



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



150ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 18–22 de junho de 2012

Tema 4.2 da Agenda Provisória

CE150/12, Rev. 1 (Port.)
21 de maio de 2012
ORIGINAL: INGLÊS

PROJETO DE POLÍTICA ORÇAMENTÁRIA DA OPAS

Antecedentes e contexto

1. Em janeiro de 1985, o Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS/EB) solicitou a todos os Comitês Regionais que elaborassem políticas orçamentárias regionais para programas que promovessem a utilização ótima dos recursos da OMS em todos os níveis, a fim de maximizar o efeito dos referidos recursos sobre as políticas coletivas da OMS. Em setembro desse mesmo ano, o 31º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, Escritório Regional da OMS para as Américas) aprovou a Política Orçamentária Regional para Programas da OPAS (RPBP) como parte integrante de sua Estratégia de Gestão para o Uso Ótimo de Recursos da OPAS/OMS em Apoio Direto aos Estados Membros, em conformidade com a Resolução CD31.R10.

2. Em 1998, a Resolução da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) WHA51.31 introduziu um novo método para alocar recursos em todas as Regiões, que deu lugar a uma redução significativa das alocações da OMS para a Região das Américas durante o período 2000-2005. Esta ação levou o Subcomitê de Planejamento e Programação (antecessor do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, ou SPBA, dos Órgãos Diretivos da OPAS) a requerer um processo para examinar a Política Orçamentária Regional para Programas, orientado para desenvolver uma política alinhada com o Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana 2003-2007 subsequente (doravante denominado “Plano Estratégico”).

3. Em 2003, o 44º Conselho Diretor da OPAS também respaldou a Estratégia de Gestão para o Trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) no período 2003-2007 (Documento CD44/5), que identificou a gestão estratégica dos recursos como um dos objetivos institucionais da reforma organizacional então em andamento. Além disso, a Estratégia de Gestão observou que seria importante para a política orçamentária apoiar

a implementação do Plano Estratégico, com sua ênfase em grupos populacionais especiais, países prioritários e objetivos técnicos.

4. A atual política orçamentária, aprovada em 2004, entrou em vigor durante o biênio 2006-2007. Acolheu o apelo dos países por um enfoque diferente para a forma como a OPAS alocava seus recursos, adotando três grandes princípios para guiar seu desenvolvimento: equidade, solidariedade e pan-americanismo. Em particular, os países requereram a incorporação de critérios baseados nas necessidades para guiar a alocação dos recursos distribuído entre os países. Além disso, a atual política orçamentária levou em consideração vários mandatos globais e regionais, como os seguintes:

- (a) o Pacto Mundial das Nações Unidas (UNGC), que levou ao desenvolvimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MDMs);
- (b) o Programa Geral de Trabalho da OMS (PGT);
- (c) uma orientação mais dirigida para os países;
- (d) integração sub-regional; e
- (e) requerer dos organismos internacionais que demonstrassem valor agregado.

5. Em 2010, o Escritório de Serviços de Supervisão e Avaliação Interna da OPAS (IES) realizou uma avaliação da Política Orçamentária Regional para Programas 2006-2011 (RPBP). Seu resultado geral foi que o desenvolvimento e execução da RPBP tem sido um significativo avanço e um sucesso tanto para a Repartição Sanitária Pan-Americana como para os Estados Membros. A RPBP proporcionou uma metodologia transparente, sistemática e uniforme para alocar os recursos do Orçamento Ordinário bienal da OPAS entre os três níveis da Organização (Regional, Sub-Regional e Nacional).

6. Apesar dos conhecidos pontos fortes e sólido desenho conceitual da RPBP, enfrentaram-se desafios para assegurar níveis orçamentários adequados para todos os países e para as entidades regionais. Uma das razões principais para isto pode ser o próprio modelo de Alocação de Orçamento de País (CBA). No tipo de construção estatística usada nestes modelos, métodos matemáticos como o *alisamento populacional* e a *progressividade*¹ podem ter considerável efeito distributivo sobre os resultados. Alguns dos métodos usados no atual modelo de CBA são bastante dinâmicos, o que resultou em uma redistribuição significativa de recursos entre países. Isto fez com que alguns países se beneficiassem significativamente da particular alocação dos recursos enquanto outros — aqueles com um estado de saúde relativamente melhor, segundo medido pelo Índice de Necessidades de Saúde (HNI) — sofriam reduções orçamentárias proporcionais ao grau em que suas necessidades de saúde estavam mais atendidas que as

¹ Para maiores informações acerca dos métodos estatísticos e da terminologia, favor consultar o parágrafo 14 do anexo B.

de outros países. Além disso, o nível mínimo de financiamento incorporado no modelo resultou insuficiente com o passar do tempo. Em vários casos, as reduções resultaram em níveis orçamentários insuficientes para manter uma presença mínima no país.

7. A avaliação do IES assinala os pontos fracos já mencionados, formulando observações e recomendações para melhoria nas seguintes áreas chave:

- (a) reexaminar o ‘Piso’ de financiamento indicado para os países;
- (b) reexaminar as dimensões tradicionais dos escritórios da Representação da OPAS/OMS nos países;
- (c) comparar os efeitos de outros mecanismos de alisamento populacional;
- (d) considerar um limite máximo de financiamento;
- (e) realizar um estudo comparativo para avaliar as soluções baseadas em necessidades adotadas por outros organismos das Nações Unidas (ONU);
- (f) aumentar a parcela Variável da alocação do orçamentos de país;
- (g) atualizar com mais frequência as variáveis da fórmula do HNI;
- (h) estender a política atual ao biênio 2012-2013;
- (i) conferir maior flexibilidade às políticas futuras para melhor suprir as necessidades dos países;
- (j) incluir o uso da cooperação Sul-Sul; e
- (k) proteger os avanços registrados até agora.

8. O Projeto de Política Orçamentária da OPAS parte dos princípios fundamentais da política atual, mas também inclui ajustes e novos elementos para tratar de fraquezas inerentes, como se observou no relatório de avaliação do IES. No modelo CBA, fizeram-se mudanças específicas nos conceitos da alocação, bem como em critérios rotineiros específicos — sempre lutando para manter e melhorar a justiça, transparência e equidade, e permitindo simultaneamente que a política funcionasse em meios realistas, práticos, e ainda produzisse resultados sensíveis, razoáveis.

9. Deve-se assinalar que a política orçamentária leva em consideração todas as recomendações do relatório de avaliação do IES e a todas atende, visando fornecer um melhor instrumento de gestão estratégica que é chave para a distribuição eficaz e ótima dos recursos da OPAS, apoiando a Organização (ou seja, a OPAS) na consecução de seu mandato.

10. À medida que a Organização avança, torna-se claro que muda constantemente o terreno onde se mobilizam recursos para a Região das Américas. Em comparação com

outras regiões do mundo, o predomínio dos países de renda média torna as Américas menos atraentes para muitos parceiros doadores internacionais. Esta realidade impõe um nível mais alto de estresse ao Orçamento Ordinário da OPAS — que, por seu lado, serve para assegurar que o trabalho central da Organização seja financiado adequadamente em todos os níveis para exercer de modo homogêneo o impacto necessário nos países.

Planejamento, Programação e Preparação de Orçamentos na OPAS

11. O planejamento, programação e preparação orçamentária da Organização — bem como seu monitoramento e avaliação — são formulados para ser processos integrados e contínuos, incorporando tanto planejamento de longo como de médio prazo. Embora divididos em distintas fases, cada componente pretende fornecer um quadro e uma referência para as outras fases.

12. Até agora o planejamento estratégico de longo prazo na saúde tem ocorrido em grande parte no âmbito global, com o Programa Geral de Trabalho da OMS (PGT) fornecendo a estrutura para o planejamento a médio prazo. A Região elaborou a Agenda da Saúde para as Américas, que oferece a visão de longo prazo para melhorar a saúde na Região, e o Plano Estratégico da OPAS como processo de planejamento a médio prazo, uma estrutura que está alinhada com o PGT da OMS e corresponde à Agenda da Saúde para as Américas. O Plano Estratégico baseia-se nos resultados das análises do ambiente tanto externo como interno, bem como nos mandatos anteriormente adotados no âmbito global e regional, e nas necessidades dos países conjuntamente definidas. Este plano a médio prazo especifica as metas estratégicas e os objetivos para os quais a Organização está orientando seus esforços na Região, determinando sua orientação estratégica e programática para esse período.

13. Para complementar este processo, o planejamento a médio prazo também se realiza no âmbito nacional, para esclarecer a resposta estratégica da OPAS/OMS em apoio de um país individual nos seus esforços para atingir as metas coletivas globais e regionais num quadriênio ou quinquênio. Este é o objetivo do processo de Estratégia de Cooperação de Países (ECP) que está sendo implementado amplamente em toda a OPAS, procurando definir a busca estratégica da cooperação com Estados Membros individuais dentro da estrutura dos mandatos coletivos da Organização.

14. O processo de planejamento a curto prazo é captado no Programa e Orçamento da OPAS; cobre um “biênio”, começando a cada ano par (por exemplo, 2012-2013). O processo está centrado no desenvolvimento dos orçamentos para programas de dois anos (bienais) para executar com êxito o Plano Estratégico regional e contribuir para os objetivos globais desse período. O processo deve colocar as necessidades e objetivo dos países numa posição bem central e por o foco no trabalho realizado em todos os níveis da RSPA com relação às necessidades dos países.

15. Este processo de gestão, abrangendo toda a Organização, baseia-se em resultados, identificando claramente os frutos coletivos a ser produzidos nos países durante esse período — para o que a RSPA contribuirá mediante cooperação técnica integrada, multidisciplinar e de vários níveis em áreas programáticas selecionadas de trabalho. Os resultados objetivamente comprováveis no âmbito nacional, pelos quais a RSPA responderá no final do biênio, devem ser negociados com os países e outros parceiros no âmbito nacional. O Programa e Orçamento Bienal da OPAS devem ser o reflexo mais exato possível da conciliação de requisitos nacionais específicos com as atuais decisões de políticas regionais e globais em cada área programática de trabalho.

16. A elaboração de um programa de país a curto prazo deve basear-se na Estratégia de Cooperação de Países a médio prazo, onde quer que esteja sendo implementada. À falta de uma ECP, o processo deve procurar determinar a resposta da OPAS durante um período de dois anos para ajudar o país a atingir as metas coletivas da Organização. Deve levar em consideração os resultados da avaliação desde o último biênio, prioridades nacionais de saúde relevantes e os recursos disponíveis, tanto nacionais quanto de outros parceiros. Em todos os casos, a programação no nível nacional proporciona uma oportunidade crítica não só para fortalecer as alianças estratégicas como também para reforçar a natureza intersectorial do trabalho da OPAS.

17. A participação nacional na elaboração do Programa e Orçamento é de importância básica para assegurar que os recursos multilaterais escassos da Organização se destinem às áreas prioritárias. A participação dos países ocorre em três níveis:

- (a) Primeiro, dentro de cada país, através do contínuo processo conjunto de avaliar a cooperação técnica existente considerando a mudança das circunstâncias, condições e necessidades. A Organização apoiará estes esforços conjuntos conduzindo análises periódicas e aprofundadas das políticas e programas.
- (b) Em segundo lugar, mediante participação ativa dos Estados Membros da OPAS nos Órgãos Diretivos da OMS. Atuando como parte do ramo coletivo de formulação de políticas da OMS, os Estados Membros da OPAS têm a oportunidade de comentar o montante da contribuição da OMS à Região das Américas, bem como a contribuição regional para a consecução de resultados globais.
- (c) Terceiro, os Estados Membros — mediante sua participação no Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração da OPAS, para não mencionar o Comitê Executivo e o Conselho Diretor da OPAS — determinam o programa de trabalho, o nível de recursos disponíveis para a Organização e a alocação destes recursos para alcançar resultados programáticos e metas acordados na Região.

18. Enquanto o programa e orçamento são aprovados bienalmente, efetua-se a cada seis meses uma avaliação no âmbito de toda a instituição para assegurar que o programa de cooperação técnica corresponda às cambiantes situações e necessidades de países — e também às disponibilidades de recursos tanto nos países como na Organização. Este processo de análise é empreendido conjuntamente entre os países no âmbito nacional, e entre as entidades técnicas e de apoio no âmbito regional.

19. O processo de elaboração, execução e monitoramento do Programa e Orçamento da OPAS proporciona uma variedade de oportunidades para promover uma coordenação eficaz tanto dentro das entidades técnicas como entre elas, e também entre os vários níveis da Organização.

Arquitetura do Programa e Orçamento da OPAS

20. O alcance do trabalho da OPAS como organismo de saúde especializado e multilateral abarca funções normativas coletivas, bem como os objetivos comuns de saúde pública dos Estados Membros como um todo, além das funções de cooperação técnica que visam apoiar o desenvolvimento nacional da saúde nos vários países. Entre as primeiras figuram, entre outras, fixar a visão e as diretrizes estratégicas para o desenvolvimento da saúde nas Américas estabelecendo normas e padrões acordados pelos Estados Membros, monitorar situações sanitárias, e identificar boas práticas em pesquisas. Já as funções de cooperação técnica específicas de países são principalmente aquelas diretamente relacionados com a formação da capacidade institucional nos países e ao projeto e implementação de programas técnicos integrados que abordarão situações sanitárias específicas.

21. O trabalho da Organização reflete-se em seu Orçamento e Programa, conforme três perspectivas inter-relacionadas:

- A. categorias programáticas,
- B. níveis funcionais, e
- C. níveis organizacionais.

A. *Categorias Programáticas*

22. As Categorias Programáticas constituem a classificação programática de nível mais elevado do trabalho da Organização; refletem sua resposta a necessidades globais e regionais de saúde. O número e os conteúdos das Categorias Programáticas representam escolhas feitas com relação ao trabalho da Organização durante um dado período, e a Organização deve examiná-las regularmente para assegurar que correspondem às necessidades do ambiente, que mudam ao longo do tempo. Via de regra as categorias programáticas são estabelecidas pelo Programa Geral de Trabalho da OMS e depois

adaptadas pelo Plano Estratégico da OPAS. Posteriormente, guiam a formulação de programas tanto no Nível Funcional como no Organizacional.

23. As categorias programáticas são peças básicas para o planejamento, programação, orçamentação e informação tanto na OMS como na OPAS dentro do processo de Gestão por Resultados (RBM). A definição das prioridades deve influenciar a alocação de todos os recursos entre as Categorias Programáticas e no seu interior. A articulação do Programa e Orçamento da OPAS com o processo de planejamento global da OMS — mediante o Plano Estratégico da OPAS — faz do alinhamento das Categorias Programáticas da OPAS e da OMS um elemento crítico no processo de gestão.

B. Níveis Funcionais

24. Os níveis funcionais representam o âmbito das atividades de cooperação técnica que a Organização empreende para apoiar os seus mandatos. Há quatro Níveis Funcionais: Nacional, Internacional, Sub-Regional e Regional. Os três primeiros podem ser agrupados numa categoria chamada “apoio técnico direto aos países”, enquanto o Nível Regional está à parte.

Apoio Técnico Direto aos Países (Nacional, Internacional e Sub-regional)

- (a) **País:** Os programas de cooperação técnica visam suprir as necessidades de um dado país ao buscar os mandatos coletivos da Organização e suas metas de desenvolvimento nacional da saúde. O apoio técnico a essas atividades é prestado sobretudo pelas representações da OPAS, mas os Centros Pan-Americanos Regionais da OPAS e outras entidades regionais também prestam apoio.
- (b) **Internacional:** O Nível Internacional de Cooperação trata das necessidades de dois ou mais países que podem ter uma afinidade com base nas considerações geográficas, perfis de doenças e outros fatores. A cooperação internacional difere da cooperação sub-regional (ver abaixo) porque não é necessariamente parte de um processo específico de integração política sub-regional, pois o conjunto específico de países apoiados pode situar-se ou não dentro da mesma sub-região política. Esse trabalho visa proporcionar competências específicas necessárias para respaldar programas prioritários nos países. Via de regra os recursos estão localizados fisicamente nas Repartições da OPAS.
- (c) **Sub-regional:** Os programas de cooperação técnica visam suprir as necessidades de um grupo de países ao buscar as metas sub-regionais de desenvolvimento da saúde dentro da estrutura dos mandatos coletivos da Organização. O apoio técnico a este nível pode ser prestado e coordenado por qualquer tipo de escritório organizacional. Estes programas abarcam todos ou alguns dos países pertencentes

a um dos mecanismos sub-regionais de integração legalmente instituídos: o Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), a Comunidade do Caribe (CARICOM), o Sistema de Integração Centro-Americana (SICA), a Comunidade Andina de Nações (CAN) ou o Acordo de Livre Comércio Norte-Americano (NAFTA), além de outros, como a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) e a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL). Esta abordagem da cooperação técnica apoia as agendas de saúde dos vários mecanismos intergovernamentais de integração. Deve ser desenvolvido com os países, por meio dos mecanismos responsáveis pelo planejamento e execução das respectivas agendas de saúde. Deve-se chegar a um acordo com os grupos de países sobre resultados e produtos claramente definidos. O âmbito sub-regional é conduzido fisicamente por todos os Níveis Organizacionais dentro da Organização e presta apoio técnico direto às necessidades de países específicos, conforme expresso nas respectivas agendas dos mecanismos intergovernamentais de integração.

Regional

- (d) **Regional:** O Nível Regional das atividades compreende os programas com um componente técnico, que visam suprir as necessidades de todos os Estados Membros, não só em termos de trabalho normativo como também da consecução de metas e objetivos regionais de saúde pública. Embora este componente seja realizado tradicionalmente por várias entidades regionais, bem como pelos Centros Pan-Americanos² Regionais, também pode ser realizado nas Representações nos Países.

C. Níveis Organizacionais

25. Há três tipos de presença física que constituem a estrutura da OPAS, a saber, as Representações da OPAS/OMS, os Escritórios Sub-Regionais (por exemplo, o Escritório de Coordenação de Programas no Caribe ou o escritório de campo da fronteira México-Estados Unidos em El Passo, Texas) e os Escritórios Regionais (tanto na Sede da OPAS como em escritórios de campo descentralizados). O trabalho realizado em qualquer dos três Níveis Organizacionais pode contribuir para uma ou mais Categorias Programáticas e/ou Níveis Funcionais.

26. O Programa e Orçamento da OPAS é financiado por várias fontes: os recursos do Fundo Ordinário da OPAS, constituído mediante as cotas dos Estados Membros, a

² Os Centros Pan-Americanos Regionais da OPAS se concentram em uma área ou áreas técnicas selecionadas mediante uma variedade de funções, como pesquisa, trabalho normativo e cooperação técnica. Alguns também prestam serviços. Alguns centros servem a Região como um todo, enquanto outros servem as sub-regiões selecionadas.

proporção dos recursos do Fundo Ordinário da OMS da contribuição de suas cotas destinados à Região das Américas, e as Contribuições Voluntárias (VCs) captadas tanto pela OMS como pela OPAS. Todos os recursos custeiam os programas ou projetos dentro de um Programa e Orçamento, para que seja correta a relação lógica entre todas as intervenções técnicas.

27. A função da OPAS/OMS deve ser principalmente catalítica: captar recursos científicos, técnicos e de gestão junto a adequados parceiros nacionais, e ajudar no desenho de intervenções eficazes. Assim, o programa e orçamento deve ser vistos como um instrumento flexível e estratégico de gestão. Deve ser capaz de corresponder a novos ambientes, como desastres e necessidades de saúde emergentes, e de levar em consideração no momento adequado o impacto das recessões econômicas e desafios sociopolíticos. O Programa e Orçamento devem servir de estrutura para captar os recursos e esforços de colaboração e galvanizar outros setores e organismos.

CrITÉrios de Alocação de Recursos

28. Os recursos da OPAS devem ser distribuídos entre as três perspectivas embutidas no Programa e Orçamento: Categorias Programáticas, Níveis Funcionais e Níveis Organizacionais. Está em andamento na OMS um profundo processo de reforma que está tratando, entre outras questões importantes, das funções e responsabilidades dos distintos níveis da Organização como um todo; isto, por sua vez, pode exercer um impacto sobre o financiamento dos vários Níveis Funcionais e Organizacionais dentro da OPAS. Além disso, à falta de uma avaliação eficaz da proporcionalidade ótima entre os vários Níveis Funcionais e Organizacionais da OPAS, a Organização não vê uma base firme para recomendar trocas entre eles. Contudo, com o intuito de fortalecer a cooperação com os países, a Organização lutará constantemente — mediante avaliações tanto internas quanto externas — para alcançar e manter a estrutura ótima funcional e organizacional que lhe permita exercer o mais alto nível de impacto nos países, ao mesmo tempo que corresponde eficazmente aos mandatos regionais e sub-regionais coletivos.

Alocação entre Categorias Programáticas

29. A distribuição dos recursos entre as Categorias Programáticas é via de regra o primeiro passo, pois reflete no mais alto nível as necessidades relativas dos Estados Membros da OPAS como conjuntamente decidido pelos Órgãos Diretivos. Esses níveis orçamentários programáticos têm que ser compatíveis com o apoio necessário para alcançar prioridades coletivas tanto no âmbito global (por exemplo, o PGT) como no âmbito regional (por exemplo, o Plano Estratégico). Os níveis de financiamento das Categorias Programáticas definem o tom para o trabalho da Organização. Este será depois efetuado pelos diversos Níveis Funcionais e Organizacionais.

Alocação entre Níveis Funcionais e Organizacionais

30. São os Níveis Funcionais e Organizacionais que determinam o enfoque ou o tipo de cooperação técnica que precisa ser prestada (Nível Funcional), bem como por quem (Nível Organizacional), para cumprir os mandatos acordados. Como ponto de partida, a OPAS propõe uma distribuição inicial pelos quatro Níveis Funcionais, equivalente àquela estabelecida pela atual política: a saber, Regional igual a 53%, Sub-Regional igual a 7% e País igual a 40%. O novo nível Internacional será apresentado em separado (atualmente ele se reflete dentro do Nível Regional). Junto com o Nível Regional ajustado, somará não mais de 53%. Uma discussão cabal sobre a construção desejada da cooperação técnica a ser prestada durante um dado biênio deve permitir que se aloquem os tetos de planejamento orçamentário entre as diversas entidades de administração que constituem o Nível Organizacional. A distribuição entre Níveis Funcionais e Organizacionais deve ser dinâmica, permitindo ajustes de tetos do orçamento em todo o processo de planejamento; deve levar em conta as mudanças no ambiente e as informações novas, mas sempre com o objetivo de melhorar os resultados no âmbito nacional. Considera-se que este enfoque está no centro do Foco de País; com o passar do tempo, os resultados da avaliação devem guiar os ajustes na ponderação dos recursos para esses diferentes enfoques do trabalho técnico específico.

Alocação entre países

31. O enfoque para a alocação dos recursos entre países está arraigado nos princípios da equidade e solidariedade. O primeiro se reflete no uso dos critérios baseados nas necessidades para alocar recursos entre países; o segundo é reconhecido na provisão de um nível básico do financiamento para cooperação por e com todos os países nos Níveis Regional e Sub-Regional, assim como entre si.

32. O financiamento no nível nacional estará dividido em duas partes: Recursos Básicos e Variáveis.

- (a) ***Os Recursos Básicos*** compreenderão três componentes: (i) uma alocação fixa, ou 'Piso', que garantirá um nível mínimo da presença no país para todos os Estados Membros onde foi aceita e estabelecida uma presença física (atualmente calculada em 42% do orçamento total de país); (ii) uma alocação baseada nas necessidades, que distribuirá recursos entre países, seguindo critérios baseados em necessidades econômicas e de saúde (inicialmente fixada em 48%); e (iii) um componente baseado em resultados projetado para apoiar os países a fim de que alcancem as metas programáticas conjuntamente acordadas pelos Estados Membros (inicialmente fixado em 5%). Todas as Representações nos Países que têm uma presença física começarão com uma alocação orçamentária para cobrir um nível básico dos custos do pessoal e das operações; para os Estados Membros que têm a

mais elevada renda per capita e não têm presença no país, será atribuído um nível de orçamento nominal para assegurar um nível mínimo de cooperação. Para todos os outros Estados Membros, os Recursos Básicos restantes — baseados tanto no componente baseado nas necessidades quanto no componente baseado em resultados — serão distribuídos com base nos parâmetros estabelecidos (detalhes específicos dos fatores e cálculo da distribuição desses componentes são fornecido no Anexo B). Os Recursos Básicos são fixados inicialmente em 95% da alocação total de país: 90% são distribuído entre o Piso e os componentes baseados nas necessidades, com 5% para o componente baseado em resultados. A parcela Básica (95%) pode ser modificada (conjuntamente com a parcela Variável) em qualquer programa bienal dado e exercício do orçamento, com justificação e aprovação adequada pelos Estados Membros.

- (b) ***Os Recursos Variáveis*** proporcionarão flexibilidade no processo de alocação. Eles constituirão um conjunto de recursos que poderão ser usados para apoiar qualquer país, seja qual for a sua alocação original. Os Recursos Variáveis constituem atualmente a fonte de financiamento para iniciativas de respaldo à Cooperação Técnica entre Países (TCC). Continuarão a ser usados como reforço direcionado e estratégico de curto prazo para os recursos preparados para atender a prioridades ali onde o financiamento constitui uma limitação. O uso desses recursos será acompanhado e monitorado separadamente. Os Fundos Variáveis são fixados inicialmente em 5% da alocação total de países, mas podem ser modificados (conjuntamente com a parcela Básica) em qualquer dado programa bienal ou exercício do orçamento, com justificação e aprovação adequados dos Estados Membros.

Captação de Recursos Adicionais

33. Os recursos adicionais captados vêm geralmente em forma de Contribuições Voluntárias negociadas com os parceiros. Esta política não tenta reger esses recursos, pois eles estão fora do controle absoluto de uma política orçamentária interna. Mas permite outros recursos orçamentários situados no âmbito da política, particularmente mediante os novos componentes baseados em resultados, que podem ser dirigidos estrategicamente para complementar VCs mobilizados pela Organização. Ademais, a Organização tem uma responsabilidade contínua de captar os recursos requeridos para alcançar os seus objetivos, conseguir seus resultados e apresentar os resultados relacionados com as metas nacionais, sub-regionais e regionais de saúde.

34. Os recursos orçamentários ordinários da Organização são insuficientes para realizar todo o seu mandato; portanto, a Organização deve mobilizar fontes adicionais dentro da estrutura de um único orçamento-programa integrado. No caso das Contribuições Voluntárias Nacionais (Estados Membros que fornecem voluntariamente

recursos para execução no próprio país), sua continuidade e crescimento são promovidos pela Organização como fonte suplementar de financiamento. Por meio das Contribuições Voluntárias Nacionais, a cooperação técnica pode ser expandida em países muito além do que se pode conseguir com os limitados recursos orçamentários multilaterais da Organização.

35. A Organização também deve procurar captar recursos — sejam eles humanos, institucionais ou financeiros. Esses recursos adicionais devem visar apoiar atividades de cooperação técnica nacionais, regionais e sub-regionais, porém sempre de acordo com políticas e objetivos regionais e que correspondam aos mandatos dos Órgãos Diretivos da Organização.

36. Entre os critérios para aceitar recursos de outras fontes figuram os seguintes.

- (a) Sua finalidade deve estar de acordo com as políticas técnicas e as prioridades da Organização, e também com suas estratégias de gestão. Em geral, o Orçamento Ordinário deve ser suplementado por outras fontes para expandir os esforços a fim de alcançar os resultados nacionais, sub-regionais ou regionais declarados, ou iniciar atividades complementares.
- (b) As condições vinculadas ao seu uso devem corresponder às políticas e às normas da Organização.
- (c) Se os recursos forem ser usados dentro de qualquer Estado Membro, a finalidade deve estar de acordo com as políticas e as prioridades nacionais desse Estado Membro.
- (d) Tanto a Organização quanto o Estado Membro devem levar em consideração o custo de administrar esses recursos externos, bem como qualquer custo a longo prazo implicado para que os resultados sejam sustentáveis.

37. A coordenação dos esforços de captação de recursos dentro da Organização é crítica para que se faça um uso ótimo dos recursos limitados obtidos a partir dos parceiros bilaterais e multilaterais.

Execução, Monitoração e Avaliação do Programa e Orçamento

38. O Programa e Orçamento regional aprovado devem ser postos em prática mediante o desenvolvimento e execução por todas as entidades da organização de planos de trabalho bienais específicos das entidades. Esses planos, como o Programa e Orçamento bienal para o qual eles contribuem, devem refletir as vinculações às

Categorias Programáticas de alto nível constantes tanto do Programa e Orçamento como do Plano Estratégico.

39. No âmbito nacional, o desenvolvimento e a execução dos planos de trabalho são responsabilidade conjunta dos países e da RSPA. Os países se comprometem a realizar as atividades nacionais acordadas, complementadas e apoiadas pelos recursos e a cooperação técnica da Organização. Mediante as reuniões ordinárias, procedimentos acordados e outros mecanismos eficazes de gestão de projetos, a RSPA e as autoridades nacionais colaboram para conseguir os resultados e produtos esperados e, em última análise, para que o país efetue sua própria contribuição nacional a fim de alcançar metas regionais de saúde.

40. Deve-se conferir flexibilidade na fase de execução, para permitir respostas às mudanças súbitas nas condições nacionais ou regionais e ao surgimento de necessidades imprevistas. As condições que merecem reprogramação devem ser definidas claramente; e estabelecido um processo para a análise e aprovação do plano de trabalho modificado.

41. Em épocas de necessidade súbita e urgente em um país, podem-se direcionar recursos de outros países, assim como do nível da RSPA, para suprir esta necessidade nacional particularmente urgente.

42. A administração de recursos é responsabilidade compartilhada entre os Estados Membros e a RSPA. Mas a RSPA detém a responsabilidade final de administrar os recursos incluídos no orçamento da Organização e, em última análise, de responder por estes recursos junto aos Órgãos Diretivos, que representam a voz coletiva dos povos da Região.

43. O progresso alcançado ao implementar o Programa e Orçamento bienal, independentemente da procedência dos recursos, deve ser monitorado pelo menos cada seis meses no nível de cada entidade organizacional. As análises anuais do progresso efetuadas nos diferentes Níveis Organizacionais devem alertar o Escritório do Diretor sobre qualquer dificuldade encontrada na execução, para facilitar o desenvolvimento — no momento adequado — de intervenções técnicas ou administrativas corretivas apontadas para produzir os resultados e produtos esperados.

44. As avaliações devem ser parte integrante do ciclo de gestão e, como nas outras fases do Programa e Orçamento, ser empreendidas conjuntamente com os países na medida do possível. Frequentemente é difícil avaliar o impacto do trabalho da Organização, dados diversos fatores:

- (a) a natureza e complexidade dos problemas de saúde;
- (b) o fato de a cooperação técnica da OPAS apoiar sobretudo os esforços do país para alcançar os seus objetivos de saúde nacionais; e
- (c) o fato de haver com frequência vários parceiros envolvidos.

45. A Organização deve usar os enfoques disponíveis para determinar a eficácia e a eficiência dos seus programas. É preciso complementar as autoavaliações correntes com avaliações aprofundadas do grau em que os objetivos do programa foram alcançados e ao mesmo tempo determinar objetivamente os fatores que contribuem para produzir os resultados desejados. É crucial assegurar que os orçamentos para programas futuros tirem partido das lições aprendidas no processo de cooperação e reflitam com maior precisão necessidades e recursos dos países.

Oportunidades para Implantação, Monitoração e Avaliação da Política Orçamentária

46. Todos os países estão elaborando Estratégias de Cooperação Nacional, que serão atualizadas sempre que houver mudanças na situação dos países ou nas políticas da Organização. As estratégias elaboradas identificarão, entre outras coisas, a composição e nível dos recursos técnicos requerido a fim de contribuir significativamente para os esforços do país no sentido de abordar suas prioridades de saúde.

47. O enfoque com alcance de Organização para a revisão dos acordos, programas e projetos financiados por outras fontes assegura que as atividades apoiadas sejam fiéis às atuais políticas e mandatos, e que a Organização pode administrar o projeto tanto eficaz como eficientemente.

48. As análises anuais dos planos de trabalho bienais facilitam:

- (a) os ajustes intermediários ao programa em execução, e
- (b) o refinamento das propostas para adequá-las às prioridades da Organização, bem como às mudanças no ambiente.

49. O uso mais intenso das estruturas analíticas para estes planos melhorará tanto o rigor da programação da Organização como a qualidade de seus relatórios, qualitativos ou quantitativos.

50. A análise seriada do Programa e Orçamento pelos Órgãos Diretivos permite focalizar em distintos momentos seus aspectos técnicos, de orientação de política e de

alocação de recursos. Neste sentido, a função do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração é crucial para assegurar projetos sólidos.

51. O Projeto de Política Orçamentária da OPAS deve ser elaborado de acordo com o Plano Estratégico da OPAS, pois o último indica a direção programática e estratégica para o trabalho da Organização. A fim de montar uma nova política orçamentária com base no insumo da avaliação da política anterior, e a tornar relevante para um dado período de planejamento, a Organização recomenda avaliar uma política orçamentária após concluídos os dois primeiros biênios (ou seja, após quatro anos). Isto permitirá que a nova política seja elaborada oportunamente e assim possa apoiar o começo do primeiro Programa e Orçamento do Plano Estratégico posterior.

52. O Anexo A ilustra a estrutura do Programa e Orçamento e a relação matricial que existe entre os Níveis Funcionais e as Categorias Programáticas da Organização.

53. O Anexo B está dedicado exclusivamente ao modelo de Alocação de Orçamentos de Países, descrevendo em detalhe seus componentes e sua justificação. Também inclui três quadros, um ilustrando o modelo conceitual e dois mostrando os resultados de se aplicarem os critérios do modelo.

Ação do Comitê Executivo

54. O Comitê Executivo é solicitado a examinar o Projeto de Política Orçamentária da OPAS, apresentar observações para completar este importante processo e recomendar que a 28^a Conferência Sanitária Pan-Americana aprove a resolução que consta do Anexo C.

Anexos

Estrutura do Programa e Orçamento

Contribuição de Níveis Funcionais para Categorias Programáticas			
Nível Funcional	Categoria Programática * (exemplo)		
	Doenças Não-Transmissíveis	Doenças Transmissíveis	Sistemas de Saúde
País *	++++	++++	+++
Internacional *	++	++	++
Sub-Regional *	++	++	++
Regional	+++	+++	++++
* Apoio técnico direto aos países			

Alocação de Recursos Orçamentários da OPAS/OMS entre Países

1. A distribuição dos recursos orçamentários da OPAS às Representações e entre elas, que assegura a todos os países o correto atendimento de suas necessidades de uma forma equitativa, é na verdade um desafio numa Região diversificada como as Américas, onde existe um espectro sobremaneira amplo em termos tanto das condições socioeconômicas quanto das necessidades de saúde, para não falar no tamanho da população. O modelo de Alocação de Orçamentos de País (CBA) dentro da nova Política Orçamentária não busca apenas preservar os mesmos princípios da equidade e solidariedade incorporados na atual política; a Organização o aperfeiçoou, acrescentando a capacidade de detectar desigualdade nos países, coisa que a política atual não faz. A nova Política Orçamentária também introduz dois novos elementos normativos, projetados para:

- (a) enfatizar a noção do ‘compromisso de inclusão’ ao fixar as normas para um nível mínimo da presença no país; e
- (b) fortalecer e apoiar a consecução de resultados programáticos conjuntamente acordados por todos os Estados Membros.

Ajustes aos Conceitos do Modelo

2. Os parágrafos seguintes enunciam os principais ajustes feitos ao atual modelo de CBA.

Maior Objetividade

3. A objetividade é considerada um aspecto tanto desejável como necessário do modelo, e foi melhorada mediante a adição de dois elementos importantes:

- (a) ampliou-se a fórmula baseada nas necessidades, que está no centro do modelo, para que incorporasse uma terceira variável — o coeficiente de Gini, projetado para captar o fator de desigualdade nos países; e
- (b) formulou-se um componente baseado em resultados para apoiar e acelerar o cumprimento de metas programáticas em países, conjuntamente acordado pelos Estados Membros.

Uma Norma para a Presença Mínima no País

4. A questão de manter uma presença mínima num país e o tema correlato das modalidades da cooperação técnica receberam considerável atenção nas discussões que surgiram com a nova Política Orçamentária. Um dos pontos fracos do modelo atual é seu baixo limiar mínimo, que provocou a incapacidade para providenciar plenamente financiamento realista para todos os países onde a OPAS tem uma presença física. No modelo proposto fica assegurado o financiamento para uma presença mínima no país onde quer que exista atualmente uma presença física, para cobrir tanto os requisitos de pessoal mínimo quanto os requisitos operacionais básicos, a fim de assegurar a conexão entre RSPA e Estado Membro em nível nacional. Esta medida aumenta proporcionalmente o componente do Piso dentro do modelo e o torna equivalente ao componente baseado nas necessidades.

Abordagem das Questões da Rigidez Matemática

5. Uma das preocupações com o modelo atual é que são muito dinâmicos alguns dos métodos matemáticos usados no modelo de CBA, como a manipulação dos tamanhos da população e a progressividade. Assim, eles levaram a níveis orçamentários pouco realistas e insustentáveis em alguns países. A dimensão estatística do modelo de CBA foi ajustada com novas técnicas matemáticas que abrandam o poder distributivo do modelo (detalhes específicos são apresentados adiante neste Anexo).

O Modelo de Alocação de Orçamentos de País

6. O modelo de CBA assume a complexa tarefa de equilibrar as condições socioeconômicas, estado de saúde, desigualdades de saúde, tamanho da população, presença no país e consecução dos resultados — e tem portanto um razoável grau de complexidade. Pode ser explicado melhor separando três dimensões:

- (a) baseada nas necessidades,
- (b) estatística, e
- (c) normativa.

Dimensão Baseada nas Necessidades

7. O parâmetro baseado nas necessidades é usado para assegurar a presença da objetividade quando se mede a necessidade relativa entre países. Ao considerar um parâmetro, a OPAS sente que o estado de saúde geral em um país, junto com seu estado econômico relativo — inclusive o grau de desigualdade distributiva presente na população — captaria melhor as necessidades relativas de saúde de qualquer país dado.

Isto se faz usando o Índice de Necessidades de Saúde *ampliado* (HNI *e*), um indicador substituto do grau de necessidades de saúde atualmente presentes em um dado país. Este HNI *e* incorpora três amplas dimensões da saúde e seus fatores determinantes, por meio de três medidas sumárias conhecidas: esperança de vida ao nascer (esperança de vida, e_0); renda nacional bruta per capita ajustada por paridade do poder aquisitivo (renda per capita, $i\$$); e o coeficiente de Gini (índice de Gini). O coeficiente de Gini, um novo elemento na fórmula, capta o fator de desigualdade na distribuição da renda, que também se sabe servir de substituto adequado para refletir desigualdade na saúde dentro de um país. (Deve-se observar que os dados do coeficiente de Gini estão hoje mais facilmente disponível que em 2004.) Portanto, o HNI *e* serve de índice composto projetado para orientar uma alocação mais equitativa dos recursos da OPAS.

8. Para cada país computa-se uma média aritmética dos dois cálculos mais recentes de sua esperança de vida e renda per capita — conforme se apresenta no Sistema Regional Básico de Dados de Saúde da OPAS — e efetua-se o cálculo mais recente do coeficiente de Gini. Para um dado país i , o HNI *e* é depois calculado segundo a fórmula abaixo, onde *actual* (*real*) é o valor atual do país, *min* o valor mínimo observado na série regional de dados e *max* o máximo valor observado na série regional de dados.

Índice de Necessidades de Saúde *ampliado* i

$$= \frac{\left(\frac{leb_{i\text{ actual}} - leb_{\text{min}}}{leb_{\text{max}} - leb_{\text{min}}} + \frac{(\log ipc_{i\text{ actual}} - \log ipc_{\text{min}})}{(\log ipc_{\text{max}} - \log ipc_{\text{min}})} + \left[1 - \left(\frac{(Gini_{i\text{ actual}} - Gini_{\text{min}})}{(Gini_{\text{max}} - Gini_{\text{min}})} \right) \right] \right)}{3}$$

9. Como se observa na fórmula, o componente de cada índice — a saber, esperança de vida, renda per capita e coeficiente de Gini para um dado país — é computado aplicando um procedimento estatístico padrão de transformação, onde é designado um valor relativo. Isto pode variar de zero, para o país mais necessitado, a 1, para o país menos necessitado. Vale mencionar que, após uma recomendação bem estabelecida,³ computa-se uma transformação logarítmica da distribuição de renda em vez do seu valor real. A finalidade é refletir corretamente o extremo inferior da distribuição de renda, ou seja, os países mais pobres. O Índice de Necessidades de Saúde é portanto composto pela soma dos valores dos seus três componentes uma vez que lhe foi atribuído o mesmo peso (1/3, ou um terço).

³ Anand S, Sen A. O componente de renda no IDH - formulações alternativas. *Occasional Paper*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Escritório do Relator de Desenvolvimento Humano, Nova York; 1999. Também: Sen A. Assessing human development. Special contribution, in: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de desenvolvimento humano 1999: Globalization with a human face; Oxford University Press; Nova York, 1999.

10. A distribuição do Índice de Necessidades de Saúde *ampliado* é usada posteriormente para definir uma distribuição em quantis — especificamente quintis — e classificar os países segundo esses quantis de necessidades relativas de saúde. (Ver Tabela 2 para um exemplo da aplicação do HNI e usando os últimos dados oficiais.)

Dimensão Estatística

11. A dimensão estatística no modelo de CBA inclui três técnicas matemáticas geralmente usadas nas fórmulas de alocação de recursos desta natureza.

12. A primeira é a *Classificação*, que agrupa os países com um grau semelhante de necessidades de saúde como definido pelo Índice de Necessidades de Saúde *ampliado* (HNI *e*). Embora se considere um índice uma medida aceitável para determinar o estado relativo dos países, a aplicação direta de um único índice não é considerada o meio mais adequado para a alocação total dos recursos entre países. Os dados estatísticos básicos têm diferentes graus de fidedignidade, e mesmo os incrementos no HNI não são sistematicamente ponderados em toda a escala. Este modelo tenta evitar uma interpretação excessiva do HNI usando o método de classificação baseado em quantis ou, neste caso, quintis, de vez que há cinco grupos, todos usando a fórmula estatística padrão para este fim. Os países classificados dentro de um dado quintil receberão todos o mesmo tratamento no que se refere à aplicação dos critérios baseados nas necessidades. O método de classificação usado no modelo proposto (ou seja, quantis) é o mesmo usado no modelo atual.

13. Para preservar o princípio da equidade, o modelo proposto aloca progressivamente os recursos aos quintis, com base na necessidade relativa. Em outras palavras, para quaisquer dois países com a mesma população o país classificado dentro de um quintil que reflete maior necessidade terá alocada uma proporção de recursos proporcionalmente maior que o país classificado dentro de um quintil de necessidade menor.

14. Para isto se usa uma **segunda** técnica, chamada *Progressividade*, a fim de indicar o grau de mudança na ponderação relativa de necessidades de saúde entre grupos de países. O modelo de CBA proposto implementa um método onde a progressividade é proporcional à distância entre as médias do grupo ponderados pelo HNI *e* (ou seja, centroide). Comparado com o modelo atual, este método aproveita a distribuição natural de necessidades de saúde entre os grupos de países para abrandar a variação entre um grupo de países e o próximo de maior necessidade. (É importante observar que o elemento de progressividade da fórmula tem um significativo impacto sobre o poder distributivo do modelo. Para o modelo proposto foi escolhido um método mais brando de progressividade, pois o método de progressividade do modelo atual é considerado

excessivamente dinâmico e — em alguns casos — já contribuiu para níveis de alocação de orçamentos de países insustentável.)

15. A **terceira** técnica é a *manipulação de população*, também conhecida como *alisamento*. Esta é uma técnica matemática usada para temperar o impacto de uma ampla gama da distribuição de população de países sobre o modelo estatístico. O modelo apresentado pressupõe que, sendo iguais todos os outros fatores, um país com uma população maior requererá mais recursos que um país com uma população menor. No entanto, o modelo também pressupõe que o efeito multiplicador que existe no tipo de cooperação de que a OPAS se ocupa com os Estados Membros é tal que os países menores necessitarão de mais recursos per capita que os maiores. Estas suposições são incorporadas no modelo ao ajustar as estatísticas demográficas reais, usando um método estatístico de manipulação. A manipulação da população reduz eficazmente a variedade das populações antes de usá-las para calcular níveis de recursos. O método de manipulação de população usado no modelo proposto é a *adjusted log population squared*, ou ALPS. O método de manipulação de população usado numa fórmula também tem um efeito distributivo considerável. O método ALPS tem um efeito distributivo mais brando que o método usado no modelo atual (ou seja, raiz quadrada da população). Portanto, está sendo proposto pelas mesmas razões mencionadas no que se refere à técnica de progressividade. Deve-se assinalar que o método ALPS também é usado na atual política de alocação de recursos da OMS.

A Dimensão Normativa

16. A dimensão normativa em um modelo é o conjunto de critérios que servem para executar os parâmetros práticos e lógicos desejados estranhos à esfera das fórmulas matemáticas. Por exemplo, o modelo proposto inclui critérios normativos para estabelecer padrões mínimos da presença no país, bem como maior objetividade baseada em resultados. No modelo proposto, mantém-se o conceito de parcelas de financiamento *Básicas e Variáveis*. Mas a parcela básica — que contém o *Piso* e componentes *baseados nas necessidades* — foi ampliada. Agora inclui um componente de *Piso* mais robusto, que incorpora as normas por mínima Presença no País, que contém tanto um componente mínimo de pessoal como um orçamento operacional mínimo. Isto eleva significativamente o nível mínimo de financiamento em relação ao *Piso* da política atual. É concebido para abordar o fator de ‘compromisso’ entre RSPA e Estado Membro. Os Estados Membros que têm renda per capita mais alta e nenhuma presença física no país receberão uma alocação orçamentária nominal para assegurar um nível mínimo de cooperação.

17. Um novo critério normativo que está sendo introduzido é o componente *baseado em resultados*, que proporciona a capacidade de reorientar um nível predeterminado dos recursos (proposto a 5% da proporção do nível nacional total) durante um dado biênio. O

objetivo é fortalecer e apoiar os países para alcançarem metas e resultados programáticos conjuntamente acordados pelos Estados Membros (por exemplo, as metas e resultados esboçados no Plano Estratégico). Este componente coloca-se ao lado dos componentes de Piso e baseado nas necessidades dentro da parcela Básica do orçamento de país.

18. Finalmente, a parcela Variável que existe na política atual está sendo mantida na proposta. A parcela Variável oferece um grau de flexibilidade que permite à Organização usar uma pequena porcentagem do financiamento de uma maneira estratégica e catalítica quando se trata de circunstâncias inesperadas que surgem durante o biênio, particularmente para países com as maiores necessidades. Este financiamento será usado para imprimir um impulso a curto prazo aos recursos de país a fim de acelerar avanços que estão sendo conseguidos rumo ao cumprimento de mandatos globais e regionais coletivos, bem como à definição de prioridades. Vale a pena observar que, como o componente de Piso foi melhorado na política proposta para assegurar um padrão mínimo da presença no país, a parcela Variável nessa política estará disponível para usos mais estratégicos nos países, em vez de para compensar países onde reduções orçamentárias devidas à política atual ultrapassaram sua capacidade para manter operações mínimas.

19. A Tabela 1 ilustra o modelo conceitual. Os parágrafos seguintes contêm uma explicação dos vários elementos do modelo.

Resultados do Modelo

20. Os dois elementos do modelo que afetam substancialmente o grau de redistribuição dos recursos entre os países da Região são os métodos estatísticos usados (ou seja, manipulação de populações e progressividade) e o padrão de presença mínima no país. O critério para selecionar esses métodos no modelo proposto consiste em reunir dois objetivos principais:

- (a) que a equidade esteja presente, proporcionando e atribuindo uma ponderação percentual mais alta aos países com maiores necessidades; e
- (b) que se observe a solidariedade, assegurando padrões de presença mínima no país para todos os países onde é necessária uma presença física da OPAS.

21. O método de progressividade usado — Centroides — tem um efeito mais suave de distribuição de um quintil com maior necessidade para o próximo, comparado com o modelo atual. A agressividade da escala de ponderação no modelo atual é um dos principais fatores que contribuem para as graves e insustentáveis reduções de orçamento sofridas por vários países durante os seis últimos anos. O método Centroides proporciona uma progressividade proporcional à distância entre as médias ponderadas do HNI dos grupos. Esta escala de progressividade gera uma redistribuição mais equilibrada de

recursos, embora ainda exerça um impacto positivo nos grupos mais necessitados de países.

22. O modelo proposto usa o método da *adjusted log population squared (ALPS)* para administrar estatisticamente o tamanho da população dos países. Este método de alisamento tem maior fator de compressão e portanto reduz a variedade das populações mais do que o método usado pelo atual modelos (ou seja, raiz quadrada da população). Este método tende a beneficiar os países de pequeno e médio porte, pois o tamanho da população tem menos influência no poder distributivo do modelo.

23. A parcela Básica da alocação é mostrada em termos proporcionais. A coluna J mostra o componente de Piso da parcela Básica, que representa o fator de presença do país. A coluna K representa o componente baseado nas necessidades como calculado usando a lógica do modelo. A coluna L ilustra uma distribuição tentativa do componente baseado em resultados. O total desses três componentes da parcela Básica é apresentado com 95% da alocação orçamentária total de país. Os restantes 5% serão designados como a parcela Variável (Coluna N), com base nos critérios já mencionados para este componente.

24. Neste modelo e para computar o Índice das Necessidades de Saúde, os dados estatísticos usados (esperança de vida ao nascer, paridade de poder aquisitivo [PPA], renda per capita, coeficiente de Gini e população) vêm do Sistema Central de Dados de Saúde da OPAS oficial. Os dados mais recentes disponíveis do Sistema Central de Dados de Saúde da OPAS serão usados em cada reiteração do ciclo orçamentário ao formular a alocação de recursos de país.

25. O modelo proposto serve para indicar a parcela proporcional dos recursos a ser alocados entre os países. A quantidade real de recursos orçamentários alocados a qualquer dado país será guiada por essas porcentagens. Dependerá, porém, dos níveis de orçamento aprovados pelo Conselho Diretor nos anos vindouros.

26. Os três quadros seguintes ilustram o modelo:

- (a) A Tabela 1 é um diagrama do modelo conceitual.
- (b) A Tabela 2 contém o cálculo do Índice de Necessidades de Saúde *ampliado*, com todos os seus elementos.
- (c) A Tabela 3 ilustra o modelo detalhado e as porcentagens relativas de seus componentes.

Tabela 1: O Modelo Conceitual

País		Quantil	Financiamento Básico			Financiamento Variável
			<i>Piso</i>	<i>Baseado em Necessidades</i>	<i>Baseado em Resultados</i> *	
País A	(+) o Parâmetro Conforme as Necessidades (-)	Grupo 1 (menos necessitados)	\$	\$	%	
País B			\$		%	
País C			\$		%	
País J		Grupo 2	\$	\$\$	%	
País K			\$		%	
País L			\$		%	
País X		Grupo 3 (mais necessitados)	\$	\$\$\$	%	
País Y			\$		%	
País Z			\$		%	
			90%	5%	5%	

* A porcentagem por país pode variar de um período do orçamento a outro, dependendo das metas programáticas específicas que requerem apoio durante um dado biênio.



Projeto de Política Orçamentária da OPAS

Índice de Necessidades de Saúde – Ampliado (modelo proposto com fórmula HNI ampliada)

Tabela 2

País	Sigla	população 2012	esperança de vida (e0)		renda per capita (\$)		índice de Gini		média aritmética		renda log		valor padronizado		HNI previsto	grupos HNI	
			2010	2011	2009	2010	lay	e0	renda	e0	renda	Gini	2012	2004			
Territórios do RU	UKT	207.854	80,1	80,0	35.640	36.410	28,9	80,0	36.025	4.557	1.043	0,932	0,941	0,972	0	0	
Territórios franceses	FRT	1.116.756	79,3	79,4	33.870	34.440	28,9	79,3	34.155	4.533	1.000	0,917	0,941	0,953	0	0	
Canadá	CAN	34.674.708	80,9	81,1	37.260	38.310	36,5	81,0	37.785	4.577	1.098	0,944	0,904	0,915	0	0	
Territórios neerlandeses	NET	313.125	76,1	76,2	39.720	41.900	28,9	76,1	40.810	4.611	0,816	0,965	0,941	0,907	0	0	
Estados Unidos	USA	315.899.874	78,5	78,6	45.400	47.360	46,4	78,5	46.380	4.666	0,955	1,000	0,397	0,784	0	0	
Porto Rico	PUR	3.743.380	79,1	79,2	13.019	13.019	52,9	79,1	13.019	4.115	0,990	0,656	0,197	0,614	0	0	
Barbados	BAR	274.530	76,8	76,9	17.960	19.000	28,9	76,9	18.480	4.267	0,858	0,751	0,941	0,850	1	1	
Antígua e Barbuda	ANI	90.510	75,0	75,0	21.080	20.240	28,9	75,0	20.660	4.315	0,751	0,781	0,941	0,824	1	2	
Cuba	CUB	11.249.266	79,0	79,2	6.117	6.330	27,0	79,1	6.224	3.794	0,987	0,455	1,000	0,814	1	4	
Dominica	DOM	67.665	76,0	76,0	11.820	11.990	28,9	76,0	11.905	4,076	0,809	0,631	0,941	0,794	1	3	
St. Kitts e Nevis	SCN	53.697	74,0	75,0	16.740	15.850	28,9	74,5	16.295	4,212	0,722	0,716	0,941	0,793	1	1	
Granada	GRE	105.303	75,9	76,0	9.640	9.890	28,9	75,9	9.765	3,990	0,805	0,578	0,941	0,774	1	4	
Santa Lúcia	SAL	177.794	74,5	74,7	10.080	10.520	28,9	74,6	10.300	4,013	0,727	0,592	0,941	0,753	1	3	
São Vicente e Granadinas	SAV	109.367	72,2	72,4	10.850	10.830	28,9	72,3	10.840	4,035	0,592	0,606	0,941	0,713	2	3	
Bahamas	BAH	351.275	75,5	75,7	26.120	24.800	43,0	75,6	25.460	4,406	0,783	0,837	0,503	0,708	2	1	
Uruguai	URU	3.391.428	76,9	77,1	12.920	13.990	45,3	77,0	13.455	4,129	0,866	0,664	0,431	0,654	2	1	
Trinidad e Tobago	TRT	1.350.999	70,0	70,2	24.300	24.040	40,2	70,1	24.170	4,383	0,468	0,823	0,590	0,627	2	2	
Costa Rica	COR	4.793.725	79,2	79,4	10.830	11.270	50,7	79,3	11.050	4,043	1,000	0,611	0,263	0,625	2	1	
Argentina	ARG	41.118.986	75,8	76,0	14.230	15.570	48,3	75,9	14.900	4,173	0,802	0,692	0,339	0,611	2	1	
Chile	CHI	17.423.214	79,1	79,2	13.270	14.590	54,6	79,1	13.930	4,144	0,989	0,674	0,144	0,602	3	1	
México	MEX	116.146.768	76,8	77,0	13.570	14.290	51,1	76,9	13.930	4,144	0,862	0,674	0,252	0,596	3	2	
Venezuela	VEN	29.890.694	74,3	74,5	12.410	12.150	47,6	74,4	12.280	4,089	0,716	0,640	0,360	0,572	3	2	
Panamá	PAN	3.624.991	76,0	76,2	12.210	12.770	54,8	76,1	12.490	4,097	0,816	0,644	0,136	0,532	3	2	
Peru	PER	29.733.829	73,8	74,1	8.270	8.930	48,1	73,9	8.600	3,934	0,689	0,543	0,344	0,525	3	4	
Jamaica	JAM	2.761.331	73,0	73,2	7.280	7.310	45,5	73,1	7.295	3,863	0,639	0,499	0,425	0,521	3	3	
Ecuador	ECU	14.864.987	75,6	75,7	7.590	7.880	53,4	75,6	7.735	3,888	0,787	0,514	0,179	0,494	3	5	
Belize	BIZ	324.292	75,9	76,1	6.080	6.210	53,1	76,0	6.145	3,789	0,811	0,452	0,189	0,484	4	3	
República Dominicana	DOR	10.183.339	73,3	73,5	8.390	9.030	51,9	73,4	8.710	3,940	0,658	0,547	0,228	0,477	4	4	
Brasil	BRA	198.360.943	73,3	73,7	10.230	11.000	54,7	73,5	10.615	4,026	0,662	0,600	0,140	0,468	4	3	
El Salvador	ELS	6.264.129	72,1	72,3	6.380	6.550	48,4	72,2	6.465	3,811	0,588	0,466	0,336	0,443	4	4	
Colômbia	COL	47.550.708	73,6	73,8	8.760	9.060	56,2	73,7	8.910	3,950	0,674	0,553	0,092	0,440	4	2	
Guiana	GUY	757.623	69,7	70,0	3.270	3.450	44,2	69,8	3.360	3,526	0,450	0,288	0,466	0,402	4	5	
Suriname	SUR	534.175	70,4	70,7	7.420	7.680	52,9	70,5	7.550	3,878	0,491	0,508	0,197	0,399	5	4	
Paraguai	PAR	6.682.943	72,4	72,6	4.460	5.050	53,9	72,5	4.755	3,677	0,604	0,382	0,165	0,384	5	4	
Nicarágua	NIC	5.954.898	73,8	74,1	2.610	2.790	52,3	74,0	2.700	3,431	0,691	0,229	0,215	0,378	5	5	
Honduras	HON	7.912.032	73,0	73,3	3.720	3.770	57,0	73,1	3.745	3,573	0,642	0,318	0,070	0,343	5	5	
Guatemala	GUT	15.137.569	71,0	71,3	4.600	4.650	55,9	71,2	4.625	3,665	0,528	0,375	0,103	0,335	5	5	
Bolívia	BOL	10.248.042	66,5	66,8	4.510	4.640	56,3	66,6	4.575	3,660	0,265	0,372	0,091	0,243	5	5	
Haiti	HAI	10.255.644	61,9	62,2	1.140	1.180	59,2	62,0	1.160	3,064	0,000	0,000	0,000	0,000	5	5	

Os Países Baixos incluem Aruba e Antilhas Holandesas; a França inclui a Guiana Francesa, Guadalupe e Martinica; e o Reino Unido inclui Anguila, as Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat, Bermudas, as Ilhas Caimã e as Ilhas Turks e Caicos.
e0 = esperança de vida ao nascer; renda = renda nacional per capita parcialmente ajustada pelo poder aquisitivo (dólares internacionais, \$).

Tabela 3

Projeto de Orçamento e Programa da OPAS 2006-2011
Projeto de Modelo de Alocação de Orçamento de País (FINL) com Piso + Baseado em Necessidades + Baseado em Resultados)

País	Sigla	Índice de necessidade de saúde	Grupos de necessidades	Ponderação baseada em baseadas em		População (2012)		Adjusted log population squared		Parcela de alocação baseada em necessidades		Piso	Alocação básica (parcela proporcional)		Alocação variável	Alocação total
				Factor	%	(1,000)	%	(1,000)	%	(b x f)	%		Baseado em necessidades	Baseado em resultados		
Territórios do RU	UKT	0.972	0									0.37	0.02	0.39		
Territórios franceses	FRT	0.953	0									0.27	0.01	0.28		
Canadá	CAN	0.915	0									0.27	0.01	0.28		
Territórios neerlandeses	NET	0.907	0									0.27	0.01	0.28		
Estados Unidos	USA	0.784	0									0.27	0.01	0.28		
Porto Rico	PUR	0.614	0									0.27	0.01	0.28		
Barbados	BAR	0.850	1	1.00	2.3	275	0.0	31.6	1.0	31.6	1.0	0.00	0.36	0.36	0.02	0.38
Antígua e Barbuda	ANI	0.824	1	1.00	2.3	91	0.0	20.3	0.7	20.3	0.7	0.10	0.23	0.33	0.02	0.35
Cuba	CUB	0.814	1	1.00	2.3	11,249	1.9	96.8	3.2	96.8	3.2	1.40	1.12	2.52	0.14	2.66
Dominica	DOM	0.794	1	1.00	2.3	68	0.0	17.8	0.6	17.8	0.6	0.10	0.20	0.30	0.02	0.32
St. Kitts e Nevis	SCN	0.793	1	1.00	2.3	54	0.0	15.9	0.5	15.9	0.5	0.10	0.18	0.28	0.02	0.30
Grenada	GRE	0.774	1	1.00	2.3	105	0.0	21.7	0.7	21.7	0.7	0.09	0.25	0.34	0.02	0.36
Santa Lucia	SAL	0.753	1	1.00	2.3	178	0.0	26.9	0.9	26.9	0.9	0.10	0.31	0.41	0.02	0.43
São Vicente e Granadinas	SAV	0.713	2	1.24	2.8	109	0.0	22.1	0.7	27.4	0.7	0.10	0.32	0.42	0.02	0.44
Bahamas	BAH	0.708	2	1.24	2.8	351	0.1	34.5	1.1	42.8	1.1	1.53	0.49	1.92	0.11	2.13
Uruguai	URU	0.654	2	1.24	2.8	3,391	0.6	68.3	2.3	84.8	2.0	1.43	0.98	2.41	0.13	2.54
Trinidad e Tobago	TRT	0.627	2	1.24	2.8	1,351	0.2	52.6	1.7	65.4	1.6	1.38	0.75	2.13	0.12	2.25
Costa Rica	COR	0.625	2	1.24	2.8	4,794	0.8	75.3	2.5	93.5	2.2	1.34	1.08	2.42	0.13	2.56
Argentina	ARG	0.611	2	1.24	2.8	41,119	6.9	159.6	5.3	198.3	4.8	1.47	2.28	3.75	0.21	3.96
Chile	CHI	0.602	3	1.29	3.0	17,423	2.9	112.1	3.7	145.1	3.5	1.59	1.67	3.26	0.18	3.44
México	MEX	0.596	3	1.29	3.0	116,147	19.4	295.3	9.8	382.2	9.2	1.70	4.40	6.10	0.34	6.44
Venezuela	VEN	0.572	3	1.29	3.0	29,891	5.0	138.2	4.6	178.8	4.3	1.92	2.06	3.98	0.22	4.20
Panamá	PAN	0.532	3	1.29	3.0	3,625	0.6	69.6	2.3	90.1	2.2	1.44	1.04	2.48	0.14	2.62
Peru	PER	0.525	3	1.29	3.0	29,734	5.0	137.8	4.6	178.4	4.3	1.87	2.06	3.93	0.22	4.14
Jamaica	JAM	0.521	3	1.29	3.0	2,761	0.5	64.5	2.1	83.5	2.0	1.38	0.96	2.34	0.13	2.47
Ecuador	ECU	0.494	3	1.29	3.0	14,865	2.5	106.1	3.5	137.3	3.3	1.43	1.58	2.91	0.17	3.18
Belize	BLZ	0.484	4	1.43	3.3	324	0.1	33.5	1.1	48.0	1.2	1.26	0.55	1.81	0.10	1.92
República Dominicana	DOR	0.477	4	1.43	3.3	10,183	1.7	93.9	3.1	134.4	3.2	1.45	1.55	2.90	0.17	3.17
Brasil	BRA	0.468	4	1.43	3.3	198,361	33.2	446.4	14.8	638.9	15.4	2.14	7.36	9.50	0.53	10.03
El Salvador	ELS	0.463	4	1.43	3.3	6,264	1.0	81.2	2.7	116.3	2.8	1.42	1.34	2.76	0.15	2.92
Colômbia	COL	0.440	4	1.43	3.3	47,551	8.0	171.5	5.7	245.5	5.9	1.83	2.83	4.66	0.26	4.92
Guiana	GUY	0.402	4	1.43	3.3	758	0.1	44.3	1.5	63.4	1.5	1.28	0.73	2.01	0.11	2.12
Suriname	SUR	0.399	5	1.67	3.8	534	0.1	39.6	1.3	66.1	1.6	1.30	0.76	2.06	0.11	2.18
Paraguai	PAR	0.384	5	1.67	3.8	6,683	1.1	82.8	2.7	138.1	3.3	1.49	1.59	3.08	0.17	3.25
Nicarágua	NIC	0.378	5	1.67	3.8	5,955	1.0	80.0	2.6	133.5	3.2	1.35	1.54	2.89	0.16	3.05
Honduras	HON	0.343	5	1.67	3.8	7,912	1.3	87.0	2.9	145.1	3.5	1.52	1.67	3.19	0.18	3.37
Guatemala	GUT	0.335	5	1.67	3.8	15,138	2.5	106.7	3.5	178.1	4.3	1.62	2.05	3.67	0.20	3.88
Bolívia	BOL	0.243	5	1.67	3.8	10,248	1.7	94.1	3.1	156.9	3.8	1.50	1.81	3.31	0.18	3.49
Haiti	HAI	0.000	5	1.67	3.8	10,256	1.7	94.1	3.1	156.9	3.8	1.74	1.81	3.55	0.20	3.75
TOTAL				43.78	100.0	597,747	100.0	3,022	100.0	4,159.5	100.0	42.09	47.91	90.00	5.00	100.00



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



150ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 18 a 22 de junho de 2012

CE150/12, Rev. 1 (Port.)
Anexo C
ORIGINAL: INGLÊS

PROJETO DE RESOLUÇÃO

PROJETO DE POLÍTICA ORÇAMENTÁRIA DA OPAS

A 150ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo reexaminado o *Projeto de Política Orçamentária da OPAS* (Documento CE150/12, Rev. 1),

RESOLVE:

Recomendar que a 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprove uma resolução conforme os seguintes termos:

POLÍTICA ORÇAMENTÁRIA DA OPAS

A CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo reexaminado a *Política Orçamentária da OPAS* (Documento CSP28/___), que apresenta uma Política Orçamentária Regional revista que define uma nova maneira de alocar os recursos dentro da Organização Pan-Americana da Saúde;

Observando as recomendações constantes da avaliação da atual política, formuladas pelo Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação da OPAS;

Reconhecendo que, embora os países com maiores necessidades tenham recebido um aporte de recursos durante o período de vigência da atual política, outros países sofreram reduções orçamentárias para níveis que impedem a manutenção de uma presença mínimo no país e não obstante, por espírito de solidariedade, concordaram com uma distribuição de recursos que é viável dentro de parâmetros realistas e práticos;

Consciente da necessidade de alinhar-se com o processo de reforma ora em andamento na Organização Mundial da Saúde, e de suas eventuais implicações para a Organização Pan-Americana da Saúde; e

Considerando as observações formuladas pelo Comitê Executivo,

RESOLVE:

1. Agradecer tanto ao Grupo Consultor de Política Orçamentária da OPAS como à Repartição Sanitária Pan-Americana por seus esforços para modificar critérios e introduzir critérios novos para a alocação dos recursos do Orçamento Ordinário e das Contribuições Voluntárias, tanto nos Níveis Funcionais da OPAS como entre suas Representações nos Países.
2. Tomar nota do modelo proposto de Alocação de Orçamento de País para alocar os recursos entre os países.
3. Aprovar a nova Política Orçamentária da OPAS, com as seguintes ênfases.
 - (a) A Alocação do Orçamento Ordinário entre os quatro Níveis Funcionais da Organização (ou seja, Nacional, Internacional, Sub-Regional e Regional) será efetuada de tal forma que, visando fortalecer a cooperação nos países, a Organização se esforce continuamente por manter as estruturas funcionais e organizacionais ótimas mediante avaliações internas e externas, visando exercer o mais alto nível de impacto nos países, mas ainda correspondendo eficazmente aos mandatos regionais e sub-regionais coletivos.
 - (b) A proporção mínima do Orçamento Ordinário para o Nível Nacional é fixada inicialmente em 40% do Orçamento Ordinário total, permanecendo igual à proporção atual — ficando entendido que as transferências dos outros três Níveis Funcionais (ou seja, Internacional, Sub-Regional e Regional) podem ser efetuadas durante qualquer biênio dado se essas transferências forem consideradas necessárias para proteger realizações e alcançar alvos planejado nos países.
 - (c) Na realocação dos recursos do Orçamento Ordinário entre os países, a alocação básica de nenhum país será reduzida em mais de 50% de sua alocação proporcional entre os países conforme aprovada no Programa e Orçamento 2012-2013. Ademais, em nenhum caso a sua alocação do Orçamento Ordinário resultante será inferior ao componente computado do Piso (projetado para proporcionar uma presença mínima no país, como definido na política) como parcela Básica.

- (d) Com relação aos Países-Chave (como originalmente identificados no Plano Estratégico 2003-2007 para a Repartição Sanitária Pan-Americana: Bolívia, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua), a Repartição fará tudo que estiver ao seu alcance a fim de mobilizar recursos suplementares para qualquer desses países, de modo que a alocação líquida do total dos recursos não seja inferior ao montante total dos recursos para o biênio 2012-2013.
 - (e) Os objetivos para o uso da alocação variável entre países corresponderão ao mencionado no documento CE150/12, parágrafo 32 (b). Qualquer refinamento futuro para o uso de recursos variáveis será apresentado à aprovação do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração na época da apresentação do projeto de Programa e Orçamento bienal.
4. Assegurar que as alocações de países num futuro programa e orçamento da OPAS ainda a ser aprovado pela Conferência Sanitária Pan-Americana sejam orientados pelo modelo aprovado no parágrafo dispositiva 3 acima, a ser escalonado ao longo de dois biênios em consulta com os países, para assegurar a transição mais suave possível para programas de cooperação técnica.
5. Promover na alocação dos recursos entre as categorias programáticas uma priorização compatível com os mandatos coletivos e individuais dos Estados Membros, como exposto nos documentos de planejamento estratégico da OPAS.
6. Solicitar ao Diretor que:
- (a) aplique a nova Política Orçamentária da OPAS ao formular futuros programas e orçamentos, como decidido pelo Conselho Diretor ou para a Conferência Sanitária Pan-Americana ;
 - (b) apresente ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana uma avaliação minuciosa da Política Orçamentária da OPAS após dois biênios da sua execução, e assegure que continue correspondendo às cambiantes necessidades de saúde e que aloque recursos sistematicamente de uma forma equitativa;
 - (c) colabore com os Estados Membros para promover as modalidades mais eficazes da cooperação, bem como para:
 - (i) fortalecer a capacidade dos países que estarão recebendo mais recursos do Orçamento Ordinário, para assegurar seu uso eficaz e eficiente; e
 - (ii) preste apoio aos países que estarão recebendo menos recursos do Orçamento Ordinário mediante esforços direcionados de captação de recursos voltados para fontes tanto internas como externas.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CE150/12, Rev. 1 (Port.)
Anexo D

**Relatório sobre as Implicações Financeiras e Administrativas
para a Secretaria do Projeto de Resolução**

<p>1. Tema da Agenda: 4.2, Projeto de Política Orçamentária da OPAS</p>
<p>2. Vínculo com o <i>Orçamento e Programa</i></p> <p>(a) Área de trabalho: Coordenação do Planejamento, Orçamento e Recursos (PBR)</p> <p>(b) Resultado previsto: 16.1 e 16.2</p>
<p>3. Implicações financeiras</p> <p>(a) Custo total estimado de implementação da resolução durante a sua vigência (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui pessoal e atividades)</p> <p>A implicação financeira é o próprio orçamento aprovado.</p> <p>(b) Custo estimado para o biênio 2010-2011 (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui pessoal e atividades)</p> <p>US\$160.000.</p> <p>(c) Do custo estimado em b) o que pode ser incluído nas atividades já programadas?</p> <p>Tudo.</p>
<p>4. Implicações administrativas</p> <p>(a) Indicar os níveis da Organização em que o trabalho será realizado</p> <p>Grupo de trabalho compostos por seis representantes dos Estados Membros da OPAS, mais uma equipe de cinco funcionários da OPAS de Nível Regional.</p> <p>(b) Pessoal adicional necessário (indicar o pessoal adicional necessário no equivalente a tempo integral, indicando as habilidades necessárias):</p> <p>Nenhum.</p> <p>(c) Cronogramas (indicar o cronograma geral de implementação e avaliação):</p> <p>A ser executado ao longo de dois biênios (quatro anos); avaliação a ser conduzido após os quatro anos.</p>



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CE150/12, Rev. 1 (Port.)
Anexo E

**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR TEMAS DA AGENDA
COM MANDATOS DA ORGANIZAÇÃO**

- 1. Tema da agenda:** 4.2, Projeto de Política Orçamentária da OPAS
- 2. Unidade responsável:** Coordenação de Planejamento, Orçamento e Recursos (PBR)
- 3. Preparado por:** Roman Sotela
- 4. Lista dos centros colaboradores e instituições nacionais vinculadas a este tema da agenda**
Todos os Ministérios da Saúde
- 5. Conexão entre o tema da agenda e a Agenda para a Saúde das Américas 2008-2017**
A Política Orçamentária é o instrumento que distribui os recursos internos da OPAS que financiam a cooperação técnica guiado pela Agenda da Saúde.
- 6. Conexão entre o tema da agenda e o Plano Estratégico 2008-2012:**
A Política Orçamentária segue especificamente a orientação programática do Plano Estratégico; neste caso, a Política Orçamentária será baseada no insumo do próximo Plano Estratégico 2014-2019.
- 7. Boas práticas nesta área e exemplos de outros países dentro da Região das Américas**
N/D
- 8. Implicações financeiras do tema da agenda**
Não há requisitos financeiros adicionais.