a qualidade da prestação dos serviços, conforme referido na conclusão número 4.
- (ii) *Lacunas na quantidade e qualidade dos profissionais de saúde a todos os níveis.* O GIG registou:
 - Cargos não preenchidos: não foram preenchidos 65% e 39% dos cargos técnicos e de gestão nos programas nacionais para a TB e a malária, respetivamente, apesar de terem sido atribuídos recursos nas subvenções ativas do Fundo Global para resolver o défice de recursos humanos a nível nacional.²⁵ Nas 10 unidades de saúde visitadas pelo GIG, não estavam preenchidos 16% das vagas existentes.
 - Trabalhadores de saúde não qualificados: 43% dos trabalhadores de saúde realizavam diagnósticos de VIH sem a certificação exigida pelas diretrizes nacionais.²⁶ Por outro lado, 19% e 23% dos profissionais de saúde realizavam diagnósticos da malária com kits de teste rápido e microscopia, respetivamente, sem possuírem formação pertinente.²⁷
- (iii) *Modalidades de supervisão técnica ineficazes:* as modalidades de supervisão encontram-se descentralizadas, o que exige que os programas nacionais supervisionem as atividades a nível provincial. As províncias estão mandatadas para supervisionar os distritos que, por sua vez, supervisionam os pontos de prestação de serviços (unidades de saúde). No entanto, as modalidades de supervisão têm-se revelado ineficazes na identificação e resolução de problemas de qualidade na prestação dos serviços. Por exemplo:
 - Não foram constituídos grupos de trabalho a nível provincial para supervisionar o diagnóstico do VIH em 7 das 11 províncias. Nas quatro em que os grupos de trabalho foram criados, não estavam disponíveis recursos para que aquele pudesse conduzir a supervisão necessária. A eficácia da supervisão a nível provincial tem sido afetada pela incapacidade do Ministério da Saúde de desembolsar fundos às províncias (consultar a conclusão 4 para informações mais circunstanciadas);
 - As atividades de supervisão provinciais e distritais, no âmbito da subvenção para a malária, não tinham sido realizadas à data da auditoria (16 meses após a assinatura da subvenção) apesar da disponibilidade de fundos;
 - As subvenções do Fundo Global existentes não incluíam financiamento para a supervisão dos laboratórios que procedem à maior parte dos diagnósticos das três doenças. Com o financiamento limitado disponibilizado pelo Governo, o Departamento Central de Laboratórios sob tutela do Ministério da Saúde apenas procedeu a 15% e 10% das atividades de supervisão previstas em 2014 e 2015, respetivamente;
 - O programa nacional para o VIH conduz atividades de melhoria da qualidade. A eficácia da melhoria da qualidade é, no entanto, afetada pela sua reduzida cobertura. Só 20% das unidades de saúde tinham beneficiado com as atividades de melhoria da qualidade em matéria de VIH à data da auditoria.²⁸

²⁵ Vagas nos organigramas dos Programas Nacionais em outubro de 2016

²⁶ Dados do programa nacional da SIDA sobre consultores qualificados e certificados

²⁷ Relatórios sobre a Verificação da Utilização Final relativa à malária, 2014-2016

²⁸ O programa de Melhoria da Qualidade do programa nacional para o VIH apenas abrange 308 unidades de saúde das 1120 que prestam serviços

Medida de gestão acordada 1: O Secretariado e os parceiros conduzirão um estudo de acompanhamento nacional com base em amostras a fim de rastrear e determinar a situação dos casos perdidos no seguimento das pessoas em tratamento antirretroviral em unidades selecionadas.

Titular: Diretor de Gestão da Subvenção

Data limite: 31 de dezembro de 2018

Medida de gestão acordada 2: O Secretariado cooperará com o Ministério da Saúde para apoiar o desenvolvimento e a implementação de um plano de supervisão descentralizada e integrada das três doenças e de um Sistema de Informação da Gestão da Saúde (SIGS). Estes incluirão fluxos financeiros diretos para as províncias.

Titular: Diretor de Gestão da Subvenção

Data limite: 31 de dezembro de 2017

1.2 Implementação deficiente de intervenções comunitárias para o VIH e a TB que afetam a obtenção de impacto.

As intervenções comunitárias foram concebidas para contribuir para a prevenção do VIH entre as populações-chave afetadas²⁹ e para melhorar a adesão ao tratamento antirretroviral e da TB. Todavia, a conceção desadequada das modalidades de implementação e a reduzida coordenação entre implementadores resultaram na execução deficiente das intervenções:

(i) **Intervenções implementadas na ausência de normas, diretrizes e procedimentos operacionais nacionais:** as intervenções de prevenção do VIH de base comunitária para homens que praticam sexo com homens e trabalhadoras sexuais foram implementadas na ausência de normas, diretrizes e procedimentos operacionais nacionais. O Conselho Nacional de Combate à SIDA (CNCS), que está mandatado para desenvolver as estratégias, políticas e normas nacionais para as intervenções, não foi incluído nas modalidades de implementação da subvenção. Na ausência de normas nacionais, os implementadores desenvolveram orientações genéricas que são inconsistentes com as diretrizes normativas da ONUSIDA.

(ii) **Disponibilidade inconsistente de produtos de saúde para diagnóstico e prevenção a nível comunitário:** não se encontravam disponíveis de modo consistente durante a auditoria produtos de saúde necessários, tais como kits de teste, preservativos e máscaras, para prestar serviços a nível comunitário. Em média, o Ministério da Saúde apenas disponibilizou à FDC 17% das quantidades de kits de teste de diagnóstico rápido do VIH necessárias para as intervenções de base comunitária. Como resultado, os ativistas comunitários que tinham recebido formação e subsídios viam-se na incapacidade de prestar os serviços necessários, dando origem a ineficiências. Refira-se, a título de exemplo, que os ativistas comunitários receberam os seus subsídios apesar de os serviços previstos não poderem ser prestados devido, em parte, à indisponibilidade de produtos. O custo por pessoa aconselhada e testada pelos ativistas comunitários aumentou de 1,47 USD para 5,33 USD por pessoa dado que só foram testadas pelos ativistas 32 292 pessoas em lugar das 121 347 previstas. Do mesmo modo, o Ministério da Saúde fez uma encomenda de lubrificantes compatíveis com preservativos para apoiar os esforços de promoção e distribuição de preservativos junto das populações-chave afetadas 12 meses após o início da subvenção. À data da auditoria (outubro de 2016), os produtos de saúde ainda não haviam sido recebidos.

(iii) **Disponibilidade limitada de dados para instruir decisões programáticas adequadas.** As intervenções comunitárias junto das populações-chave afetadas estavam a ser implementadas com base em levantamentos e estimativas da sua dimensão efetuadas em 2011, o que está manifestamente desatualizado. As subvenções anteriores e ativas do Fundo Global reservaram recursos para apoiar a implementação da vigilância biocomportamental integrada do VIH para as populações-chave afetadas, mas à data da auditoria nenhum dos inquéritos havia sido concluído.

As intervenções comunitárias para o VIH e a TB têm sido afetadas pelo limitado nível de coordenação, repartição e sequência das atividades entre os dois Beneficiários Principais (Ministério da Saúde e FDC). Por exemplo:

- Os dois Beneficiários Principais demoraram em média três meses para chegar a acordo sobre um memorando de entendimento relativo ao fornecimento de produtos de saúde a nível comunitário. A FDC solicitou os produtos de saúde necessários ao Ministério da Saúde em média 5 meses (em alguns casos, 7 meses) após a assinatura do memorando de entendimento.
- O Ministério e a FDC são responsáveis por organizar ações de formação para educadores de pares e conselheiros não especializados para que prestem um pacote completo de serviços destinados a trabalhadoras sexuais. Os educadores de pares e os conselheiros não especializados são recrutados e supervisionados pela FDC. A incapacidade dos implementadores para gerir eficazmente as suas interdependências teve como resultado o

²⁹ Trabalhadoras sexuais, homens que praticam sexo com homens e raparigas e mulheres entre 10 e 24 anos de idade

recrutamento pela FDC de ativistas que não haviam recebido formação por parte do Ministério da Saúde.

- À data da auditoria, alguns dos ativistas recrutados pela FDC não haviam recebido formação do Ministério da Saúde. Além disso, 52% das unidades de saúde para as quais os ativistas encaminham as populações-chave afetadas para serviços de prevenção e tratamento não tinham recebido formação do Ministério da Saúde.

Ver medida de gestão acordada 5

1.3 Registaram-se melhorias na recolha de dados, mas os problemas relacionados com a qualidade dos dados exigem mais atenção.

A anterior auditoria do GIG de 2012 e os subsequentes prestadores de garantias no país, incluindo o Agente Local do Fundo, identificaram problemas de qualidade dos dados. A presente auditoria não procedeu à validação circunstanciada dos dados uma vez que os problemas tinham sido identificados na auditoria do GIG anterior e a equipa nacional em funções deu início a análises.

O país fez progressos significativos em termos da implementação do Sistema de Informação Sanitária Distrital para resolver o problema de disponibilidade de dados a todos os níveis. Foram também incorporadas nas subvenções iniciativas de validação dos dados. No entanto, os problemas de qualidade relacionados, tais como exatidão e completude, requerem maior atenção para que todas as unidades de saúde elaborem relatórios completos. Refira-se, a título de exemplo, que 12% das unidades de saúde que oferecem diagnóstico e tratamento da malária não tinham apresentado os respetivos relatórios no final de setembro de 2016 e 16% das que os apresentaram fizeram-no fora do prazo nacional. Do mesmo modo, 11% das unidades de saúde que oferecem serviços de aconselhamento e teste do VIH não tinham apresentado relatórios conforme previsto no final de setembro de 2016.³⁰

A inconsistência em termos da disponibilidade de ferramentas de recolha de dados nas unidades de saúde continua a afetar a qualidade dos dados. As ferramentas de recolha de dados, como os registos de consultas em ambulatório, não estão disponíveis em 76% das unidades de saúde que gerem casos de malária desde maio de 2016. Estes registos são utilizados para gerar os dados subjacentes registados no Sistema de Informação Sanitária Distrital. As subvenções incluíam financiamento para imprimir e distribuir ferramentas de recolha de dados, mas à data da auditoria estes fundos não tinham sido aplicados devido a atrasos na sua aquisição no Ministério da Saúde.

Os programas nacionais para as doenças continuam a conduzir ações de formação relacionadas com dados e supervisão a nível central das províncias. No entanto, as auditorias integradas à qualidade dos dados em relação às três doenças só foram conduzidas ao abrigo da subvenção para o VIH.

Ver medida de gestão acordada 2

³⁰ Extrato do relatório sobre o SISD2 gerado em 27-10-2016

02. Controlo e Garantia ao longo da cadeia de abastecimento

2.1. As lacunas de gestão da cadeia de abastecimento resultam numa prestação de serviços ineficaz

Embora a cadeia de abastecimento seja capaz de distribuir medicamentos, os constrangimentos de armazenamento e as lacunas a nível dos controlos internos da distribuição e dos sistemas de gestão logística criam ineficiências. Estas levam a ruturas de existências e caducidades ao longo de toda a cadeia.

O país demonstrou progressos significativos na aplicação das recomendações da auditoria do GIG de 2012 com vista à melhoria das modalidades da cadeia de abastecimento. Tal inclui a melhoria contínua dos sistemas de informação de gestão logística a nível central, o estabelecimento de um comité nacional de quantificação e o desenvolvimento de procedimentos operacionais normalizados a nível de inventariação e armazenamento. No entanto, as lacunas seguintes continuam a afetar a gestão eficiente da cadeia de abastecimento:

Capacidade de armazenamento inadequada para responder a atividades de reforço atuais e futuras. Verificou-se a existência de espaço suficiente, assim como de medidas inadequadas para monitorizar e controlar a temperatura das salas de armazenagem ao nível dos três armazéns regionais, dos três armazéns provinciais, dos três armazéns distritais e das farmácias das dez unidades de saúde visitadas. Por exemplo, um armazém regional no Zimpeto com capacidade para 3816 espaços para paletes tem atualmente uma ocupação duas vezes superior à sua capacidade. Todos os armazéns visitados estavam a transbordar de produtos, excedendo várias vezes os níveis de densidade recomendados nas orientações da OMS. Os medicamentos são armazenados em locais inadequados, incluindo corredores e zonas de entrada e saída dos armazéns. Esta situação tem criado dificuldades aos implementadores para aplicarem os procedimentos operacionais normalizados existentes de gestão de inventários, como sejam o princípio “Primeiro a Caducar, Primeiro a Sair” e a contagem regular dos inventários físicos a nível central. Não existe, por exemplo, qualquer contagem do inventário físico no armazém central desde 2015.

A atual capacidade de armazenamento não tem condições para apoiar a atividade de reforço do Ministério da Saúde, incluindo o programa “Test and Start” do VIH, que requer um aumento estimado de 76% do espaço de armazenamento existente. O Ministério da Saúde lançou medidas para ampliar dois armazéns regionais, mas ainda não obteve o financiamento necessário do Governo e de doadores.

A aplicação de uma combinação de sistemas *push* e *pull* nas modalidades de distribuição causa ruturas e excesso de existências. O programa para o VIH aplica consistentemente um sistema *pull* (em que os produtos de saúde são entregues com base nos pedidos das unidades de saúde). No entanto, os medicamentos para a TB e a malária são distribuídos tanto através de mecanismos *pull* como de mecanismos *push*. Quer isto dizer que os medicamentos para a malária e TB são “empurrados” do nível central para as províncias e destas para os distritos. Entre as 10 unidades de saúde visitadas, sete adotavam um sistema *push* para os kits de teste da malária, ao passo que as outras três aplicavam o mecanismo *pull*. O sistema *push* resultou em caducidades e ruturas de existências dado que o abastecimento não tinha por base as necessidades da unidade de saúde. A auditoria registou igualmente que os níveis de existências mínimos e máximos estabelecidos para garantir a estabilidade dos medicamentos e dos produtos de saúde em cada nível nem sempre tinham sido respeitados na maioria dos armazéns visitados.

Num contexto de distribuição descentralizada, como o de Moçambique, as dificuldades em cada nível afetam a disponibilidade atempada dos medicamentos nas unidades de saúde. O Governo de Moçambique tem demonstrado um forte empenhamento em financiar plenamente os custos de distribuição de medicamentos e produtos de saúde no âmbito das três doenças. Contudo, as restrições de fundos a nível provincial afetaram a capacidade para distribuir efetivamente medicamentos às unidades de saúde. Refira-se, a título de exemplo, que só uma das cinco províncias

visitadas atribuiu fundos suficientes para uma distribuição eficaz de medicamentos e outros produtos de saúde adquiridos pelo Fundo Global. Por conseguinte, as unidades de saúde têm recorrido à utilização de ambulâncias e motocicletas para levantar medicamentos e produtos de saúde nos armazéns provinciais e distritais, o que pode comprometer a qualidade dos mesmos.

Eficácia reduzida do Sistema de Informação de Gestão Logística para melhorar o planeamento do aprovisionamento. Com o apoio do Fundo Global e dos parceiros, o país melhorou o seu sistema de informação desde a última auditoria do GIG em 2012. O SIMAM (um sistema de gestão de armazéns), por exemplo, funciona em 126 dos 159 distritos (79%). Contudo, a integração dos sistemas de gestão logística existentes é reduzida entre os armazéns centrais e regionais (onde é usado o sistema MACS), os armazéns provinciais e distritais (onde é usado o SIMAM) e as unidades de saúde (onde os registos são efetuados manualmente). O resultado traduziu-se na disponibilidade limitada de dados oportunos a níveis superiores para monitorizar a distribuição e o consumo de medicamentos com vista a um planeamento eficaz do abastecimento. O país comunicou consistentemente discrepâncias entre as quantidades dos medicamentos distribuídos (comunicadas através do MACS, o sistema de informação de gestão logística a nível central) e os dados sobre consumo recolhidos pelos respetivos programas. Registou-se, em 2015, uma diferença de 32% e 55% entre as quantidades distribuídas e comunicadas como consumidas em termos dos kits de teste do VIH “Determine” e Uni-gold, respetivamente. Conforme acima referido, a CMAM não tem capacidade para realizar inventários físicos regulares devido ao armazenamento ineficiente, o que enfraquece a sua capacidade para reconciliar as existências previstas no sistema de informação com os saldos reais das existências.

Lacunas no processo de quantificação: os processos de quantificação do VIH e da malária são satisfatórios. O Ministério da Saúde, através dos Subgrupos de Trabalho de Quantificação para o VIH e a malária, conduziu a quantificação anual de medicamentos com a participação da CMAM, dos programas nacionais e dos parceiros técnicos. No entanto, a nível da TB, são limitados os recursos humanos dedicados à quantificação e previsão, o que resulta em constrangimentos na determinação das necessidades de tratamento e diagnóstico. O atual grupo de trabalho técnico para a TB necessita de reforço para prestar apoio ao programa nacional para a TB.

Atrasos na aquisição de medicamentos: o país sofreu atrasos na aquisição de medicamentos ao abrigo do mecanismo de aquisições agrupadas e do Centro Global de Medicamentos do Fundo Global. A chegada de medicamentos antimaláricos registou um atraso que resultou em 1,6 meses de rutura de existências em janeiro de 2016. O programa para a TB registou um atraso de 6 meses em quatro remessas devido à falta de concordância entre o país e o Centro Global de Medicamentos para transportar os produtos em paletes.

Estas limitações contribuíram para ruturas de existências e caducidades de medicamentos em toda a cadeia de abastecimento. O Ministério da Saúde e o Agente Local do Fundo têm comunicado regularmente ao Fundo Global, desde 2014, no âmbito das suas análises de rotina, ruturas de existências reais ou potenciais. Com base nas amostras limitadas de medicamentos e nos armazéns e unidades de saúde visitados em 2016, o GIG confirmou o problema de ruturas de existências ou caducidades, como seguidamente se explica:

- (i) Verificaram-se ruturas de existências de magnitude variável a todos os níveis, sendo que a situação era mais grave ao nível mais baixo. Durante o período de 18 meses da análise de auditoria, identificaram-se ruturas de existências de medicamentos antimaláricos a todos os níveis, exceto ao nível central. As ruturas de existências nas unidades de saúde visitadas em relação, pelo menos, a uma dose de medicamento antimalárico duravam em média 24 dias (máximo de 93 dias). A capacidade dos profissionais de saúde para administrarem outras doses em menores quantidades aos pacientes minimizava os efeitos das ruturas de existências de medicamentos antimaláricos. No âmbito do programa do VIH, não se verificaram ruturas de existências de medicamentos antirretrovirais nas unidades de saúde visitadas. No entanto, foram identificadas ruturas de existências dos kits de teste “Determine” com uma duração média de 17 dias (máximo de 108 dias) nas unidades de saúde visitadas. Os medicamentos de primeira linha para a TB registavam em média ruturas de existências de 33 dias (máximo de 198 dias)

nas unidades de saúde visitadas, apesar da disponibilidade de existências a outros níveis da cadeia de abastecimento.

- (ii) Registaram-se caducidades a todos os níveis da cadeia de abastecimento. O Ministério da Saúde instituiu medidas de comunicação da existência de medicamentos fora do prazo. Contudo, estas medidas não eram consistentemente aplicadas em todos os níveis da cadeia de abastecimento. Com as limitadas informações disponíveis, a auditoria registou caducidades no valor de 1 milhão de USD.³¹ Este valor poderia ter sido mais expressivo se as caducidades tivessem sido consistentemente registadas pelo programa nacional e pela CMAM.

As lacunas supramencionadas na cadeia de abastecimento devem-se ao seguinte:

- (i) **Coordenação e priorização limitadas das intervenções do Governo relativas à cadeia de abastecimento.** O país desenvolveu um plano de gestão da Cadeia de Aprovisionamento e Abastecimento, designado como Plano Estratégico de Logística Farmacêutica (PELF), em consonância com as recomendações da auditoria do GIG de 2012. As ações incluídas no plano de trabalho e o orçamento para executar a estratégia focaram atividades a nível central sem tomar em consideração as necessidades dos níveis provincial e distrital. Não foi dada prioridade às intervenções indicadas na estratégia para prestar orientações em áreas a serem apoiadas pelo governo e pelos doadores. Como resultado, alguns doadores disponibilizaram apoio diretamente às províncias com base nas suas próprias avaliações e sem qualquer alinhamento com o PELF. O Ministério da Saúde não tem capacidade para coordenar as intervenções realizadas diretamente nas províncias pelos doadores.
- (ii) **A responsabilização e apropriação da rede da cadeia de abastecimento estão repartidas pelos diferentes níveis administrativos do país.** A responsabilidade das centrais de medicamentos pela cadeia de abastecimento termina quando os medicamentos são entregues nas províncias. Estas supervisionam a cadeia de abastecimento até ao nível distrital. Em relação às unidades de saúde, os distritos são responsáveis pela supervisão e gestão da cadeia de abastecimento. Não existe qualquer entidade específica responsável pela globalidade da rede da cadeia de abastecimento.
- (iii) **Atrasos na implementação da subvenção para o Reforço do Sistema de Saúde:** O Fundo Global disponibilizou recursos para esta subvenção, destinados a resolver algumas das dificuldades sentidas, desde 2013, na cadeia de abastecimento. Contudo, o Ministério da Saúde ainda não concluiu as atividades. Por exemplo, os recursos reservados para renovar armazéns e adquirir equipamento e veículos para apoiar a distribuição não tinham sido aplicados à data da auditoria. Os atrasos devem-se a um processo de aquisição moroso e à fraca coordenação no Ministério da Saúde para supervisionar a implementação da subvenção (consultar a conclusão 4 do presente relatório).

Medida de gestão acordada 3: O Secretariado analisará a situação da implementação das atividades da subvenção para o Reforço dos Sistemas de Saúde (RSS), assim como a situação das condições constantes das subvenções para as doenças, em conjunto com os BP, desenvolvendo um plano de implementação para o período de vigência remanescente das subvenções

Titular: Diretor de Gestão da Subvenção

Data limite: 30 de junho de 2017

³¹ A auditoria registou caducidades a nível central no valor de 0,8 milhões de USD, nos armazéns provinciais visitados de 81 414 USD e nas unidades de saúde visitadas de 22 670 USD. Existem aproximadamente 1591 unidades de saúde no país, pelo que a a dimensão da amostra das mesmas apenas representou 0,6%

2.2. Monitorização limitada da qualidade dos produtos farmacêuticos e de saúde a nível nacional.

O Fundo Global procede à aquisição de medicamentos e produtos de saúde através do Centro Global de Medicamentos e do Mecanismo de Aquisições Agrupadas junto de fornecedores pré-qualificados pela OMS. Os fornecedores aplicam medidas pertinentes de controlo da qualidade desses medicamentos e produtos de saúde antes de os expedirem para o país. Sempre que são detetados problemas de qualidade, os fornecedores adotam medidas, em conjunto com as partes interessadas no país, para mitigar as consequências. Os medicamentos antimaláricos, por exemplo, fornecidos em 2015, que não passaram nos controlos de qualidade do fornecedor após a expedição, foram retirados e substituídos por aquele. Contudo, são limitados os mecanismos nacionais existentes para monitorizar regularmente a qualidade dos medicamentos ao longo da cadeia de abastecimento em linha com os requisitos do Fundo Global.

Não existe em Moçambique qualquer laboratório pré-qualificado pela OMS ou possuidor de certificação ISO 17025 que garanta a qualidade dos medicamentos adquiridos ao abrigo dos programas financiados. O Fundo Global atribuiu recursos para permitir ao país a aquisição de serviços junto de um laboratório pré-qualificado pela OMS no estrangeiro, mas à data da auditoria os processos de aquisição estavam numa fase incipiente de implementação.

O país não desenvolveu planos de garantia da qualidade relativos aos medicamentos, de acordo com as exigências do Fundo Global. O Laboratório Nacional de Moçambique realiza algumas atividades de garantia da qualidade, mas a sua eficácia é afetada por limitações de capacidade e pela cobertura reduzida. O laboratório não possui pré-qualificação pela OMS e, por conseguinte, não está em posição de realizar testes em linha com os requisitos do Fundo Global. Não teve capacidade para analisar e testar todas as amostras recolhidas em 2015 e na primeira metade de 2016. Apenas testou, por exemplo, 53% das amostras recolhidas em 2015.

Ver medida de gestão acordada 3

03. Gestão dos fundos das subvenções desembolsados ao país

84% das subvenções são diretamente desembolsados pelo Fundo Global a fornecedores de medicamentos, o que aumenta a absorção global. No entanto, o Ministério da Saúde tem tido dificuldade em aplicar os fundos remanescentes. Os dilatados processos de aquisição e a gestão inadequada dos riscos cambiais têm resultado em potenciais perdas cambiais.

A Equipa Nacional instituiu medidas para reduzir os riscos fiduciários no portefólio. Estas medidas passam por incumbir o Agente Local Fundo de analisar os processos de aquisição antes de os contratos serem assinados pelo Ministério da Saúde e de verificar trimestralmente os pagamentos efetuados pelos Beneficiários Principais com fundos das subvenções.

Durante o período da auditoria, os processos de aquisição de produtos não sanitários estendiam-se, pelo menos, por dois anos ao nível de todas as aquisições materiais. Este fator tem resultado numa baixa absorção dos fundos das subvenções disponíveis no país. O Ministério da Saúde apenas aplicou 25% (3,4 milhões de USD) dos fundos desembolsados pelo Fundo Global desde 2013 (13,4 milhões de USD). Os fundos agregados desembolsados pelo Fundo Global durante esse período ascendem a 222 milhões de USD, que são na sua maioria aplicados na aquisição direta de medicamentos através do Mecanismo de Aquisições Agrupadas. Em 2016, a taxa de absorção total, incluindo a aquisição de produtos farmacêuticos e outros produtos de saúde pagos diretamente pelo Secretariado, era de 62%.

A maior parte das atividades (pelo menos 67%) da subvenção para o Reforço dos Sistemas de Saúde, destinadas a superar alguns dos desafios sistémicos e problemas de qualidade dos serviços, envolve a aquisição de equipamentos e produtos não sanitários. Os dilatados processos de aquisição no âmbito do Ministério da Saúde têm retardado a implementação de atividades que deviam ter dado resposta a algumas das conclusões contidas neste relatório. Em 2014, o Ministério da Saúde lançou 14 grandes iniciativas de aprovisionamento e, em outubro de 2016, só uma havia sido concluída. Por exemplo, a aquisição de computadores, servidores e empilhadores para apoiar o armazenamento e a distribuição de medicamentos teve início em setembro de 2014, mas em outubro de 2016 ainda não tinha terminado. O recrutamento de consultores para desenvolver o sistema de gestão do desempenho do pessoal na CMAM está em curso desde novembro de 2014.

O Ministério da Saúde não tem tido capacidade para mitigar eficazmente os riscos cambiais no país que afetam os fundos das subvenções desembolsados ao país. O Ministério converteu 8 milhões de USD recebidos do Fundo Global na moeda local antes do início das atividades. Os atrasos nos processos de aquisição coincidiram com oscilações das taxas de câmbio que desvalorizaram estes fundos convertidos em cerca de 3,9 milhões de USD. Este fator aumenta o risco de o Ministério da Saúde dispor de menos recursos para apoiar a implementação das atividades previstas.

O Secretariado do Fundo Global aplicou medidas para melhorar as taxas de absorção e minimizar o efeito das flutuações cambiais. Recrutou igualmente o Gabinete das Nações Unidas de Serviços de Apoio a Projetos (UNOPS) na qualidade de agente de aprovisionamento para gerir parte das suas atividades. O agente é atualmente responsável pela aquisição de camiões, o que representa 10% da subvenção para o Reforço dos Sistemas de saúde. O Secretariado tenciona efetuar desembolsos diretos ao agente, quando o processo de aquisição estiver concluído, a fim de reduzir prejuízos cambiais futuros.

Ver medida de gestão acordada 5

04. Modalidades de implementação dos programas financiados

As vulnerabilidades da conceção e eficácia operacional das modalidades de implementação tiveram um impacto adverso sobre a supervisão, coordenação e gestão dos programas financiados; tal resultou em atrasos na execução das atividades das subvenções, na duplicação de atividades e na falta de progresso na resolução de problemas conhecidos.

Supervisão

Têm sido desenvolvidos esforços no sentido de reforçar o Mecanismo de Coordenação do País através de assistência técnica financiada pelo Governo dos Estados Unidos. O mecanismo estabelece relações ativas com as partes interessadas nacionais para desenvolver notas conceituais para as subvenções do Fundo Global; contudo, não tem supervisionado de modo eficaz a implementação das subvenções.

- *Falta de mecanismos de acompanhamento eficazes:* a implementação das medidas discutidas na reuniões do Mecanismo de Coordenação do País carece de acompanhamento pelos Beneficiários Principais. Refira-se, por exemplo, que o mecanismo concordou em 24 de março de 2016 que os Beneficiários Principais desenvolveriam planos de trabalho integrados, mas em outubro de 2016 esta tarefa continuava por realizar.
- *Partilha de informações insuficiente:* o Mecanismo de Coordenação do País não definiu o nível mínimo de informação necessário dos Beneficiários Principais a fim de assegurar uma supervisão eficaz. Este aspeto tem resultado numa prestação de informações *ad hoc* por parte dos Beneficiários Principais ao mecanismo. Por exemplo, os Beneficiários Principais não comunicaram de forma consistente a situação de implementação das atividades das subvenções e das recomendações do Secretariado ao mecanismo.
- *Falta de envolvimento dos principais membros do Mecanismo de Coordenação do País:* verifica-se uma falta de envolvimento ativo na supervisão das subvenções por parte de elementos cruciais, incluindo o Ministério da Saúde. A taxa de participação da totalidade dos membros, incluindo suplentes, nas 12 reuniões realizadas entre 2015 e 2016 foi de 45%. Cinco membros não compareciam às reuniões desde janeiro de 2015. Os quadros de direção do Ministério da Saúde e da FDC, que são membros do Mecanismo de Coordenação do País, não comparecem às reuniões com regularidade.

No Ministério da Saúde, o nível de supervisão das subvenções pelos quadros superiores de gestão não é compatível com investimentos geridos pela Unidade de Gestão de Programas. Não existem indícios de que os quadros superiores de gestão do Ministério supervisionem a implementação das subvenções e deem seguimento à resolução dos desafios programáticos identificados.

Coordenação

Os mecanismos de coordenação no seio do Ministério da Saúde entre a Unidade de Gestão de Programas, os três programas nacionais e outros seis departamentos do Ministério envolvidos na implementação das subvenções do Fundo Global são insuficientes. Não existem planos de implementação circunstanciados com prazos e funções definidos para as atividades das subvenções. Embora sejam realizadas reuniões de coordenação semanais, a sua eficácia é comprometida pela participação e partilha de informações limitadas entre os vários departamentos.

A nível provincial, foram criados os denominados Comitês de Gestão para coordenar as atividades. No entanto, a sua eficácia tem sido afetada por uma partilha deficiente de informações entre as partes interessadas. Este facto teve como resultado a duplicação de atividades para as populações-chave afetadas. Refira-se, designadamente, que numa província o Fundo Global e os parceiros apoiaram atividades nos mesmos locais críticos e pagaram aos mesmos ativistas comunitários para prestarem os mesmos serviços. Verificam-se igualmente duplicações em duas subvenções diferentes financiadas pelo Fundo Global. As subvenções regionais do Fundo Global para o VIH (Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral – SADC) tinham planeado as mesmas atividades para os mesmos grupos-alvo no âmbito das subvenções nacionais a Moçambique.

As províncias são responsáveis pela execução de atividades e pela supervisão dos distritos. No entanto, o Ministério da Saúde não desembolsa às províncias os fundos reservados para essas atividades dado que, de acordo com o modelo atual, os pagamentos são efetuados diretamente aos beneficiários. As províncias apresentam documentação comprovativa de todas as atividades ao Ministério da Saúde que efetua diretamente os pagamentos aos prestadores de serviços. Este sistema tem causado atrasos na execução de atividades a nível provincial, nomeadamente a supervisão técnica e a implementação do Sistema de Informação Sanitária Distrital. O Ministério da Saúde não implementou efetivamente as modalidades de reforço da capacidade de gestão financeira das províncias. Só duas das onze províncias foram avaliadas pelo Ministério da Saúde, sem que as avaliações realizadas tenham resultado na tomada de medidas.

Verificam-se dificuldades de coordenação idênticas entre o Ministério da Saúde e a FDC, um Beneficiário Principal da sociedade civil, as quais resultam numa implementação deficiente das intervenções a nível comunitário (conforme especificado na conclusão 1.2).

Gestão das subvenções pelos Beneficiários Principais

A Unidade de Gestão de Projetos é responsável por coordenar e prestar apoio à implementação dos programas financiados no Ministério da Saúde. No entanto, as funções e responsabilidades dos diferentes implementadores e departamentos no Ministério não estão claramente definidas, o que resulta numa apropriação e responsabilização desadequadas da implementação das subvenções. A unidade assume funções que deviam ser da competência dos programas nacionais das doenças, o que dá origem a ineficiências. Por exemplo, documentos relacionados com os programas, tais como alguns termos de referência e outros documentos técnicos, são diretamente elaborados pela Unidade de Gestão de Projetos e não pelos programas nacionais. Do ponto de vista estrutural, a unidade encontra-se no mesmo plano dos gestores dos programas nacionais, o que restringe a sua capacidade para levar a cabo a supervisão necessária e a prestação de orientação com vista à coordenação das atividades daqueles.

Existem lacunas em termos da capacidade técnica e de gestão da Unidade de Gestão de Projetos para desempenhar eficazmente as suas funções. Por exemplo, a direção não possui a formação necessária para supervisionar os especialistas financeiros e em aprovisionamento destacados para a unidade. Este aspeto tem afetado a capacidade do Ministério da Saúde para apresentar orçamentos pormenorizados relativos aos montantes globais constantes dos documentos das subvenções e outras condições relacionadas com o aprovisionamento. Do mesmo modo, o Ministério da Saúde não dispõe de recursos humanos qualificados na gestão de medicamentos antimaláricos, o que tem contribuído para ruturas de existências e caducidades destes fármacos. A unidade não tem sido capaz de desenvolver de forma oportuna os termos de referência e os documentos associados necessários para assegurar o início atempado dos processos de aprovisionamento. Por exemplo, a unidade demorou quase dois anos a apresentar respostas ao Fundo Global sobre a aquisição de um novo sistema de gestão do desempenho. Num outro caso, a Unidade de Gestão de Projetos demorou mais de sete meses a enviar os seus comentários sobre os termos de referência para a aquisição de empilhadores. A unidade não dispõe de sistemas e ferramentas para acompanhar os materiais entregues através dos programas nacionais. Em consequência, a Unidade de Gestão de Projetos demorou uma média de cinco meses a enviar documentos preparados pelo programa nacional à Equipa Nacional.

A capacidade técnica e de gestão da FDC é limitada para gerir e supervisionar de forma eficaz as intervenções de base comunitária destinadas a homens que praticam sexo com homens. Antes da sua designação como Beneficiário Principal para esta subvenção, a FDC nunca tinha gerido intervenções para este grupo vulnerável.

Gestão do portefólio pelo Secretariado do Fundo Global

A Equipa Nacional no Secretariado do Fundo Global tem reforçado o seu envolvimento com as partes interessadas no país através de visitas regulares a Moçambique. Identificou proativamente alguns dos problemas levantados no presente relatório. No entanto, a Equipa Nacional pode melhorar a gestão das medidas definidas por forma a debelar os atrasos na resolução de alguns dos desafios identificados. O Secretariado assinou subvenções com medidas definidas por comum acordo

associadas aos desembolsos. O país não aplicou algumas das medidas definidas para começar a implementar as atividades associadas. Uma destas medidas encontra-se pendente de aplicação desde 2013. Este facto tem retardado a implementação das atividades para melhorar a qualidade dos serviços. Por exemplo, a condição que preconiza o recrutamento de apoiantes à adesão ao tratamento a fim de melhorar as taxas de retenção no tratamento antirretroviral não é cumprida desde 2015, causando atrasos na implementação das atividades da subvenção destinadas a resolver as baixas taxas de retenção no tratamento antirretroviral (consultar a conclusão 1.1). Como parte da gestão do risco deste portefólio pelo Secretariado, a Equipa Nacional analisa os Termos de Referência e as especificações técnicas desenvolvidos pelos Beneficiários Principais (Ministério da Saúde e FDC) para a contratação de consultores ou para a aquisição de produtos não sanitários, respetivamente. Estas análises passam por inúmeras alterações dado que os implementadores não têm capacidade para elaborar os Termos de Referência em termos aceitáveis para o Secretariado. A Equipa Nacional poderia ter sido mais eficiente na resolução das deficiências verificadas nos Termos de Referência apresentados pelos Beneficiários Principais. Por exemplo, um conjunto de Termos de Referência teve pelo menos seis versões antes da sua aprovação pela Equipa Nacional.

Os fundos desembolsados ao país são limitados em virtude da mercantilização das subvenções. No entanto, 16% do orçamento total a gastar no país (6,5 milhões de 39,5 milhões de USD) foram incluídos na subvenção do Ministério da Saúde como montantes globais sem terem sido traduzidos num orçamento circunstanciado; este aspeto contribuiu para atrasos adicionais na implementação das atividades. O montante a desembolsar ao país é crítico para colmatar as lacunas de qualidade dos serviços por forma a garantir a otimização dos medicamentos adquiridos. Por exemplo, os medicamentos são adquiridos a fim de garantir a sua disponibilidade, mas a subvenção não pode alcançar o impacto pretendido se não forem implementadas medidas para assegurar que os pacientes que iniciaram tratamento antirretroviral ou da TB multirresistente continuem em tratamento. Estes atrasos têm afetado a prestação de serviços de qualidade ao abrigo dos programas financiados (consultar a conclusão 1.1).

Existem áreas de melhoria potenciais em termos do envolvimento das partes interessadas em todo o ciclo das subvenções. Por exemplo, o Conselho Nacional de Combate à SIDA, responsável pelo desenvolvimento de estratégias e orientações nacionais, não está incluído nas modalidades de implementação da subvenção. A inexistência de normas nacionais teve um impacto na implementação eficaz das intervenções comunitárias. Por outro lado, foram incluídas algumas atividades nos planos de trabalho dos implementadores menos qualificados para realizar essas atividades de forma oportuna. Refira-se, a título de exemplo, a formação de educadores de pares para implementar atividades comunitárias de prevenção para trabalhadoras sexuais, a qual foi incluída na subvenção do Ministério da Saúde e não da FDC, que é a organização que trabalha com este grupo populacional.

Medida de gestão acordada 4: O Secretariado cooperará com o MCP, o Governo e os parceiros a fim de garantir o envolvimento a nível superior do Governo e dos parceiros no mecanismo.

Titular: Diretor de Gestão da Subvenção

Data limite: 31 de dezembro de 2017

Medida de gestão acordada 5: O Secretariado prestará apoio ao Ministério da Saúde para:

- Desenvolver um plano de reforço da supervisão das subvenções do Fundo Global pelos quadros superiores de gestão do Ministério da Saúde.
- Reestruturar a UGP, incluindo indicadores de desempenho e linhas hierárquicas claras; e
- Fortalecer as estruturas de coordenação existentes entre os BP das subvenções para a TB e o VIH

Titular: Diretor de Gestão da Subvenção

Data limite: 31 de dezembro de 2017

Quadro das medidas acordadas

N.º	Categoria	Medida de gestão acordada	Data limite	Titular
1.1	Qualidade dos serviços de saúde no âmbito dos programas financiados	O Secretariado e os parceiros conduzirão um estudo de acompanhamento nacional com base em amostras a fim de rastrear e determinar a situação das pessoas em tratamento antirretroviral perdidas no seguimento em unidades selecionadas.	31 de dezembro de 2018	Diretor de Gestão da Subvenção
2	Qualidade dos serviços de saúde no âmbito dos programas financiados	O Secretariado cooperará com o Ministério da Saúde para apoiar o desenvolvimento e a implementação de um plano de supervisão descentralizada e integrada das três doenças e de um Sistema de Informação da Gestão da Saúde (SIGS). Estes incluirão fluxos financeiros diretos para as províncias.	31 de dezembro de 2017	Diretor de Gestão da Subvenção
3	Controlo e garantia ao longo da cadeia de abastecimento	O Secretariado analisará a situação da implementação das atividades da subvenção para o Reforço dos Sistemas de Saúde (RSS), assim como a situação das condições constantes das subvenções para as doenças, em conjunto com os BP, desenvolvendo um plano de implementação para o período de vigência remanescente das subvenções.	30 de junho de 2017	Diretor de Gestão da Subvenção
4	Modalidades de implementação dos programas financiados	O Secretariado cooperará com o MCP, o Governo e os parceiros a fim de garantir o envolvimento a nível superior do Governo e dos parceiros no mecanismo.	31 de dezembro de 2017	Diretor de Gestão da Subvenção
5	Modalidades de implementação dos programas financiados	O Secretariado prestará apoio ao Ministério da Saúde para: • Desenvolver um plano de reforço da supervisão das subvenções do Fundo Global pelos quadros superiores de gestão do Ministério da Saúde; • Reestruturar a UGP, incluindo indicadores de desempenho e linhas hierárquicas claras; e • Fortalecer as estruturas de coordenação existentes entre os BP das subvenções para a TB e o VIH	31 de dezembro de 2017	Diretor de Gestão da Subvenção

Anexo A: Mensagem do Diretor Executivo

A parceria do Fundo Global foi criada para atribuir financiamentos eficazes e efetivos com vista a acelerar a erradicação do VIH, da tuberculose e da malária enquanto epidemias. Está empenhado no reforço contínuo de medidas para aumentar a racionalidade económica e melhorar a implementação e qualidade dos serviços de saúde e dos medicamentos.

A racionalidade económica e a qualidade dos serviços assumem uma importância crucial para o Fundo Global, uma prioridade que abrange todos os seus parceiros, desde os doadores aos parceiros técnicos e aos implementadores no terreno, a fim de prestar tratamento, cuidados e serviços de prevenção às pessoas mais necessitadas. Só é possível acelerarmos os investimentos através da cooperação coordenada com os parceiros. Cada país específico exige atenção especializada e a implementação das subvenções constitui a componente maior deste trabalho conjunto. Através da iniciativa Impacto através de Parcerias, utilizamos os dados sobre a aplicação dos fundos para orientar uma abordagem coletiva e responsável ao apoio aos países para que reforcem os sistemas e utilizem os recursos financeiros de forma eficaz e eficiente.

O Secretariado do Fundo Global implementa diversos mecanismos de controlo e garantia e o Gabinete do Inspetor-Geral (GIG) independente conduz auditorias regulares por forma a ajudar as subvenções a alcançarem os seus objetivos. O GIG é um elemento central e importante na garantia de que os nossos investimentos sejam realizados da forma mais efetiva e eficaz com vista a acelerar a erradicação das doenças.

O âmbito do relatório de auditoria do Gabinete do Inspetor-Geral sobre as subvenções do Fundo Global a Moçambique passou por examinar as modalidades de implementação das subvenções e os mecanismos de controlo e garantia no âmbito da cadeia de abastecimento. . .

O Relatório de Auditoria do GIG sobre as subvenções do Fundo Global a Moçambique concluiu que, com o apoio do Fundo Global e dos parceiros, país fez progressos significativos na luta contra as três doenças. Por outro lado, identificou desafios sistémicos importantes em todo o território moçambicano a nível da prestação de serviços de prevenção, tratamento e cuidados. A resolução destas vulnerabilidades exigirá uma abordagem coordenada por parte do Governo de Moçambique, do Fundo Global e dos parceiros.

O relatório reconhece que Moçambique é um país de rendimento baixo que enfrenta inúmeras dificuldades, incluindo recursos humanos para a saúde drasticamente limitados e uma infraestrutura sanitária deficiente. Moçambique depende fortemente dos parceiros de desenvolvimento para financiar intervenções de saúde pública, o que torna ainda mais pertinente a responsabilidade de todos os parceiros na melhoria contínua do nosso trabalho para alcançar melhores resultados no futuro.

O relatório refere progressos significativos em Moçambique nos últimos anos, mas cita igualmente debilidades a nível do Ministério da Saúde e do Mecanismo de Coordenação do País em termos da implementação e supervisão efetivas das subvenções. Do mesmo modo, o relatório regista que, embora os medicamentos sejam distribuídos através da cadeia de abastecimento, verifica-se a necessidade de melhorias significativas dos mecanismos de controlo e garantia, cuja responsabilidade e apropriação se encontram repartidas pelos diferentes níveis administrativos do país.

Na sequência das conclusões da auditoria, o Secretariado elaborou um plano de ação que inclui um conjunto de medidas calendarizadas para superar as vulnerabilidades identificadas no relatório de auditoria e reforçar e melhorar ainda mais os programas apoiados pelo Fundo Global:

- O Secretariado e os parceiros conduzirão um estudo de acompanhamento nacional com base em amostras a fim de rastrear e determinar a situação das pessoas em tratamento antirretroviral perdidas no seguimento.
- O Secretariado cooperará com o Ministério da Saúde para apoiar o desenvolvimento e a implementação de um plano de supervisão descentralizada e integrada das três doenças e do Sistema de Informação da Gestão da Saúde. Estes incluirão fluxos financeiros diretos para as províncias.
- O Secretariado analisará a implementação da subvenção para o Reforço dos Sistemas de Saúde, assim como a situação das condições constantes das subvenções para as doenças, em conjunto com os Beneficiários Principais, desenvolvendo um plano de implementação para o período de vigência remanescente das subvenções.
- O Secretariado cooperará com o Mecanismo de Coordenação do País, o Governo e os parceiros a fim de garantir o envolvimento a nível superior do Governo e dos parceiros no mecanismo.
- O Secretariado prestará apoio ao Ministério da Saúde para desenvolver um plano de reforço da supervisão das subvenções do Fundo Global pelos quadros superiores de gestão do Ministério; reestruturar a Unidade de Gestão de Projetos responsável pela coordenação da subvenção do Fundo Global no Ministério da Saúde; e fortalecer as estruturas de coordenação existentes entre os Beneficiários Principais das subvenções para a TB e o VIH.

No nosso trabalho para erradicar o VIH, a tuberculose e a malária enquanto epidemias, devemos colocar a tónica na qualidade e eficiência dos serviços por forma a obter o maior impacto possível com os recursos disponíveis.

Agradecemos todas as sugestões de melhoria e procuraremos concretizá-las em articulação com os nossos parceiros.

Anexo B: Classificação geral da auditoria

Eficaz	Sem problemas ou com poucos problemas menores registados. Os processos de controlo interno, governação e gestão de riscos estão adequadamente concebidos, são implementados de forma consistente e são eficazes para prestar garantias razoáveis de que os objetivos serão cumpridos.
Parcialmente eficaz	Problemas moderados registados. Os processos de controlo interno, governação e gestão de riscos estão adequadamente concebidos e são no geral corretamente implementados, mas foi identificado um problema ou um número limitado de problemas que pode apresentar um risco moderado para a realização dos objetivos.
Requer melhoria substancial	Um problema ou um número reduzido de problemas registados. As práticas de controlo interno, governação e gestão de riscos apresentam algumas debilidades de conceção ou eficácia operacional que, enquanto não forem debeladas, não oferecem garantias razoáveis de que os objetivos são suscetíveis de serem cumpridos.
Ineficaz	Vários problemas importantes e/ou um ou mais problemas materiais registados. Os processos de controlo interno, governação e gestão de riscos não estão adequadamente concebidos e/ou não são no geral eficazes. A natureza destes problemas é suscetível de comprometer seriamente a realização dos objetivos.

Anexo C: Metodologia

O Gabinete do Inspetor-Geral (GIG) realiza as suas auditorias de acordo com a definição do Instituto Internacional de Auditores Internos (IIAI) sobre auditorias internas, normas internacionais relativas à prática profissional de auditorias internas (normas) e código de ética. Estas normas contribuem para assegurar a qualidade e profissionalismo do trabalho do GIG.

Os princípios e especificidades da abordagem do GIG à auditoria encontram-se descritos nos seus Estatutos, Manual de Auditoria, Código de Conduta e termos de referência específicos para cada missão. Estes ajudam os nossos auditores a prestar serviços profissionais de elevada qualidade e a funcionar com eficiência e eficácia. Ajudam ainda a salvaguardar a independência dos auditores do GIG e a integridade do seu trabalho. O Manual de Auditoria do GIG contém instruções pormenorizadas sobre a condução de auditorias, em linha com as normas apropriadas e a qualidade esperada.

O âmbito das auditorias do GIG pode ser específico ou lato, em função do contexto, e abrange a gestão do risco, a governação e os controlos internos. As auditorias testam e avaliam os sistemas de supervisão e controlo a fim de determinar se o risco é gerido de forma adequada. Têm lugar, ao nível do Fundo Global e dos beneficiários de subvenções, testes minuciosos que são utilizados para apresentar avaliações específicas das diferentes áreas de atividade da organização. São igualmente usadas outras fontes de dados, como o trabalho de outros auditores/prestadores de garantias, para sustentar as conclusões.

As auditorias do GIG envolvem normalmente um exame dos programas, operações e sistemas e procedimentos de gestão dos órgãos e instituições que gerem fundos do Fundo Global, a fim de aferir se estão a alcançar economia, eficiência e eficácia na utilização desses recursos. Podem incluir uma análise dos insumos (meios financeiros, humanos, materiais, organizacionais ou regulamentares necessários para implementar o programa), exsumos (prestações concretas do programa), resultados (efeitos imediatos do programa sobre os beneficiários) e impacto (mudanças a longo prazo na sociedade que possam ser atribuídas ao apoio do Fundo Global).

As auditorias abrangem um vasto conjunto de tópicos com particular incidência sobre questões relacionadas com o impacto dos investimentos, da gestão da cadeia de aprovisionamento e abastecimento, da gestão da mudança e de controlos financeiros e fiduciários essenciais do Fundo Global.