



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 45º CONSELHO DIRETOR 56ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

*Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1 de outubro de 2004*

---

*Tema 4.1 da agenda provisória*

CD45/7 (Port.)  
1 setembro 2004  
ORIGINAL: INGLÊS

### **POLÍTICA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA REGIONAL DA OPAS**

#### **Antecedentes e contexto**

1. Em janeiro de 1985, o Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde solicitou aos Comitês Regionais que preparassem políticas orçamentárias regionais por programas para promover o uso ótimo de recursos da Organização Mundial da Saúde em todos os níveis com a finalidade de executar as políticas coletivas da Organização. Em setembro daquele ano, o 31º Conselho Diretor aprovou a Política Orçamentária Regional por Programas da OPAS como uma parte integrante da Estratégia de Gestão para o Uso Ótimo de Recursos da OPAS/OMS em Apoio Direto aos Países Membros (Resolução CD31.R10).
2. A revisão atual da Política Orçamentária por Programas da OPAS foi inicialmente estimulada pela aprovação da Resolução WHA51.31 em 1998, que introduziu um novo método de alocação de fundos nas Regiões e resultou em uma redução significativa da alocação da OMS para a Região das Américas no período 2000–2005. Coordenado pelo Subcomitê de Planejamento e Programação, o processo para a análise da Política Orçamentária Regional para Programas (PORP) foi postergado até a aprovação, em 2002, do Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana, 2003–2007.
3. A necessidade da revisão da PORP se tornou mais evidente quando, em 2003, durante uma discussão do Conselho Diretor sobre o Orçamento-Programa para 2004–2005, vários países solicitaram uma discussão detalhada sobre o enfoque à distribuição de recursos. Muitos países consideraram que o método vigente de alocação de recursos entre os países deveria ser examinado e assinalaram a importância de elaborar critérios de necessidade para melhorar a prática vigente de alocação de recursos.

4. Em 2003, o Conselho Diretor também respaldou a Estratégia de Gestão para o Trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana no período 2003–2007, que identificou a gestão estratégica de recursos como um dos objetivos institucionais da reforma organizacional em curso. Além disso, a Estratégia destacou a importância da política orçamentária de apoiar a implementação do Plano Estratégico, dando ênfase a grupos populacionais especiais, países prioritários e objetivos técnicos.

5. Vários mandatos regionais e globais foram levados em consideração na análise e revisão da PORP:

(a) *Pacto do Milênio* – Com uma maior avaliação, dentro e fora do setor da saúde, da inter-relação entre saúde e desenvolvimento e, mais recentemente, saúde e segurança humana, a saúde ganhou destaque nas agendas regionais e globais de desenvolvimento. Tal tendência é mais evidente na Declaração do Milênio e Metas de Desenvolvimento para o Milênio, adotadas em 2000 pela comunidade global para reduzir significativamente a pobreza no mundo. A saúde é o objeto central de quatro das oito metas e tem um papel indireto em várias outras metas. Estas metas nortearão as agendas de desenvolvimento dos países até 2015 e é imperativo que a OPAS aproveite essa oportunidade para acelerar o desenvolvimento de saúde nos países e assegurar que sejam abordadas as iniquidades de saúde. Os países precisam de apoio para atingir as metas nacionais estabelecidas para demonstrar o seu compromisso com o Pacto do Milênio.

(b) *Programa Global de Trabalho da OMS* – Em conformidade com seu mandato constitucional, a OMS está em fase de elaboração do 11º Programa Geral de Trabalho (PGT), realizando consultas com as Regiões, países, parceiros e outros interessados diretos. O PGT abrangerá o período 2006–2015 e visa a apresentar aos países uma visão para saúde assim como uma estrutura para ação por parte da OMS. Portanto, deve nortear os planos tanto a curto como a longo prazo da OPAS.

(c) *Maior orientação nacional* – Reconhece-se a necessidade de colocar os países no centro da cooperação desde meados da década de 80. Na política orçamentária anterior, a determinação de uma meta de 35% do orçamento ordinário para alocação nacional de verbas deu respaldo à onda de descentralização que estabeleceu uma presença na maioria dos países e fez uso desses mecanismos como linha de frente e meio de acesso para a cooperação técnica da OPAS. Esta meta, destinada à alocação nacional de recursos, tem sido alcançada.

Atualmente, um objetivo estratégico comum da cooperação técnica da OMS e da OPAS é incrementar sua atuação interna e com os países. Para dar respaldo a este enfoque nacional, a OMS está buscando transferir recursos para as Regiões e países para atingir uma meta de 80% até 2009. E espera-se que todas as Regiões demonstrem a transferência de recursos aos países.

Um dos desafios é estabelecer uma meta mais ambiciosa para a parcela nacional do orçamento e, ao mesmo tempo, assegurar a disponibilidade de recursos suficientes para a realização das atividades nos centros e repartições regionais, uma vez que estes prestam apoio fundamental à cooperação técnica nos países e executam o esforço normativo, complementar à cooperação nacional. Um outro desafio é assegurar que os critérios usados, além de reduzir as iniquidades na alocação de recursos entre os países, considerem a ênfase dada aos cinco países principais.

Enquanto o enfoque nacional pede um maior volume de recursos em muitos países para surtir uma repercussão maior, a estratégia requer a reorientação e concentração da cooperação técnica em todos os níveis e unidades organizacionais da Organização com vistas às necessidades dos países, e tal deve estar ser ponderado no processo de programação.

- (d) *Integração sub-regional* – Embora o quadro de globalização esteja bem fortalecido, existem processos sólidos de integração em âmbito sub-regional, como a Comunidade do Caribe (CARICOM), o Mercado Comum do Sul (Mercosul), a Comunidade Andina das Nações (CAN), o Sistema de Integração Centro-Americana (SICA) e o Acordo de Livre Comércio da América do Norte (NAFTA). A saúde é um dos principais componentes das agendas neste nível e requer a colaboração em uma variedade de questões. A OPAS tem acompanhado os processos de desenvolvimento relativos à saúde em graus distintos e por meio de mecanismos diferentes, mas isto somente é patente nos orçamentos por programas no caso da sub-região do Caribe. Esse enfoque ou nível de programação precisa agora ser reconhecido em todas as situações, com base nos critérios aceitos e recursos alocados.
- (e) *Convocação para os organismos internacionais demonstrarem o valor agregado.* Os países colaboram com um número cada vez maior de instituições em âmbito sub-regional, regional e global. Desde o início da década de 90, interessados diretos e parceiros reclamam uma maior valia para o dinheiro empregado no setor público nas esferas nacionais e internacionais. A gestão baseada em resultados é uma parte crucial do processo administrativo da OMS e OPAS e é ferramenta fundamental que permite a avaliação da obtenção de resultados e a melhoria da eficiência e eficácia da atuação da Organização. Os resultados do monitoramento e da avaliação eficientes devem nortear a elaboração de programas técnicos subseqüentes e a transparência deve ser o distintivo do planejamento e processo de gestão.

### **Planejamento, programação e preparação de orçamentos-programas**

6. O planejamento, programação, monitoramento e avaliação da Organização precisam ser elaborados de modo a constituir um processo contínuo e integrado, incorporando o planejamento de médio e longo prazo. Embora separados em fases diferenciadas, cada componente deve ser elaborado para proporcionar uma estrutura e referência para as outras fases.

7. O planejamento a longo prazo é realizado em âmbito global e a Região precisa se empenhar ao máximo para contribuir com esse processo. Essa fase termina com a aprovação de um Programa Geral de Trabalho endossado pela Assembléia Mundial da Saúde.

8. O processo de planejamento a médio prazo em âmbito regional precisar usar o PGT como seu norte e basear-se nos resultados de análises dos meios internos e externos, nos mandatos anteriormente adotados em âmbito regional e internacional e na necessidade determinada conjuntamente pelos países. O plano a médio prazo deve especificar as metas estratégicas e os objetivos segundo os quais a Organização orienta os seus esforços na Região das Américas e determina as orientações estratégicas e programáticas no período. Para complementar, o planejamento a médio prazo deve também ser realizado em âmbito nacional para tornar transparente a resposta estratégica da OMS/OPAS para um período de quatro a cinco anos, apoiar um determinado país em seus esforços para atingir as metas coletivas regionais e globais. Este é o objetivo do processo de Estratégia de Cooperação Nacional que está sendo amplamente implementado na OPAS e procura definir a busca estratégica de cooperação com os países-membros em separado dentro da estrutura dos mandatos coletivos da Organização.

9. O processo de planejamento a curto prazo está centrado na elaboração de orçamentos por programas de dois anos para realizar o plano a médio prazo regional e contribuir com os objetivos globais para o período. O processo deve priorizar as necessidades dos países e procurar concentrar o trabalho de todos os níveis do Secretariado nessas necessidades. Este processo de gestão em toda a organização também deve ser baseado em resultados, identificando claramente os objetivos coletivos dos países para o período ao qual o Secretariado contribuirá por meio da cooperação técnica integrada, multidisciplinar e em diversos níveis em áreas selecionadas de trabalho. Os resultados objetivamente comprovados, pelos quais o Secretariado deverá prestar contas ao final do biênio, devem ser negociados com países e parceiros em âmbito nacional, sub-regional e regional. O Orçamento-Programa bienal da OPAS precisa ser uma expressão a mais fiel possível da conformidade de exigências nacionais específicas com as decisões atuais de políticas regionais e globais em cada área de trabalho.

10. A elaboração de um programa nacional a curto prazo deve ser baseada na Estratégia de Cooperação Nacional a médio prazo, onde ela existir. Na ausência da Estratégia, o processo deve procurar determinar a resposta da OPAS para um período de dois anos e auxiliar o país a atingir as metas coletivas da Organização. Este deve levar em consideração os resultados da avaliação do último biênio, as prioridades nacionais relativas à saúde e os recursos disponíveis em nível nacional e provenientes de outros parceiros. Em todos os casos, a programação em nível nacional é uma oportunidade fundamental para fortalecer alianças estratégicas e consolidar a natureza intersectorial da atuação da OPAS.

11. A participação nacional na elaboração do orçamento-programa é de importância primária ao assegurar que os escassos recursos da Organização sejam alocados a áreas prioritárias. A participação dos países se dará em três níveis:

- (a) Primeiro, em cada país, por meio do processo conjunto continuado de avaliação da cooperação técnica existente dada as circunstâncias, condições e necessidades em transformação. Este empenho conjunto será respaldado por revisões aprofundadas periódicas de políticas e programas.
- (b) Segundo, por meio da participação ativa dos países-membros da OPAS nos Órgãos Diretivos da Organização Mundial da Saúde. Atuando como parte da subdivisão para formulação coletiva de políticas da OMS, os países-membros têm uma oportunidade para fazer comentários sobre a magnitude da contribuição da OMS à Região das Américas e sobre a contribuição regional para a obtenção dos resultados globais esperados.
- (c) Terceiro, por meio de sua participação no Subcomitê de Planejamento e Programação, Comitê Executivo e Conselho Diretor da OPAS, os países-membros determinam o programa de trabalho, o nível de recursos disponíveis para a Organização, assim como a alocação destes recursos para atingir os resultados regionais esperados em acordo.

12. O processo orçamentário regional para programas precisa ser respaldado por um sistema de dados para gestão institucional para programação, monitoramento e avaliação. Este é o caso do sistema AMPES na OPAS. Como o orçamento-programa é aprovado a cada biênio, é preciso haver um processo de revisão e reprogramação ao menos uma vez ao ano para garantir que o programa de cooperação técnica atenda às situações e necessidades em transformação dos países, assim como no que se refere à disponibilidade de recursos nos países e na Organização. O processo de revisão precisa ser realizado em conjunto com os países em âmbito nacional e com unidades técnicas e de apoio em âmbito regional.

13. O processo de preparação, execução e monitoramento do orçamento-programa da OPAS proporciona vários momentos e oportunidades para incentivar uma boa coordenação internamente nas unidades técnicas da Organização e entre elas e uma boa coordenação entre os diversos níveis da Organização.

### **Projeto do orçamento-programa da OPAS**

14. A esfera de atuação da OPAS, como um organismo multilateral especializado em saúde, compreende tanto funções normativas coletivas e objetivos comuns de saúde pública dos países-membros como funções de cooperação técnica visando ao apoio para o desenvolvimento nacional da saúde em cada país. O primeiro abrange, entre outros, determinar uma visão e rumos estratégicos para o desenvolvimento da saúde nas Américas, estabelecer normas e padrões acertados pelos países-membros, monitorar condições de saúde e identificar as boas práticas e pesquisa. Por outro lado, as funções de cooperação técnica específica para cada país em particular são aquelas diretamente relacionadas à capacitação institucional nos países e planejamento e execução de programas técnicos integrados para tratar de situações sanitárias específicas.

15. A atuação da Organização se expressa no orçamento-programa em três planos inter-relacionados:

- A. Nível funcional
- B. Áreas de trabalho
- C. Nível organizacional

16. As figuras do Anexo 1 mostram a relação entre A e C, A e B e B e C. Na prática, trata-se de uma matriz tridimensional que combina as três perspectivas.

A. Os **níveis funcionais** representam a abrangência das atividades de cooperação técnica que a Organização realiza para respaldar seus mandatos. Os níveis são nacional, sub-regional e regional.

(i.) **Nacional:** Programas de cooperação técnica têm a finalidade de atender às necessidades de um determinado país em seu empenho de cumprir os mandatos coletivos da Organização e suas metas de desenvolvimento nacional de saúde. O apoio técnico a estas atividades é, sobretudo, proporcionado pelas repartições nacionais, mas os centros e unidades regionais também podem prestar apoio.

(ii.) **Sub-regional:** Programas de cooperação técnica têm a finalidade de atender às necessidades de um grupo de países em seu empenho de cumprir as metas de desenvolvimento sub-regional de saúde como parte dos mandatos

coletivos da Organização. O apoio técnico para este nível pode ser proporcionado e coordenado por qualquer tipo de unidade organizacional. Estes programas compreendem todos ou alguns países que pertencem a uma das instituições reconhecidas de integração sub-regional: CARICOM, Mercosul, SICA, CAN ou NAFTA. Este nível funcional de atuação de cooperação técnica apóia as agendas de saúde dos processos de integração sub-regional e precisa ser desenvolvido junto com os países, por meio dos mecanismos responsáveis pelo planejamento e execução das respectivas agendas de saúde. Os grupos de países devem entrar em acordo sobre os resultados bem definidos esperados.

- (iii.) **Regional:** O nível regional de atividades compreende programas do componente técnico com a finalidade de atender às necessidades de todos os países-membros, em termos de trabalho normativo e realização das metas e objetivos regionais de saúde pública. Embora este componente tenha tradicionalmente sido executado pelas unidades regionais, assim como pelos centros pan-americanos<sup>1</sup>, ele também pode ser executado pelas repartições nacionais.
- B. As **áreas de trabalho** são as categorias usadas na classificação do trabalho da Organização que refletem a resposta às necessidades regionais e globais de saúde assim como as responsabilidades institucionais regionais, tais como administração ou serviços de apoio. O número e o conteúdo das áreas de trabalho representam as opções para o trabalho da Organização por um dado período e precisam ser examinados regularmente a fim de assegurar que possam responder às necessidades em transformações do meio. As áreas de trabalho norteiam a elaboração de programas nos níveis funcional e organizacional.

As áreas de trabalho são as peças básicas para o planejamento, programação, orçamento e pareceres do processo de gestão baseado em resultados da OMS e OPAS. O estabelecimento das prioridades precisa influir na alocação dos recursos entre as áreas de trabalho.

A articulação do Orçamento-Programa Regional da OPAS com os resultados globais esperados por área de trabalho do Orçamento-Programa da OMS torna o alinhamento das áreas de trabalho da OPAS e da OMS um elemento fundamental para o processo de gestão.

---

<sup>1</sup> Os centros pan-americanos concentram-se em uma área ou áreas técnicas selecionadas por meio de uma série de funções, como pesquisa, trabalho normativo e cooperação técnica. Alguns também prestam serviços. Alguns centros servem a Região como um todo; outros servem certas sub-regiões.

C. Os **níveis organizacionais** são os três tipos de unidades que integram a estrutura da OPAS, a saber: repartições nacionais, centros e unidades regionais. O trabalho em qualquer um dos três tipos de unidades pode contribuir com uma ou mais áreas de trabalho e/ou componente funcional.

17. A cooperação técnica entre países (CTP) ocorre quando dois ou mais países, em desenvolvimento ou desenvolvido, concordam em ajudar um ou mais países cooperantes ou desenvolver enfoques comuns para um problema comum. Isso precisa ser diferenciado dos níveis funcionais sub-regional e regional e requer consideração especial na elaboração ou execução do Orçamento-Programa. Na CTP, há cooperação política entre os países por meio de acordos voluntários com a finalidade de fortalecer a autonomia de um ou mais países em questão em áreas relacionadas às suas prioridades nacionais de saúde.

18. O papel da OMS/OPAS deve ser sobretudo catalítico: mobilizar recursos científicos, técnicos e administrativos dos parceiros nacionais apropriados e ajudar no planejamento de intervenções eficazes. O financiamento da CTP será principalmente de responsabilidade dos governos em questão a fim de promover o objetivo pretendido de autonomia. Os países-membros têm direito de buscar o apoio de outros organismos bilaterais ou multilaterais para complementar as próprias contribuições.

19. O Orçamento-Programa da OPAS é financiado por diversas fontes: verbas ordinárias da OPAS provenientes das cotas nacionais de contribuição; parcela de verbas ordinárias da OMS para a Região das Américas provenientes das cotas de contribuição; outras fontes mobilizadas pela OMS e OPAS respectivamente. Todas as verbas custeiam programas ou projetos de um Orçamento-Programa para que a relação lógica entre as intervenções técnicas possa ser avaliada.

20. O orçamento-programa deve ser visto como um instrumento de gestão estratégica e acomodável. Ele precisa ser capaz de responder a meios em transformação, como desastres e necessidades de saúde emergentes, e considerar a repercussão de quedas na atividade econômica e dificuldades sociopolíticas no momento oportuno. O orçamento-programa precisa servir de estrutura para a mobilização de recursos e dinamização dos esforços colaborativos com outros setores e organismos.

### **Crítérios para a alocação de recursos**

21. O enfoque para alocação de fundos está firmemente estabelecido nos princípios de equidade e solidariedade. A equidade se revela no uso de critérios baseados na necessidade para a alocação de recursos entre os países; a solidariedade se expressa na provisão de um nível básico de verbas para cooperação por parte de e com os países em âmbito regional e sub-regional e entre si.

22. O maior foco nos países deve estar baseado na reconhecida relativa vantagem da OPAS de estar presente nos países e ter uma estreita relação com o setor da saúde. O tipo ou grau de presença no país deve depender dos recursos disponíveis nos países e da magnitude da alocação de recursos para um determinado país no orçamento-programa.

*Alocação de recursos entre os componentes funcionais:*

23. Como ponto de partida, uma distribuição inicial precisa ser feita com relação à atuação em âmbito nacional, sub-regional e regional. A distribuição entre os níveis funcionais deve ser dinâmica, levando em consideração mudanças no meio e novos dados, mas sempre com o objetivo de melhorar resultados em âmbito nacional. Com o passar do tempo, os resultados da avaliação devem nortear ajustes na ponderação de recursos para os diferentes enfoques ao trabalho técnico.

24. Como um dos indicadores do nível de foco nos países, devem ser estabelecidas metas a médio prazo para recursos alocados diretamente aos países e estas devem ser revisadas passado um período de três biênios. Para o próximo período de 2006–2011, a Organização estabelece como meta uma alocação de recursos mínimos de 40% em nível nacional e 5% em nível sub-regional.

*Alocação de recursos entre os países:*

25. O financiamento em nível nacional será dividido em duas partes: financiamento básico e variável.

(a) As *verbas básicas* compreenderão dois componentes: (i) uma alocação fixa, ou piso, de recursos que garantirá um nível básico de presença e/ou atividades no país para todos os países-membros e (ii) uma alocação de recursos conforme as necessidades que distribuirá as verbas entre países com base em critérios de necessidade econômica e de saúde. Todos os países-membros receberão inicialmente uma alocação orçamentária equivalente para cobrir um nível básico de atividades. Esta será a alocação total de recursos para os países-membros de maior renda per capita. Para todos os outros países-membros, o restante das verbas essenciais será alocado conforme as necessidades e distribuído com base em critérios de necessidade que estejam facilmente disponíveis, como expectativa de vida e renda per capita, ajustados segundo o fator população. Uma especificação mais detalhada dos fatores e cálculo da distribuição pode ser encontrada no Anexo II. As verbas essenciais devem representar uma fatia de pelo menos 95% da alocação de recursos aos países.

(b) As *verbas variáveis* conferirão flexibilidade ao processo de alocação de recursos. Este será direcionado e por tempo limitado, proporcionando uma injeção a curto

prazo de recursos para acelerar o progresso para o cumprimento de mandatos coletivos prioritários em que o financiamento é uma limitação. Serão estabelecidos objetivos claros para o uso desses fundos, a serem monitorados separadamente para informar sobre o progresso em direção às metas. Esses fundos também serão utilizados para proteger os níveis atuais de orçamento de países-chave. Está previsto que os recursos totais reservados para o financiamento variável não podem exceder 5% dos recursos totais alocados em nível nacional.

*Entre as áreas de trabalho:*

26. A distribuição de recursos entre as áreas de trabalho em todos os níveis da Organização deve ser compatível com o apoio necessário para cumprir as prioridades coletivas em âmbito regional e global. Atenção especial será dada às áreas de trabalho que direta ou indiretamente contribuem para o cumprimento das Metas de Desenvolvimento para o Milênio relativas à saúde.

27. *Mobilização de recursos* – A Organização tem uma responsabilidade contínua de mobilizar recursos necessários para a realização dos objetivos, resultados esperados e metas de saúde em âmbito nacional, sub-regional e regional. Os recursos ordinários são insuficientes e outras fontes precisam ser mobilizadas dentro da estrutura de um orçamento-programa integrado e único.

28. A Organização deve procurar mobilizar recursos humanos e institucionais assim como financeiros. Esses recursos adicionais devem ser direcionados para apoiar atividades de cooperação técnica nacionais, sub-regionais e regionais, mas sempre de acordo com as políticas e objetivos regionais e responsivos aos mandatos dos Órgãos Diretivos da Organização.

29. Os critérios para aceitar verbas de outras fontes incluem:

- (a) Sua finalidade precisa estar de acordo tanto com as políticas e prioridades técnicas quanto com as estratégias de gestão da Organização. Em geral, outras fontes de financiamento devem complementar o Orçamento Ordinário para a ampliação dos esforços para obter os resultados nacionais, sub-regionais ou regionais estipulados ou para o início de atividades complementares.
- (b) As condições vinculadas ao seu uso devem estar de acordo com as políticas e preceitos da Organização.
- (c) Se os recursos destinam-se a ser utilizados em um dos países-membros, sua finalidade deve estar de acordo com as políticas e prioridades nacionais deste país-membro.

(d) Deve ser considerado pela Organização e pelo país-membro o custo de administrar estes recursos externos e os custos a longo prazo implicados para a manutenção dos resultados.

30. A coordenação dos esforços para mobilização de recursos dentro da Organização é fundamental para um uso ótimo dos recursos limitados provenientes de parceiros bilaterais e multilaterais.

### **Execução, monitoramento e avaliação**

31. O orçamento-programa regional aprovado deve ser implementado mediante o desenvolvimento e execução, por parte das unidades organizacionais, do orçamento-programa bienal para a unidade e planos de trabalho operacionais ou de implementação para a unidade, cobrindo um mínimo de seis meses em qualquer oportunidade. Os planos de trabalho, como o orçamento-programa bienal, devem demonstrar a contribuição de todos os níveis da Organização.

32. Em âmbito nacional, a formulação e execução dos planos de trabalho são de responsabilidade conjunta dos países e do Secretariado. Os países se obrigam a realizar as atividades nacionais acertadas, complementadas e apoiadas pelos recursos e pela cooperação técnica da Organização. Por meio de reuniões regulares, procedimentos acertados e outros mecanismos eficazes de gestão de projetos, o Secretariado e as autoridades nacionais colaboram para a realização dos resultados esperados e, em última análise, para a contribuição nacional às metas regionais de saúde.

33. Um espaço para acomodação deve ser incorporado à fase de execução para permitir a resposta a mudanças súbitas nas condições nacionais ou regionais e o surgimento de necessidades não previstas anteriormente. As condições que justificam uma reprogramação precisam ser bem definidas e deve ser estabelecido um processo de revisão e aprovação do orçamento-programa modificado.

34. Em momentos de necessidade súbita e urgente em um país, pode-se direcionar recursos de outros países e do nível da escritório regional para atender a esta necessidade nacional particularmente urgente.

35. A gestão dos recursos é de responsabilidade compartilhada pelos países-membros e a OMS/OPAS. Contudo, a Organização detém a responsabilidade final da gestão das verbas previstas em seu orçamento e, em última análise, responsabilidade pelas verbas aos Órgãos Diretivos, que representam a voz coletiva da população da Região.

36. O avanço na implementação do orçamento-programa bienal, independentemente da procedência das verbas, deve ser monitorado pelo menos a cada seis meses no nível da

unidade organizacional. Análises dos avanços nos diferentes níveis da Organização devem servir de alerta ao Corpo de Diretores sobre as dificuldades encontradas na implementação de modo a facilitar a criação oportuna de intervenções corretivas técnicas ou de gestão para a realização dos resultados esperados.

37. As avaliações precisam ser parte integrante do ciclo de gestão e, como nas outras fases do orçamento-programa, deve ser realizado na medida do possível em conjunto com os países. Com frequência é difícil avaliar a repercussão da atuação da Organização dado: (1) a natureza e complexidade dos problemas de saúde; (2) a cooperação técnica da OPAS apóia principalmente esforços nacionais para atingir objetivos de saúde; e (3) muitas vezes há vários parceiros envolvidos. Apesar disso, a Organização deve usar os enfoques disponíveis para determinar a eficácia e eficiência de seus programas. As auto-avaliações de rotina precisam ser complementadas com avaliações aprofundadas sobre a extensão em que se alcançou os objetivos de programas e a determinação objetiva dos fatores que contribuem para os resultados. É fundamental assegurar que os orçamentos futuros para programas tirem proveito das lições aprendidas no processo de cooperação e espelhem de modo mais pontual as necessidades e recursos nacionais.

### **Oportunidades para implementação e monitoramento da política**

38. As Estratégias de Cooperação Nacionais estão sendo elaboradas pelos países e serão atualizadas quando houver mudanças na situação nos países ou nas políticas da Organização. Entre outros, as Estratégias identificarão a mescla e o nível de recursos técnicos requeridos para dar uma contribuição importante aos esforços nacionais ao lidar com as prioridades de saúde.

39. O novo enfoque abrangendo toda a organização para a revisão de acordos, programas e projetos financiados por outras fontes assegura que as atividades apoiadas adiram às políticas e mandatos vigentes e que a Organização possa administrar o projeto com eficiência e eficácia.

40. As revisões anuais dos orçamentos bienais para programas facilitam: (1) ajustes a meio termo ao programa em implementação e (2) refinamento das propostas às prioridades da Organização e ao meio em transformação. O maior uso de estruturas analíticas melhorará o rigor da programação e o aperfeiçoamento dos relatórios qualitativos e quantitativos.

41. A revisão seriada do orçamento-programa pelos Órgãos Diretivos permite enfocar, em momentos diferentes, os aspectos técnicos, a orientação de políticas e a alocação de recursos do orçamento-programa. Neste sentido, o papel do Subcomitê de Planejamento e Programação é fundamental para assegurar a confiabilidade das propostas.

<b>A. Contribuição das unidades organizacionais à atividade de cooperação técnica dos níveis funcionais da Organização</b>			
<b>Unidades organizacionais</b>	<b>NÍVEL FUNCIONAL</b>		
	<b>Nacional</b>	<b>Sub-regional</b>	<b>Regional</b>
Escritórios nacionais	++++	++	+
Centros	++	++	+++
Unidades regionais	+	++	++++

<b>B. Contribuição de níveis funcionais às áreas de trabalho</b>			
<b>Níveis funcionais</b>	<b>ÁREAS DE TRABALHO (Exemplo)</b>		
	<b>HIV/AIDS</b>	<b>Doenças transmissíveis</b>	<b>Medicamentos essenciais</b>
Regional	+	+++	+++
Sub-regional	++	++	++
Nacional	+++	++++	++



## **Alocação de recursos da OMS/OPAS aos países**

### **Modelo conceitual**

1. A criação do modelo é orientada pelos princípios já divulgados no documento de políticas. A Tabela 1 ilustra o modelo conceitual e uma explicação dos diversos elementos do modelo é dada nos parágrafos seguintes.

#### *Método de dois estágios para a alocação de recursos*

2. A alocação de recursos aos países é dividida em dois componentes: básico e variável. O componente básico é constituído de duas partes: o “piso” e “conforme as necessidades”. A parte “piso” do componente básico representa os recursos que todos os países recebem equitativamente. Esta alocação orçamentária destina-se a assegurar um nível básico de atividade de cooperação técnica para cada país-membro e será a única alocação orçamentária aos países considerados de maior renda per capita. A parte “conforme as necessidades” do componente básico representa a parcela do orçamento que está sujeita aos critérios de necessidade desenvolvidos para o modelo, explicados nas seções seguintes. A parte “conforme as necessidades” do componente básico representa a maior parcela da alocação orçamentária total aos países.

3. O componente variável tem a finalidade de proporcionar um certo espaço de acomodação no processo orçamentário. Compõe-se do financiamento direcionado por tempo limitado que se destina a proporcionar uma injeção de recursos a curto prazo aos países para acelerar o progresso para o cumprimento de mandatos coletivos e estabelecimento de prioridades regionais e globais. A programação desses fundos será proposta pela Diretora da OPAS após consulta com os países. Serão estabelecidos objetivos claros para o uso desses fundos, a serem monitorados separadamente para informar sobre o progresso em direção às metas. Não se espera que os recursos reservados para essa finalidade excedam a 5% do patamar total de recursos alocados aos países.

#### *Parâmetro de necessidade*

4. Um parâmetro de necessidade é usado para assegurar que haja objetividade na medida das necessidades relativas dos países. Um parâmetro é adotado porque se acredita que as condições gerais de saúde de um país, junto com a sua situação econômica relativa, podem captar melhor a necessidade relativa de saúde de um país. Além disso, é importante que os dados usados para criar um parâmetro de necessidade estejam disponíveis para todos os países da região. E embora o ideal também seria dispor de um dado estatístico que expressasse a equidade em saúde nos países, foi determinado que no

momento não há um dado estatístico relevante, disponível regularmente, para todos os países na Região.

5. Para servir como um marcador substituto do grau de necessidades de saúde atualmente existentes em um dado país, foi calculado um índice composto a fim de nortear uma alocação mais equitativa das verbas básicas da OPAS. Este índice de necessidades de saúde (INS) incorpora duas dimensões amplas de saúde e seus determinantes em duas medidas sintéticas conhecidas: expectativa de vida ao nascer (life expectancy, *leb*) e renda nacional bruta per capita, ajustada por paridade do poder aquisitivo (income per capita, *ipc*).

6. Calcula-se, para cada país, uma média aritmética das suas duas últimas estimativas de expectativa de vida e renda per capita — como apresentado na Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde da OPAS. Para um dado país *i*, o INS é calculado do seguinte modo:

$$\text{Índice de necessidades de saúde}_i = \frac{(leb_{i \text{ actual}} - leb_{\text{min}})}{(leb_{\text{max}} - leb_{\text{min}})} \times 0.5 + \frac{(\log ipc_{i \text{ actual}} - \log ipc_{\text{min}})}{(\log ipc_{\text{max}} - \log ipc_{\text{min}})} \times 0.5$$

7. Onde “*actual*” é a valor atual do país, “*min*” o valor mínimo observado em uma série de dados regional e “*max*” o valor máximo observado na série de dados regional.

8. Como se observa pela fórmula, cada componente do índice — expectativa de vida e renda per capita para um dado país — é calculado por meio de um procedimento estatístico de transformação padrão que designa um valor relativo que varia de zero, para os países mais carentes, a 1, para os países menos carentes. Convém mencionar que, seguindo uma recomendação comprovada<sup>2</sup>, calcula-se uma transformação logarítmica da distribuição de renda em vez do seu valor real para expressar adequadamente o limite inferior da distribuição de renda, ou seja, os países mais pobres. O índice de necessidades de saúde é, portanto, formado pela adição dos valores dos seus dois componentes, depois de receberem o mesmo peso (0,5).

9. A distribuição do Índice de Necessidades de Saúde é usada subseqüentemente para calcular os percentis e determinar a composição nacional dentro dos percentis de

---

<sup>2</sup> Anand S, Sen A. The income component in the HDI –alternative formulations. Occasional Paper. United Nations Development Programme, Human Development Report Office, Nova York; 1999. Também: Sen A. Assessing human development. Special contribution, in: United Nations Development Programme. Human Development Report 1999: Globalization with a human face; Oxford University Press; Nova York, 1999.

necessidades de saúde relativas (consulte a tabela 2 para um exemplo ilustrativo do emprego do INS usando os últimos dados oficiais).

#### *Agrupamento de países em quantis*

10. Embora um índice seja considerado uma medida aceitável para a determinação da condição relativa dos países, o emprego direto de um único índice não é considerado o meio mais apropriado para a alocação total de fundos entre países. Os dados estatísticos básicos têm diferentes graus de confiança e mesmo os acréscimos no índice não são sistematicamente ponderados ao longo da escala. O modelo procura evitar superinterpretação do índice ao ordenar os países em cinco quantis, ou quintis neste caso, usando uma fórmula estatística padrão para essa finalidade. Os países categorizados em um determinado quintil receberão o mesmo tratamento no que se refere à aplicação dos critérios de necessidade.

#### *Distribuição progressiva de recursos conforme a necessidade relativa*

11. Para preservar o princípio de equidade, o modelo aloca progressivamente os recursos em quintis conforme a necessidade relativa. Ou seja, para dois países com a mesma população, ao país no quintil que demonstra maior necessidade será alocada uma parcela proporcionalmente maior de recursos que ao país que se enquadra em um quintil de menor necessidade.

Convém observar que o nível de ponderação progressiva usado no modelo tem uma repercussão direta sobre o nível de redistribuição de recursos entre os países. Quanto maior a escala de ponderação progressiva aplicada, maior a redistribuição de recursos, favorecendo assim os países mais carentes.

#### *População*

12. A população é um outro fator no modelo usado na alocação de recursos. Todos os modelos apresentados pressupõem que, sendo todos os outros fatores iguais, um país com uma população maior necessitará de mais recursos que um país com uma população menor. Contudo, os modelos também pressupõem que o efeito multiplicador existente no tipo de cooperação adotada pela OPAS com os países-membros é tal que os países menores necessitarão de mais recursos per capita do que os países maiores. Essas pressuposições são incorporadas ao modelo ao se ajustar os dados estatísticos populacionais reais por meio de um método estatístico de alisamento. O alisamento populacional reduz com eficácia a variação das populações antes de usá-las no cálculo dos níveis de recursos.

13. O método de alisamento escolhido para o modelo proposto é a raiz quadrada da população. Embora existam vários métodos de alisamento estatístico padrão usados para este tipo de modelagem, este método tem um menor fator de compressão sobre a estatística demográfica do que técnicas mais agressivas; em resultado, gera um nível mais gradual de redistribuição de recursos de países maiores para menores.

### **Resultados do modelo**

- (a) Os dois elementos do modelo que afetam substancialmente o grau de redistribuição de recursos entre países da região são o método de alisamento demográfico e a escala de ponderação do quantil. Os critérios de seleção dos métodos desses dois elementos no modelo proposto visam a alcançar dois objetivos principais: 1) equidade e um claro impacto positivo para os países mais necessitados; 2) redistribuição gradual dos recursos entre países.
- (b) O modelo proposto usa uma escala gradual de ponderação progressiva segundo a qual cada quintil sucessivo recebe um fator maior do que o anterior. Especificamente, o fator Q2 é 20% maior que Q1; o fator Q3 é 30% maior que Q2; o fator Q4 é 40% maior que Q3; e o fator Q5 é 50% maior que Q4. Essa escala de progressividade gera um nível mais gradual de redistribuição de recursos, mas tem um impacto positivo sobre os países mais necessitados.
- (c) O modelo proposto usa a raiz quadrada da população. Conforme indicado anteriormente, esse método de alisamento tem um menor fator de compressão sobre a estatística demográfica do que técnicas mais agressivas. Como o quadrado logarítmico da população; em consequência, o método da raiz quadrada gera um nível mais gradual de redistribuição de recursos dos países maiores para os menores.
- (d) A alocação básica é apresentada em termos proporcionais. A coluna j mostra a parte do piso do componente básico que é uma quantia fixa pré-determinada para todos os países de acordo com os critérios estabelecidos para esta alocação. A coluna k representa a parte baseada nas necessidades do componente básico calculada segundo a lógica do modelo. O total da alocação básica é apresentado como 95% da alocação orçamentária total do país. Os restantes 5% serão destinados como parte variável (coluna m) segundo os critérios mencionados anteriormente para este componente.
- (e) Os dados estatísticos (esperança de vida ao nascer; renda *per capita* PPA; população) usados neste modelo e para calcular o índice baseado nas necessidades de saúde provêm do Sistema de Dados Básicos de Saúde da OPAS. Os dados

mais recentes disponíveis do Sistema de Dados Básicos de Saúde da OPAS serão usados em cada iteração do ciclo orçamentário para a preparação da alocação dos recursos entre os países.

- (f) O modelo proposto serve para indicar a parcela proporcional de recursos que será alocada entre os países. O volume real de recursos orçamentários alocados a cada país dependerá dos níveis orçamentários aprovados pelo Conselho Diretor nos próximos anos.

**Tabela 1: Modelo conceitual**

PAÍS	(-)	PERCENTIL	FINANCIAMENTO BÁSICO		FINANCIAMENTO VARIÁVEL
			Piso	Conforme as necessidades (ponderação do percentil)	
País A	(-) Parâmetro de necessidade	<b>Grupo 1</b> (menos carente)	\$	\$	?
País B			\$		?
País C			\$		?
País J	(-) Parâmetro de necessidade	<b>Grupo 2</b>	\$	\$\$	?
País K			\$		?
País L			\$		?
País X	(+) Parâmetro de necessidade	<b>Grupo 3</b> (mais carente)	\$	\$\$\$	?
País Y			\$		?
País Z			\$		?

**Tabela 2: Cálculo do índice de necessidades de saúde**

(Fonte dos dados: dados mais recentes disponíveis, em setembro de 2004, no Sistema de Dados Básicos de Saúde da OPAS)

	país <sup>1</sup>	código	população 2004 (x1000)	esperança de vida ( <i>e</i> <sub>0</sub> )		renda per capita ( <i>i</i> \$)		médias aritméticas		log. da renda	pesos padronizados		health needs index	health needs group
				2003	2004	2001	2002	<i>e</i> <sub>0</sub>	renda		<i>e</i> <sub>0</sub>	renda		
1	Estados Unidos	USA	297,155	77.3	77.4	35,220	36,110	77.4	35,665.0	4.552	0.964	1.363	1.164	0
2	Canadá	CAN	31,744	79.5	79.6	27,940	28,930	79.6	28,435.0	4.454	1.043	1.263	1.153	0
3	Territórios franceses	FRT	1,020	78.2	78.4	26,550	27,040	78.3	26,795.0	4.428	0.998	1.236	1.117	0
4	Territórios holandeses	NET	294	77.1	77.3	28,140	28,350	77.2	28,245.0	4.451	0.958	1.260	1.109	0
5	Territórios britânicos	UKT	172	77.4	77.6	25,890	26,580	77.5	26,235.0	4.419	0.970	1.227	1.099	0
6	Porto Rico	PUR	3,898	75.7	75.9	16,250	18,090	75.8	17,170.0	4.235	0.909	1.040	0.975	0
7	Barbados	BAR	271	77.3	77.5	14,850	14,660	77.4	14,755.0	4.169	0.966	0.973	0.970	1
8	Costa Rica	COR	4,250	78.3	78.4	8,360	8,560	78.4	8,460.0	3.927	1.000	0.728	0.864	1
9	Argentina	ARG	38,871	74.4	74.6	11,440	10,190	74.5	10,815.0	4.034	0.863	0.836	0.850	1
10	Chile	CHI	15,996	76.2	76.3	9,240	9,420	76.3	9,330.0	3.970	0.925	0.771	0.848	1
11	Uruguai	URU	3,439	75.5	75.7	8,590	7,710	75.6	8,150.0	3.911	0.902	0.711	0.807	1
12	Bahamas	BAH	317	67.2	67.4	15,680	15,680	67.3	15,680.0	4.195	0.607	1.000	0.804	1
13	S. Cristóvão e Nevis	SCN	39	71.6	71.9	10,640	10,750	71.8	10,695.0	4.029	0.766	0.831	0.798	1
14	México	MEX	104,931	73.6	73.8	8,740	8,800	73.7	8,770.0	3.943	0.835	0.744	0.789	2
15	Antigua e Barbuda	ANI	68	71.3	71.6	10,120	10,390	71.5	10,255.0	4.011	0.755	0.813	0.784	2
16	Trinidad e Tobago	TRT	1,307	71.1	70.8	8,710	9,000	71.0	8,855.0	3.947	0.737	0.748	0.743	2
17	Panamá	PAN	3,177	74.9	75.0	6,030	6,060	75.0	6,045.0	3.781	0.879	0.580	0.729	2
18	Venezuela	VEN	26,170	73.9	74.1	5,770	5,220	74.0	5,495.0	3.740	0.845	0.537	0.691	2
19	Colômbia	COL	44,914	72.4	72.7	6,080	6,150	72.6	6,115.0	3.786	0.794	0.585	0.689	2
20	São Vicente e Granadinas	SAV	121	74.2	74.4	5,120	5,190	74.3	5,155.0	3.712	0.856	0.509	0.683	3
21	Dominica	DOM	69	74.1	74.4	5,170	4,960	74.3	5,065.0	3.705	0.854	0.502	0.678	3
22	Brasil	BRA	180,654	68.4	68.7	7,350	7,450	68.6	7,400.0	3.869	0.652	0.669	0.660	3
23	Sta. Lúcia	SAL	150	72.7	72.9	4,960	4,950	72.8	4,955.0	3.695	0.803	0.492	0.647	3
24	Belize	BLZ	261	71.4	71.3	5,360	5,490	71.4	5,425.0	3.734	0.751	0.532	0.642	3
25	Jamaica	JAM	2,676	75.9	76.1	3,630	3,680	76.0	3,655.0	3.563	0.917	0.358	0.637	3
26	El Salvador	ELS	6,614	71.0	71.2	4,720	4,790	71.1	4,755.0	3.677	0.742	0.474	0.608	4
27	Paraguai	PAR	6,018	71.1	71.3	4,750	4,590	71.2	4,670.0	3.669	0.746	0.466	0.606	4
28	Peru	PER	27,567	70.1	70.4	4,670	4,880	70.3	4,775.0	3.679	0.712	0.475	0.594	4
29	República Dominicana	DOR	8,872	66.6	66.6	6,040	6,270	66.6	6,155.0	3.789	0.583	0.587	0.585	4
30	Granada	GRE	89	64.5	64.5	6,570	6,600	64.5	6,585.0	3.819	0.508	0.617	0.563	4
31	Suriname	SUR	439	71.3	71.5	3,480	3,480	71.4	3,480.0	3.542	0.753	0.336	0.545	4
32	Cuba	CUB	11,328	76.8	77.0	2,004	2,350	76.9	2,177.0	3.338	0.948	0.129	0.539	4
33	Equador	ECU	13,192	71.0	71.2	3,250	3,340	71.1	3,295.0	3.518	0.742	0.312	0.527	5
34	Guatemala	GUT	12,661	66.1	66.5	4,000	4,030	66.3	4,015.0	3.604	0.572	0.399	0.485	5
35	Nicarágua	NIC	5,597	69.8	70.1	2,360	2,350	70.0	2,355.0	3.372	0.702	0.164	0.433	5
36	Guiana	GUY	767	63.4	63.6	3,960	3,940	63.5	3,950.0	3.597	0.472	0.392	0.432	5
37	Honduras	HON	7,099	68.8	68.8	2,510	2,540	68.8	2,525.0	3.402	0.661	0.194	0.428	5
38	Bolívia	BOL	8,973	64.2	64.6	2,350	2,390	64.4	2,370.0	3.375	0.504	0.166	0.335	5
39	Haiti	HAI	8,437	50.0	50.4	1,640	1,610	50.2	1,625.0	3.211	0.000	0.000	0.000	5

1 Territórios holandeses incluem Aruba, Antilhas Holandesas; territórios franceses incluem Guiana Francesa, Guadalupe, Martinica; territórios britânicos incluem Anguilla, Ilhas Virgens, Montserrat, Bermuda, Ilhas Cayman, Ilhas Turcas e Caicos

*e*<sub>0</sub> = esperança de vida ao nascer; renda = renda bruta nacional B187+B6per capita ajustada pela paridade do poder aquisitivo (dólares internacionais, *i*\$)

**Tabela 3. Modelo Proposto para Alocação Orçamentária entre Países**

Países Membros	Grupo	Ponderação baseada nas necessidades		População		Raiz quadrada da população		Parcela da alocação baseada nas necessidades		Alocação básica (parcela proporcional)			Alocação variável	Alocação Total (l + m)
		fator	%	milhares	%	milhares	%	(b x f)	%	piso	Aloc. bas. nas necessidades	Subtotal (j + k)		
Estados Unidos	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Canadá	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Países Baixos	0									0.32%	-	0.32%	?	?
França	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Reino Unido	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Porto Rico	0									0.16%	-	0.16%	?	?
S. Cristóvão e Nevis	1	1.00	1.6%	42	0.0%	6	0.2%	6	0.1%	0.32%	0.10%	0.42%	?	?
Barbados	1	1.00	1.6%	270	0.1%	16	0.6%	16	0.3%	0.32%	0.25%	0.57%	?	?
Bahamas	1	1.00	1.6%	314	0.1%	18	0.6%	18	0.3%	0.32%	0.27%	0.59%	?	?
Uruguai	1	1.00	1.6%	3,415	0.6%	58	2.0%	58	1.1%	0.32%	0.89%	1.21%	?	?
Costa Rica	1	1.00	1.6%	4,173	0.8%	65	2.2%	65	1.2%	0.32%	0.99%	1.31%	?	?
Chile	1	1.00	1.6%	15,805	2.9%	126	4.3%	126	2.3%	0.32%	1.92%	2.24%	?	?
Argentina	1	1.00	1.6%	38,428	7.1%	196	6.7%	196	3.6%	0.32%	3.00%	3.32%	?	?
Antigua e Barbuda	2	1.20	1.9%	73	0.0%	9	0.3%	10	0.2%	0.32%	0.16%	0.48%	?	?
Trinidad e Tobago	2	1.20	1.9%	1,303	0.2%	36	1.2%	43	0.8%	0.32%	0.66%	0.98%	?	?
Panamá	2	1.20	1.9%	3,120	0.6%	56	1.9%	67	1.2%	0.32%	1.03%	1.34%	?	?
Venezuela	2	1.20	1.9%	25,699	4.8%	160	5.4%	192	3.6%	0.32%	2.94%	3.26%	?	?
Colômbia	2	1.20	1.9%	44,222	8.2%	210	7.1%	252	4.7%	0.32%	3.86%	4.18%	?	?
México	2	1.20	1.9%	103,457	19.2%	322	10.9%	386	7.1%	0.32%	5.91%	6.23%	?	?
Dominica	3	1.56	2.5%	79	0.0%	9	0.3%	14	0.3%	0.32%	0.21%	0.53%	?	?
S. Vicente e Granadinas	3	1.56	2.5%	120	0.0%	11	0.4%	17	0.3%	0.32%	0.26%	0.58%	?	?
Sta Lúcia	3	1.56	2.5%	149	0.0%	12	0.4%	19	0.4%	0.32%	0.29%	0.61%	?	?
Belize	3	1.56	2.5%	256	0.0%	16	0.5%	25	0.5%	0.32%	0.38%	0.70%	?	?
Jamaica	3	1.56	2.5%	2,651	0.5%	51	1.7%	80	1.5%	0.32%	1.23%	1.55%	?	?
Brasil	3	1.56	2.5%	178,470	33.2%	422	14.3%	659	12.2%	0.32%	10.08%	10.40%	?	?
Granada	4	2.18	3.5%	80	0.0%	9	0.3%	20	0.4%	0.32%	0.30%	0.62%	?	?
Suriname	4	2.18	3.5%	436	0.1%	21	0.7%	46	0.8%	0.32%	0.70%	1.02%	?	?
Paraguai	4	2.18	3.5%	5,878	1.1%	77	2.6%	167	3.1%	0.32%	2.56%	2.88%	?	?
El Salvador	4	2.18	3.5%	6,515	1.2%	81	2.7%	176	3.3%	0.32%	2.70%	3.02%	?	?
República Dominicana	4	2.18	3.5%	8,745	1.6%	94	3.2%	204	3.8%	0.32%	3.13%	3.44%	?	?
Cuba	4	2.18	3.5%	11,300	2.1%	106	3.6%	232	4.3%	0.32%	3.55%	3.87%	?	?
Peru	4	2.18	3.5%	27,167	5.1%	165	5.6%	360	6.7%	0.32%	5.51%	5.83%	?	?
Guiana	5	3.28	5.3%	765	0.1%	28	0.9%	91	1.7%	0.32%	1.39%	1.71%	?	?
Nicarágua	5	3.28	5.3%	5,466	1.0%	74	2.5%	242	4.5%	0.32%	3.71%	4.02%	?	?
Honduras	5	3.28	5.3%	6,941	1.3%	83	2.8%	273	5.0%	0.32%	4.18%	4.50%	?	?
Haiti	5	3.28	5.3%	8,326	1.5%	91	3.1%	299	5.5%	0.32%	4.57%	4.89%	?	?
Bolívia	5	3.28	5.3%	8,808	1.6%	94	3.2%	307	5.7%	0.32%	4.70%	5.02%	?	?
Guatemala	5	3.28	5.3%	12,347	2.3%	111	3.8%	364	6.7%	0.32%	5.57%	5.89%	?	?
Equador	5	3.28	5.3%	13,003	2.4%	114	3.9%	374	6.9%	0.32%	5.72%	6.04%	?	?
<b>TOTAL</b>		<b>61.78</b>	<b>100.0%</b>	<b>537,823.00</b>	<b>100.0%</b>	<b>2,947</b>	<b>100.0%</b>	<b>5,406</b>	<b>100.0%</b>	<b>12.27%</b>	<b>82.73%</b>	<b>95.00%</b>	<b>5.00%</b>	<b>100.00%</b>

Note: The needs-based weighting scale in this model is progressive: the Q2 factor is 20% more than Q1; the Q3 factor is 30% more than Q2; the Q4 factor is 40% more than Q3; the Q5 factor is 50% more than Q4

Nota: A escala de ponderação baseada nas necessidades neste modelo é progressiva: o fator Q2 é 20% maior que Q1; o fator Q3 é 30% maior que Q2; o fator Q4 é 40% maior que Q3; o fator Q5 é 50% maior que Q4.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 134ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 21 a 25 de junho de 2004

CD45/7 (Port.)  
Anexo C

### **RESOLUÇÃO**

#### **CE134.R10**

#### **POLÍTICA DO ORÇAMENTO-PROGRAMA REGIONAL**

##### ***A 134ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Considerando o Documento CE134/9 e seu Apêndice, que descreve o processo usado para examinar a Política do Orçamento-Programa Regional vigente e apresenta uma nova proposta para esta política;

Considerando a Resolução CD44.R10 do 44º Conselho Diretor, que observou a necessidade de atualizar a política do orçamento-programa regional a fim de definir critérios para uma alocação orçamentária mais equitativa entre os países; e

Considerando a decisão da Quinquagésima Sétima Assembléia Mundial da Saúde referente à necessidade de definir critérios para alocações regionais da Organização Mundial da Saúde e uma estrutura para orientar a formulação dos orçamentos-programas da OMS,

#### **RESOLVE:**

1. Requisitar à Diretora que solicite comentários por escrito e os divulgue entre os Estados Membros.
2. Divulgar a Política do Orçamento-Programa Regional constante do Apêndice do Documento CE134/9 ao 45º Conselho Diretor, incorporando as observações do Comitê Executivo e de outros Estados Membros.
3. Recomendar ao 45º Conselho Diretor que discuta, exaustivamente, a aplicabilidade do modelo e adote a seguinte resolução:

***O 45º CONSELHO DIRETOR,***

Considerando o Documento CD45/\_\_\_ e seu Apêndice, o qual apresenta uma nova Política do Orçamento-Programa Regional, que define uma nova forma de alocação de recursos dentro da Organização;

Considerando que a Estratégia de Gestão para o Trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana no Período 2003-2007, declara que o orçamento-programa teria de ser estratégico e flexível, a fim de respaldar a execução do 11º Programa Geral de Trabalho da OMS e o Plano Estratégico 2003-2007 para a Repartição Sanitária Pan-Americana;

Considerando que a Resolução CD44.R10 do 44º Conselho Diretor, que observou a necessidade de atualizar a política do orçamento-programa regional a fim de definir critérios para uma alocação orçamentária mais eqüitativa entre os países;

Considerando que a Quinquagésima Sétima Assembléia Mundial da Saúde revogou a Resolução WHA51.31 e solicitou um novo método para a alocação de recursos em todas as Regiões da OMS, bem como uma estrutura para orientar a formulação dos orçamentos-programas da OMS;

Observando a maior ênfase conferida aos países, em particular aos Países Chaves identificados no Plano Estratégico 2003-2007 para a Repartição Sanitária Pan-Americana, bem como a proposta da Diretora Geral no sentido de redirecionar recursos para as Regiões e Países;

Preocupado com a necessidade de intensificação dos esforços dos países americanos para alcançarem as metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas e outras metas regionais até 2015; e

Considerando as observações formuladas pelo Comitê Executivo e pelos Estados Membros,

***RESOLVE:***

1. Agradecer ao Grupo Consultivo sobre a Política do Orçamento-Programa Regional da OPAS e à Secretaria por seus esforços de desenvolvimento de critérios de alocação de recursos orçamentários e extra-orçamentários por nível funcional, área de trabalho, e entre os países.
2. Aprovar o modelo proposto para alocação de recursos entre os países.

3. Aprovar a Política do Orçamento-Programa Regional conforme consta do Documento CD45/\_.
4. Assegurar que as alocações para os países, em futuros orçamento-programas da OPAS, aprovados pelo Conselho sejam, em geral, orientadas por um modelo que:
  - (a) assegure um nível mínimo de cooperação a todos os países;
  - (b) distribua as alocações entre países segundo adequados critérios de necessidade;
  - (c) seja suficientemente flexível para acomodar crescentes necessidades e circunstâncias especiais;
  - (d) seja transparente, simples e consistente;
  - (e) possa ser escalonado ao longo de dois, ou no máximo três biênios, de tal forma que a mudança na alocação proteja prioridades chave dos programas dos países.
5. Promover entre as áreas de trabalho uma priorização das alocações compatível com a consecução das metas de saúde da Declaração do Milênio das Nações Unidas.
6. Estabelecer que os critérios de pelo menos 40% das alocações do orçamento-programa sejam efetuadas em nível de país e pelo menos 5% em nível sub-regional.
7. Solicitar à Diretora que:
  - (a) aplique a nova Política do Orçamento-Programa Regional à formulação de futuros orçamento-programas, como decidido pelo Conselho Diretor;
  - (b) apresente ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana uma avaliação minuciosa da Política do Orçamento-Programa Regional, após três biênios de execução, para assegurar que continue a corresponder às necessidades crescentes de saúde e à equidade na alocação dos recursos.