



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



134^a. SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

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

Tema 4.1 da agenda provisória

CE134/9, Adendo I (Port.)
18 de junho de 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 Para 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 mínima 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. Este mínimo, destinado à alocação nacional de recursos, tem sido alcançado.

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 sendo 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 subsequentes 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 para 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 nos países em separado. 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 e
- 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 outras unidades 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-americanos¹, 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.

¹ 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.

Critérios 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 de necessidade para a alocação de recursos entre os países; a solidariedade se expressa na provisão de, pelo menos, um nível mínimo 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 essenciais* compreenderão dois componentes: (i) uma alocação fixa de recursos que garantirá, pelo menos, um nível mínimo 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 mínima 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 detalhadas 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. Está previsto que os recursos totais reservados para o financiamento especial 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.

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

B. Contribuição de níveis funcionais às áreas de trabalho			
Níveis funcionais	ÁREAS DE TRABALHO (Exemplo)		
	Saúde da Família e da Criança	Prevenção de doenças	Medicamentos essenciais
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 eqüitativamente. Esta alocação orçamentária destina-se a assegurar um nível mínimo 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. 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 comprovada², 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

² Anand S, Sen A. O componente da renda nas formulações alternativas do IDH. Papel suplementar. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Escritório do Relatório de Desenvolvimento Humano, Nova York; 1999. Também: Sen A. Avaliação do desenvolvimento humano. Contribuição especial, in: Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas. Relatório de Desenvolvimento Humano 1999: Globalização com um rosto humano; 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 percentis

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 superinterpretar o índice ao ordenar os países em cinco percentis, ou quintis, 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.

12. 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

13. 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. Existem vários métodos de alisamento estatístico padrão usados para este propósito.

Resultados do modelo

- (a) Para fins de ilustração, o modelo usa o mesmo nível de recursos orçamentários que aquele aprovado pelo 44^o. Conselho Diretor para a alocação nacional para o biênio 2004–2005. Dois modelos são apresentados para comparação (consulte as tabelas 3 e 4). Em ambos os modelos é usada uma escala de ponderação progressiva de acréscimos de 50%; ou seja, cada país em um percentil de maior necessidade recebe uma alocação orçamentária 50% maior que um país em um percentil de menor necessidade para uma mesma população. A diferença entre os dois modelos resulta do emprego do método de alisamento de populações. Os métodos de alisamento de populações usados são: 1) logaritmo quadrado e 2) raiz quadrada da população.
- (b) Na tabela 3, o modelo exhibe os resultados com o emprego do logaritmo quadrado da população, enquanto que a tabela 4 apresenta os resultados com o emprego da raiz quadrada da população. Dos dois métodos de alisamento de populações, o logaritmo quadrado (tabela 3) contrai mais a variação populacional, criando assim um maior efeito de redistribuição com os países maiores favorecendo os países com populações menores mais do que com o emprego da raiz quadrada da população (tabela 4).
- (c) A coluna j mostra o piso de financiamento de US\$ 500.000 enquanto a coluna k representa a parte conforme as necessidades do componente básico. Novamente, para fins de ilustração, a alocação orçamentária teto de 2004–2005 (coluna O) é comparada com o financiamento básico total. Em ambos os exemplos para ilustração, há ainda um adicional de US\$ 2,8 milhões a ser distribuído aos países como o componente de alocação variável (coluna m).
- (d) A coluna p mostra o efeito da redistribuição de recursos para cada país em comparação aos tetos orçamentários aprovados para o biênio 2004–2005.

Tabela 1: Modelo conceitual

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

Tabela 2: Exemplo de cálculo do índice de necessidades de saúde

Exemplo de cálculo do índice de necessidades em saúde

País ¹	Sigla do país	População ² 2003	Médias 2001–2002 ³		Log renda	Pesos ponderados padronizados		Índice de necessidade	Grupo de necessidades
			e ₀	Renda		e ₀	Renda		
Estados Unidos	USA	294.043	77,1	35.665	4,552	0,965	1,363	1,164	0
Canadá	CAN	31.510	79,3	28.435	4,454	1,042	1,263	1,152	0
Holanda	NET	321	77,0	28.245	4,451	0,963	1,260	1,111	0
France	FRA	1.011	78,0	26.795	4,428	0,998	1,236	1,117	0
Reino Unido	UNK	12	77,1	26.235	4,419	0,967	1,227	1,097	0
Porto Rico	PUR	3.879	75,6	17.170	4,235	0,913	1,040	0,976	0
Barbados	BAR	270	77,1	14.755	4,169	0,967	0,973	0,970	1
Costa Rica	COR	4.173	78,1	8.460	3,927	1,000	0,728	0,864	1
Chile	CHI	15.805	76,0	9.330	3,970	0,928	0,771	0,850	1
Argentina	ARG	38.428	74,1	10.815	4,034	0,862	0,836	0,849	1
Bahamas	BAH	314	67,1	15.680	4,195	0,618	1,000	0,809	1
Uruguai	URU	3.415	75,2	8.150	3,911	0,901	0,711	0,806	1
St. Kitts e Nevis	SCN	42	71,2	10.695	4,029	0,759	0,831	0,795	1
México	MEX	103.457	73,3	8.770	3,943	0,834	0,744	0,789	2
Antígua e Barbuda	ANI	73	70,9	10.255	4,011	0,749	0,813	0,781	2
Trinidad e Tobago	TRT	1.303	71,4	8.855	3,947	0,768	0,748	0,758	2
Panamá	PAN	3.120	74,6	6.045	3,781	0,880	0,580	0,730	2
Venezuela	VEN	25.699	73,6	5.495	3,740	0,845	0,537	0,691	2
Colômbia	COL	44.222	72,1	6.115	3,786	0,791	0,585	0,688	2
São Vicente e Granadinas	SAV	120	74,0	5.155	3,712	0,859	0,509	0,684	3
Dominica	DOM	79	73,8	5.065	3,705	0,850	0,502	0,676	3
Brasil	BRA	178.470	68,0	7.400	3,869	0,649	0,669	0,659	3
Belize	BLZ	256	71,5	5.425	3,734	0,771	0,532	0,652	3
Sta. Lucia	SAL	149	72,4	4.955	3,695	0,803	0,492	0,647	3
Jamaica	JAM	2.651	75,7	3.655	3,563	0,916	0,358	0,637	3
El Salvador	ELS	6.515	70,6	4.755	3,677	0,740	0,474	0,607	4
Paraguai	PAR	5.878	70,8	4.670	3,669	0,745	0,466	0,605	4
República Dominicana	DOR	8.745	66,7	6.155	3,789	0,604	0,587	0,596	4
Peru	PER	27.167	69,7	4.775	3,679	0,707	0,475	0,591	4
Granada	GRA	80	64,5	6.585	3,819	0,527	0,617	0,572	4
Suriname	SUR	436	71,0	3.480	3,542	0,754	0,336	0,545	4
Cuba	CUB	11.300	76,7	2.177	3,338	0,951	0,129	0,540	4
Equador	ECU	13.003	70,7	3.295	3,518	0,743	0,312	0,528	5
Guatemala	GUT	12.347	65,7	4.015	3,604	0,567	0,399	0,483	5
Guiana	GUY	765	63,3	3.950	3,597	0,483	0,392	0,438	5
Honduras	HON	6.941	68,9	2.525	3,402	0,679	0,194	0,437	5
Nicarágua	NIC	5.466	69,4	2.355	3,372	0,696	0,164	0,430	5
Bolívia	BOL	8.808	63,7	2.370	3,375	0,499	0,166	0,333	5
Haiti	HAI	8.326	49,4	1.625	3,211	0,000	0,000	0,000	5

¹ Países Baixos incluem Aruba, Antilhas Holandesas
 França inclui Guiana Francesa, Guadalupe, Martinica
 Reino Unido inclui Anguilha, Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat, Bermuda, Ilhas Cayman, Ilhas Turks e Ilhas Caicos
 Estados Unidos inclui Ilhas Virgens Americanas

² Em milhares

³ e₀ = expectativa de vida ao nascimento

Renda = PIB per capita (ppp)

<i>Max</i>	78,1	4,195	Q1	0,793
<i>Min</i>	49,4	3,211	Q2	0,685
			Q3	0,607
			Q4	0,533

Tabela 3: Resultados com o emprego do logaritmo quadrado da população

Países-membros	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q
	Grupo de necessidades	Ponderação de recursos por grupo de necessidades		População	Logaritmo quadrado da população		Log quadrado da população ponderado segundo ponderação de recursos por grupo de necessidades		Parcela de alocação conforme necessidades	Alocação básica		Subtotal básico	Alocação variável	Alocação total	Tetos orçamentários ordinários 2004-05	Tetos de 2004-05 comparados ao básico	Sigla do país
		%	mil	%	mil	%	(b x f)	%	Piso	Alocação conforme necessidades	(j + k)	(l + m)	(l - o)				
Estados Unidos	0								500.000	-	500.000	?	?	353.100	146.900	USA	
Canadá	0								500.000	-	500.000	?	?	809.900	(309.900)	CAN	
Países Baixos	0								500.000	-	500.000	?	?	187.200	312.800	NET	
França	0								500.000	-	500.000	?	?	151.600	348.400	FRA	
Reino Unido	0								500.000	-	500.000	?	?	431.600	68.400	UNK	
Porto Rico	0								250.000	-	250.000	?	?	210.000	40.000	PUR	
St Kitts e Nevis	1	1,00	1,1%	42	0,0%	2,63	0,6%	2,63	0,2%	500.000	162.000	662.000	?	?	176.100	485.900	SCN
Barbados	1	1,00	1,1%	270	0,1%	5,91	1,4%	5,91	0,5%	500.000	365.000	865.000	?	?	713.300	151.700	BAR
Bahamas	1	1,00	1,1%	314	0,1%	6,23	1,5%	6,23	0,5%	500.000	384.000	884.000	?	?	1.364.800	(480.800)	BAH
Uruguai	1	1,00	1,1%	3.415	0,6%	12,48	3,0%	12,48	1,1%	500.000	770.000	1.270.000	?	?	1.540.700	(270.700)	URU
Costa Rica	1	1,00	1,1%	4.173	0,8%	13,11	3,1%	13,11	1,1%	500.000	808.000	1.308.000	?	?	3.024.500	(1.716.500)	COR
Chile	1	1,00	1,1%	15.805	2,9%	17,63	4,2%	17,63	1,5%	500.000	1.087.000	1.587.000	?	?	2.276.900	(689.900)	CHI
Argentina	1	1,00	1,1%	38.428	7,1%	21,02	5,0%	21,02	1,8%	500.000	1.296.000	1.796.000	?	?	4.140.200	(2.344.200)	ARG
Antígua e Barbuda	2	1,50	1,7%	73	0,0%	3,47	0,8%	5,21	0,4%	500.000	321.000	821.000	?	?	176.100	644.900	ANI
Trinidad e Tobago	2	1,50	1,7%	1.303	0,2%	9,70	2,3%	14,55	1,2%	500.000	898.000	1.398.000	?	?	2.354.800	(956.800)	TRT
Panamá	2	1,50	1,7%	3.120	0,6%	12,21	2,9%	18,31	1,6%	500.000	1.129.000	1.629.000	?	?	2.348.800	(719.800)	PAN
Venezuela	2	1,50	1,7%	25.699	4,8%	19,45	4,6%	29,17	2,5%	500.000	1.799.000	2.299.000	?	?	4.150.700	(1.851.700)	VEN
Colômbia	2	1,50	1,7%	44.222	8,2%	21,58	5,1%	32,37	2,8%	500.000	1.996.000	2.496.000	?	?	4.280.700	(1.784.700)	COL
México	2	1,50	1,7%	103.457	19,2%	25,15	6,0%	37,72	3,2%	500.000	2.326.000	2.826.000	?	?	6.357.400	(3.531.400)	MEX
Dominica	3	2,25	2,5%	79	0,0%	3,60	0,9%	8,10	0,7%	500.000	500.000	1.000.000	?	?	271.300	728.700	DOM
São Vicente e Granadin	3	2,25	2,5%	120	0,0%	4,32	1,0%	9,73	0,8%	500.000	600.000	1.100.000	?	?	176.100	923.900	SAV
Sta. Lucia	3	2,25	2,5%	149	0,0%	4,72	1,1%	10,63	0,9%	500.000	655.000	1.155.000	?	?	176.100	978.900	SAL
Belize	3	2,25	2,5%	256	0,0%	5,80	1,4%	13,05	1,1%	500.000	805.000	1.305.000	?	?	1.158.300	146.700	BLZ
Jamaica	3	2,25	2,5%	2.651	0,5%	11,72	2,8%	26,37	2,3%	500.000	1.626.000	2.126.000	?	?	3.068.500	(942.500)	JAM
Brasil	3	2,25	2,5%	178.470	33,2%	27,58	6,6%	62,05	5,3%	500.000	3.827.000	4.327.000	?	?	8.716.200	(4.389.200)	BRA
Granada	4	3,38	3,8%	80	0,0%	3,62	0,9%	12,22	1,0%	500.000	754.000	1.254.000	?	?	176.100	1.077.900	GRA
Suriname	4	3,38	3,8%	436	0,1%	6,97	1,7%	23,51	2,0%	500.000	1.450.000	1.950.000	?	?	1.363.000	587.000	SUR
Paraguai	4	3,38	3,8%	5.878	1,1%	14,21	3,4%	47,95	4,1%	500.000	2.957.000	3.457.000	?	?	2.795.700	661.300	PAR
El Salvador	4	3,38	3,8%	6.515	1,2%	14,55	3,5%	49,09	4,2%	500.000	3.028.000	3.528.000	?	?	3.074.900	453.100	ELS
República Dominicana	4	3,38	3,8%	8.745	1,6%	15,54	3,7%	52,44	4,5%	500.000	3.234.000	3.734.000	?	?	3.207.200	526.800	DOR
Cuba	4	3,38	3,8%	11.300	2,1%	16,43	3,9%	55,44	4,7%	500.000	3.419.000	3.919.000	?	?	2.351.600	1.567.400	CUB
Peru	4	3,38	3,8%	27.167	5,1%	19,66	4,7%	66,35	5,7%	500.000	4.092.000	4.592.000	?	?	5.571.000	(979.000)	PER
Guiana	5	5,06	5,7%	765	0,1%	8,32	2,0%	42,10	3,6%	500.000	2.596.000	3.096.000	?	?	1.889.100	1.206.900	GUY
Nicarágua	5	5,06	5,7%	5.466	1,0%	13,97	3,3%	70,72	6,1%	500.000	4.362.000	4.862.000	?	?	2.934.500	1.927.500	NIC
Honduras	5	5,06	5,7%	6.941	1,3%	14,76	3,5%	74,70	6,4%	500.000	4.607.000	5.107.000	?	?	3.861.900	1.245.100	HON
Haiti	5	5,06	5,7%	8.326	1,5%	15,37	3,7%	77,81	6,7%	500.000	4.799.000	5.299.000	?	?	4.931.700	367.300	HAI
Bolívia	5	5,06	5,7%	8.808	1,6%	15,56	3,7%	78,78	6,7%	500.000	4.859.000	5.359.000	?	?	4.574.200	784.800	BOL
Guatemala	5	5,06	5,7%	12.347	2,3%	16,74	4,0%	84,75	7,3%	500.000	5.227.000	5.727.000	?	?	4.766.300	960.700	GUT
Equador	5	5,06	5,7%	13.003	2,4%	16,93	4,0%	85,68	7,3%	500.000	5.284.000	5.784.000	?	?	3.983.800	1.800.200	ECU
TOTAL		88,56	100%	537.823	100%	420,94	100,0%	1.167,86	100,0%	19.250.000	72.022.000	91.272.000	2.823.900	94.095.900	94.095.900	(2.823.900)	

Tabela 4: Emprego da raiz quadrada da população

Países-membros	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q
	Grupo de necessidades	Ponderação de recursos por grupo de necessidades		População	Raiz quadrada da população		Log quadrado da população ponderado segundo ponderação de recursos por grupo de necessidades		Parcela de alocação conforme as necessidades	Alocação básica		Subtotal básico	Alocação variável	Alocação total	Tetos orçamentários ordinários 2004-05	Tetos de 2004-05 comparados ao básico	Sigla do país
		%	mil	%	mil	%	(b x f)	%	Piso	Alocação conforme necessidades	(j + k)	(l + m)	(l - o)				
Estados Unidos	0								500.000	-	500.000	?	?	353.100	146.900	USA	
Canadá	0								500.000	-	500.000	?	?	809.900	(309.900)	CAN	
Países Baixos	0								500.000	-	500.000	?	?	187.200	312.800	NET	
França	0								500.000	-	500.000	?	?	151.600	348.400	FRA	
Reino Unido	0								500.000	-	500.000	?	?	431.600	68.400	UNK	
Porto Rico	0								250.000	-	250.000	?	?	210.000	40.000	PUR	
St Kitts e Nevis	1	1,00	1,1%	42	0,0%	6	0,2%	6	0,1%	500.000	60.000	560.000	?	?	176.100	383.900	SCN
Barbados	1	1,00	1,1%	270	0,1%	16	0,6%	16	0,2%	500.000	153.000	653.000	?	?	713.300	(60.300)	BAR
Bahamas	1	1,00	1,1%	314	0,1%	18	0,6%	18	0,2%	500.000	165.000	665.000	?	?	1.364.800	(699.800)	BAH
Uruguai	1	1,00	1,1%	3.415	0,6%	58	2,0%	58	0,8%	500.000	545.000	1.045.000	?	?	1.540.700	(495.700)	URU
Costa Rica	1	1,00	1,1%	4.173	0,8%	65	2,2%	65	0,8%	500.000	602.000	1.102.000	?	?	3.024.500	(1.922.500)	COR
Chile	1	1,00	1,1%	15.805	2,9%	126	4,3%	126	1,6%	500.000	1.172.000	1.672.000	?	?	2.276.900	(604.900)	CHI
Argentina	1	1,00	1,1%	38.428	7,1%	196	6,7%	196	2,5%	500.000	1.828.000	2.328.000	?	?	4.140.200	(1.812.200)	ARG
Antígua e Barbuda	2	1,50	1,7%	73	0,0%	9	0,3%	13	0,2%	500.000	119.000	619.000	?	?	176.100	442.900	ANI
Trinidad e Tobago	2	1,50	1,7%	1.303	0,2%	36	1,2%	54	0,7%	500.000	505.000	1.005.000	?	?	2.354.800	(1.349.800)	TRT
Panamá	2	1,50	1,7%	3.120	0,6%	56	1,9%	84	1,1%	500.000	781.000	1.281.000	?	?	2.348.800	(1.067.800)	PAN
Venezuela	2	1,50	1,7%	25.699	4,8%	160	5,4%	240	3,1%	500.000	2.242.000	2.742.000	?	?	4.150.700	(1.408.700)	VEN
Colômbia	2	1,50	1,7%	44.222	8,2%	210	7,1%	315	4,1%	500.000	2.941.000	3.441.000	?	?	4.280.700	(839.700)	COL
México	2	1,50	1,7%	103.457	19,2%	322	10,9%	482	6,2%	500.000	4.499.000	4.999.000	?	?	6.357.400	(1.358.400)	MEX
Dominica	3	2,25	2,5%	79	0,0%	9	0,3%	20	0,3%	500.000	186.000	686.000	?	?	271.300	414.700	DOM
São Vicente e Granadin	3	2,25	2,5%	120	0,0%	11	0,4%	25	0,3%	500.000	230.000	730.000	?	?	176.100	553.900	SAV
Sta. Lucia	3	2,25	2,5%	149	0,0%	12	0,4%	27	0,4%	500.000	256.000	756.000	?	?	176.100	579.900	SAL
Belize	3	2,25	2,5%	256	0,0%	16	0,5%	36	0,5%	500.000	336.000	836.000	?	?	1.158.300	(322.300)	BLZ
Jamaica	3	2,25	2,5%	2.651	0,5%	51	1,7%	116	1,5%	500.000	1.080.000	1.580.000	?	?	3.068.500	(1.488.500)	JAM
Brasil	3	2,25	2,5%	178.470	33,2%	422	14,3%	951	12,3%	500.000	8.863.000	9.363.000	?	?	8.716.200	646.800	BRA
Granada	4	3,38	3,8%	80	0,0%	9	0,3%	30	0,4%	500.000	281.000	781.000	?	?	176.100	604.900	GRA
Suriname	4	3,38	3,8%	436	0,1%	21	0,7%	70	0,9%	500.000	657.000	1.157.000	?	?	1.363.000	(206.000)	SUR
Paraguai	4	3,38	3,8%	5.878	1,1%	77	2,6%	259	3,3%	500.000	2.413.000	2.913.000	?	?	2.795.700	117.300	PAR
El Salvador	4	3,38	3,8%	6.515	1,2%	81	2,7%	272	3,5%	500.000	2.540.000	3.040.000	?	?	3.074.900	(34.900)	ELS
República Dominicana	4	3,38	3,8%	8.745	1,6%	94	3,2%	316	4,1%	500.000	2.943.000	3.443.000	?	?	3.207.200	235.800	DOR
Cuba	4	3,38	3,8%	11.300	2,1%	106	3,6%	359	4,6%	500.000	3.345.000	3.845.000	?	?	2.351.600	1.493.400	CUB
Peru	4	3,38	3,8%	27.167	5,1%	165	5,6%	556	7,2%	500.000	5.187.000	5.687.000	?	?	5.571.000	116.000	PER
Guiana	5	5,06	5,7%	765	0,1%	28	0,9%	140	1,8%	500.000	1.306.000	1.806.000	?	?	1.889.100	(83.100)	GUY
Nicarágua	5	5,06	5,7%	5.466	1,0%	74	2,5%	374	4,8%	500.000	3.490.000	3.990.000	?	?	2.934.500	1.055.500	NIC
Honduras	5	5,06	5,7%	6.941	1,3%	83	2,8%	422	5,5%	500.000	3.933.000	4.433.000	?	?	3.861.900	571.100	HON
Haiti	5	5,06	5,7%	8.326	1,5%	91	3,1%	462	6,0%	500.000	4.307.000	4.807.000	?	?	4.931.700	(124.700)	HAI
Bolívia	5	5,06	5,7%	8.808	1,6%	94	3,2%	475	6,2%	500.000	4.430.000	4.930.000	?	?	4.574.200	355.800	BOL
Guatemala	5	5,06	5,7%	12.347	2,3%	111	3,8%	563	7,3%	500.000	5.245.000	5.745.000	?	?	4.766.300	978.700	GUT
Equador	5	5,06	5,7%	13.003	2,4%	114	3,9%	577	7,5%	500.000	5.383.000	5.883.000	?	?	3.983.800	1.899.200	ECU
TOTAL		88,56	100%	537.823	100%	2.947	100,0%	7.724	100,0%	19.250.000	72.023.000	91.273.000	2.822.900	94.095.900	94.095.900	(2.822.900)	

- - -