

Apêndice I

**ao projeto de Programa e Orçamento para 2012–2013
Organização Pan-Americana da Saúde**

**JUSTIFICATIVA DO AUMENTO PROPOSTO
DAS COTAS DE CONTRIBUIÇÃO**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
I. VALOR AGREGADO DA OPAS AOS SEUS ESTADOS MEMBROS	4
II. AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E JUSTIFICATIVA PARA AUMENTO DAS COTAS DE CONTRIBUIÇÃO	5
O impacto do custo dos postos com contrato por prazo determinado no Orçamento Ordinário	6
Cotas de contribuição	8
Cenário A (aumento de 10,5% das cotas de contribuição)	
Cenário B (aumento de 6,7% das cotas de contribuição)	
Cenário C (aumento de 0% das cotas de contribuição)	
Cenário D (aumento de 4,3% das cotas de contribuição)	
Ilustração do efeito líquido das cotas de contribuição propostas e alocação do orçamento ordinário por país	12
III. IMPACTO NEGATIVO ESPERADO NO PROGRAMA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA DA OPAS NO CENÁRIO C	13
IV. ESFORÇOS DA RSPA PARA MELHORAR A EFICIÊNCIA E PRODUTIVIDADE	31
Força de trabalho da RSPA e tendências do Orçamento Ordinário	31
Tendências no financiamento do Orçamento Ordinário da OPAS/OMS	32
Tendência do Programa e Orçamento Total da OPAS/OMS	35
Força de trabalho: eficiência e produtividade	36
Ganho de eficiência e contenção de custos	39
V. ESFORÇOS DA RSPA PARA MELHORAR O DESEMPENHO PROGRAMÁTICO INSTITUCIONAL	41
Progresso para alcançar os Objetivos Estratégicos (OEs)	41
Execução orçamentária	51
Situação do déficit de financiamento	52
SIGLAS	54
GLOSSÁRIO	55
ANEXOS	
Anexo 1: Cenário A (aumento de 10,5% das cotas de contribuição) Efeito líquido das cotas de contribuição propostas e alocação do Orçamento Ordinário por país	58
Anexo 2: Cenário B (aumento de 6,7% das cotas de contribuição) Efeito líquido das cotas de contribuição propostas e alocação do Orçamento Ordinário por país	59
Anexo 3: Cenário C (aumento de 0% das cotas de contribuição) Efeito líquido das cotas de contribuição propostas e alocação do Orçamento Ordinário por país	60
Anexo 4: Cenário D (aumento de 4,3% das cotas de contribuição) Efeito líquido das cotas de contribuição propostas e alocação do Orçamento Ordinário por país	61
Anexo 5: Análise programática e orçamentária por objetivo estratégico	62

INTRODUÇÃO

1. O projeto de Programa e Orçamento para 2012–2013 está sendo apresentado com uma redução de US\$ 16,2 milhões¹ em relação ao Programa e Orçamento de 2010–2011 (de \$642,9 para \$626,7 milhões). Este projeto de Programa e Orçamento é o último dentro do Plano Estratégico da OPAS de 2008–2012 e dos compromissos da Organização para atingir as metas de 2013 acordadas no Plano Estratégico. O projeto também aborda o enfoque de gestão baseada em resultados (RBM) e identifica os cenários de captação de recursos para o próximo biênio.

2. Ao elaborar o projeto de Programa e Orçamento, foram considerados os seguintes critérios para estabelecer o orçamento total e distribuí-lo entre os Objetivos Estratégicos (OEs) (uma análise detalhada é apresentada no Anexo 5):

- (a) Execução programática em 2008–2009 e até dezembro de 2010. Em 2008–2009, a Organização alcançou 85% das suas metas dos indicadores dos RER para este biênio, usando 84% (\$525 milhões) do Orçamento para Programas de 2008–2009 (\$626 milhões).
- (b) Alinhamento do orçamento com a priorização programática como estabelecido no Plano Estratégico da OPAS. Os Estados Membros também solicitaram este alinhamento no 50º Conselho Diretor em setembro de 2010.
- (c) Contribuição dos OEs aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) e a Agenda de Saúde para as Américas. As prioridades nas Estratégias de Cooperação de Países também foram consideradas.
- (d) Taxa de execução orçamentária e captação de recursos (medida pela redução do déficit de financiamento) por OE.

3. Este documento apresenta cinco aspectos da justificativa da Repartição. A primeira parte apresenta o valor que a Organização agrega aos seus Estados Membros. A segunda apresenta a necessidade global de aumento das cotas de contribuição, mostrando três cenários e seus relativos impactos no orçamento para os postos sem contrato por prazo determinado (não FTP).

4. A terceira parte fornece um resumo do impacto esperado nos programas de cooperação técnica da OPAS se for considerado um aumento de 0% nas cotas de contribuição. Este cenário implicará em risco para várias intervenções importantes, que são apresentadas no contexto dos Objetivos Estratégicos (OEs).

5. A quarta parte apresenta o esforço sistemático da RSPA ao longo do tempo de ter disciplina orçamentária ao cortar o número de postos (especialmente postos com contrato por prazo determinado). A análise demonstra um aumento da produtividade comparado com o biênio anterior, apesar de uma redução contínua da força de trabalho.

6. A quinta parte apresenta os esforços de desempenho programático e orçamentário da RSPA para implantar o modelo de gestão baseada em resultados (RBM) solicitada pelos Estados Membros, principalmente ao assegurar que sejam alcançadas as metas aprovadas para o Plano Estratégico. O biênio de 2012–2013 é particularmente importante: como é o último período de dois anos do Plano Estratégico da OPAS de 2008–2012, representa a última oportunidade de realizar os ajustes necessários, baseados em análise e dados comprovados, para assegurar que os Resultados Esperados a Nível Regional (RER) e metas sejam alcançados até 2013.

¹ A menos que indicado em contrário, todos os valores monetários neste documento são em dólares dos Estados Unidos.

I. VALOR AGREGADO DA OPAS AOS SEUS ESTADOS MEMBROS

7. Desde a sua fundação em 1902, a OPAS tem servido como um fórum para definir e unificar os esforços e obter o consenso entre os países da Região das Américas em relação às questões da saúde pública.

8. Como o organismo intergovernamental supremo em assuntos de saúde, a OPAS pode captar de forma eficaz recursos de cotas de contribuição e de contribuições voluntárias de fontes diversas. As cotas de contribuição das cotas estabelecidas para cada Estado Membro são transferidas aos países para implementar programas de cooperação técnica, segundo estipulado na Política Orçamentária Regional para Programas aprovada pelos Órgãos Diretivos da OPAS. A Política Orçamentária concede proporcionalmente mais recursos aos países com maior necessidade de melhorar a saúde e o bem-estar das suas populações.

9. Dada a credibilidade da Organização e a sua administração transparente dos recursos, ela também pode captar contribuições voluntárias de diversas fontes para reforçar a sua cooperação técnica com os Estados Membros. Além disso, a OPAS pode aproveitar o conhecimento especializado da Repartição e dos Centros Colaboradores e de outros organismos especializados para dar apoio aos Estados Membros ao lidar com questões de interesse comum.

10. A Organização também agrega valor nas seguintes áreas:

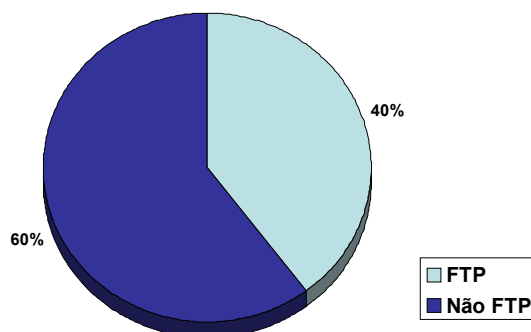
- (a) Influência na agenda global de saúde para reafirmar seu ponto de vista e interesse, assim como partilhar suas experiências.
- (b) Exporta a imagem de bem-estar e bom desempenho dos sistemas de saúde da Região para fomentar um clima de investimentos e promover o turismo.
- (c) Acesso oportuno e permanente a vacinas, medicamentos e outras provisões de boa qualidade ao melhor preço possível através do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas, Fundo Rotativo Regional de Provisões Estratégicas para Saúde Pública e Mecanismo Reembolsável de Compras.
- (d) Acesso aos bancos de dados e fóruns científicos em todo o mundo.
- (e) Participação nas iniciativas entre países que obtiveram sucessos históricos na eliminação e controle de várias doenças no âmbito continental e global.
- (f) Apoio com respostas imediatas a desastres, emergências e surtos epidêmicos para fortalecer os sistemas de vigilância e serviços de saúde, reduzindo a vulnerabilidade da população e aliviando os efeitos de catástrofes naturais e produzidas pelo homem e de epidemias.
- (g) Participação e benefícios dos sistemas mundiais de vigilância, notificação e controle de doenças.
- (h) Formulação da agenda de política e pesquisa que trata das questões prioritárias da saúde pública na Região.
- (i) A OPAS tem uma longa história de dar apoio o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde na Região. A Organização presta cooperação técnica direta aos Estados Membros com os seus próprios recursos humanos mas também facilita a mobilização dos recursos humanos nacionais de Estados Membros, centros colaboradores especializados e de outras Regiões da OMS para resolver as lacunas no âmbito nacional e simultaneamente investir em capacitação nacional em áreas-chave.

II. AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E JUSTIFICATIVA PARA AUMENTO DAS COTAS DE CONTRIBUIÇÃO

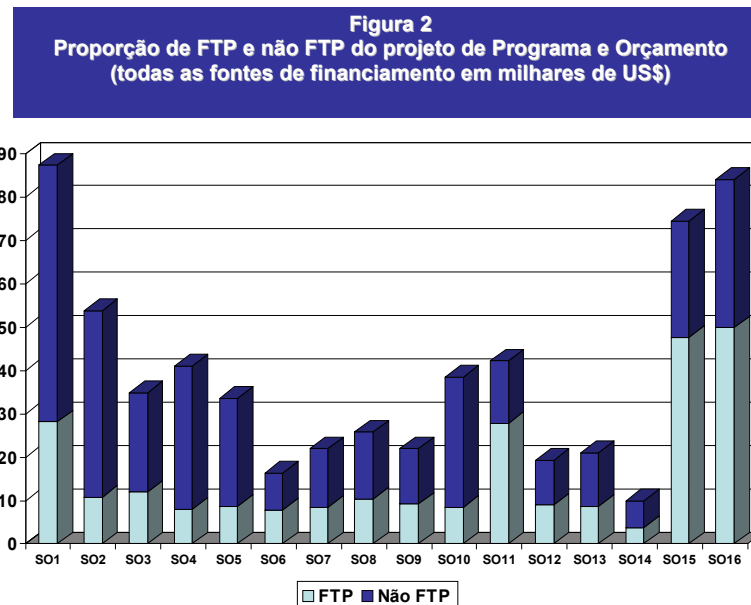
11. O projeto de Programa e Orçamento é apresentado com o objetivo de alcançar as metas estabelecidas no Plano Estratégico até 2013. O orçamento é baseado no cálculo de custos do trabalho que precisa ser realizado para cumprir esses compromissos. No Cenário D, o Programa será financiado com 46% do Orçamento Ordinário (RB) e 54% de Outras Fontes (OS), sendo a maior parte (cerca de 90%) altamente destinada. Esta proporção de RB/OS é crítica para manter o saldo que garante os mandatos coletivos da Organização para atender às prioridades dos Estados Membros. Embora seja difícil prever o nível de recursos que serão captados dada a atual crise econômica e, considerando-se que pode haver uma redução global do componente do AMRO das contribuições voluntárias, a Repartição fará o máximo para captar o nível de recursos necessários a fim de executar de modo eficaz seu Programa de 2012–2013. Deve-se enfatizar que o nível proposto do RB é essencial para manter a governança da Organização, incluindo suas funções básicas e facilitadoras, flexibilidade para lidar com as prioridades e capacidade de captar os recursos adicionais necessários para implementar com eficácia o Programa.

12. A Figura 1 mostra que o custo total estimado dos postos com contrato por prazo determinado (FTP) para 2012–2013 é 40% e para os não FTP é de 60% de todo o Programa. Isto inclui FTP financiados com o Orçamento Ordinário, assim como Outras Fontes. Esta proporção indica que a Repartição terá um saldo adequado dos fundos operacionais para executar as atividades (não FTP) de cooperação técnica.

Figura 1
Proporção de FTP e não FTP do projeto de Programa e Orçamento
(todas as fontes de financiamento)



13. A Figura 2 mostra o financiamento por OE e a proporção do orçamento para FTP e não FTP. A proporção do orçamento para FTP/não FTP por OE varia como ilustrado na Figura 2, demonstrando que dependendo da natureza dos OEs, as metas poderiam ser atingidas com proporções orçamentárias diferentes para FTP e não FTP. Todos os OEs, com a exceção dos OEs 11, 15, e 16, têm uma grande porção de financiamento para não FTP, demonstrando assim que haveria financiamento suficiente para os propósitos operacionais. Deve-se assinalar que os OEs 15 e 16 requerem menos fundos não FTP porque eles cobrem funções facilitadoras que respaldam a execução das funções básicas cobertas nos OEs 1 a 14. No caso do OE 11 (liderança e governança dos sistemas de saúde), uma porção significativa dos fundos não FTP é complementada com fundos nos OEs 10, 13, e 14, que cobre áreas relacionadas com sistemas e serviços de saúde.



O impacto do custo dos postos com contrato por prazo determinado no Orçamento

14. O Orçamento Ordinário (RB) compreende dois componentes principais: um orçamento para postos com contrato por prazo determinado (FTP) e um orçamento para postos com contrato sem prazo determinado (não FTP). O orçamento para FTP inclui todos os custos associados aos postos com contrato por prazo determinado aprovados por um período orçamentário em particular. O orçamento para não FTP inclui todos os outros custos não relacionados com FTP. Entre eles: **a) custo das atividades não FTP:** atividades operacionais e de programas, como despesas de viagem, reuniões, publicações, cursos e seminários, e despesas operacionais gerais), e **b) custo de pessoal não FTP:** o pessoal contratado através de outro mecanismo que não postos com contrato por prazo determinado.

15. Um passo fundamental da projeção precisa dos requisitos orçamentários futuros é calcular o custo total dos postos com contrato por prazo determinado (FTP) necessários para realizar o programa de trabalho pretendido. Os aumentos do custo dos FTP são baseados em dados atuais e tendências previstas.

16. O custo dos FTP está sujeito aos seguintes fatores:

- (a) Aumentos regulamentares devido aos padrões normais de sucessão (variação no nível do pessoal ou incrementos salariais anuais; aumentos anuais concedidos em função de um desempenho satisfatório).
- (b) Aumentos regulamentares devidos aos custos mais elevados do seguro de saúde do pessoal, contribuições de aposentadoria, suplementos de custo de vida aprovados pela Comissão de Administração Pública Internacional das Nações Unidas (CAPI) e outros custos sobre os quais a Repartição não tem nenhum controle. Esses aumentos não consideram os aumentos de salários, que permaneceram praticamente congelados em termos reais nos últimos 12 a 15 anos.
- (c) Aumento ou redução inflacionária devidos ao impacto da taxa de câmbio, expressos pela conversão em dólares dos Estados Unidos dos salários em moedas locais, ou por reajustes para local de destino para os salários de pessoal de nível profissional.
- (d) Aumento ou redução inflacionária devidos à variação do número absoluto de FTP nos postos de serviço.

17. Uma análise realizada para os custos reais incorridos durante 2010 para os FTP financiados com o Orçamento Ordinário revelou que o orçamento para FTP está suborçado em 6,1%. No biênio de 2010–2011, serão necessários \$206.200.000. A Tabela 1 abaixo o valor orçado para os FTP do orçamento ordinário incluído no orçamento aprovado para 2010–2011 com a projeção atual para 2010–2011 baseada em custos reais para 2010.

Tabela 1. Comparação do orçamento aprovado para FTP em relação aos custos reais para 2010–2011

Orçamento Ordinário para FTP de 2010–2011	Custo real para FTP de 2010–2011*	Variação (%)
\$194.300.000	\$206.200.000	6,1%

* Calculado com dados da folha de pagamento de dezembro de 2010 e projetado até o fim do biênio de 2010–2011

18. Porém, é necessário um aumento adicional de 2% ao custo real dos FTP para os aumentos regulamentares esperados durante 2012–2013, levando o orçamento dos FTP para \$210,3 milhões. (Ver Tabela 2)

Tabela 2. Comparação dos custos reais dos FTP para 2010–2011 em relação aos custos estimados para 2012–2013

Custo Real dos FTP de 2010–2011	Custo estimado dos FTP 2012–2013	Variação (%)
\$206.200.000	\$210.300.000	2%

19. Nos últimos anos, a queda do valor do dólar dos Estados Unidos em todo o mundo tem sido o principal fator contribuinte para o aumento do custo dos FTP baseado no dólar. Este é válido para os postos gerais de serviço, particularmente nos países onde os salários são em moeda local e não em dólar dos Estados Unidos, e para postos de nível profissional, onde significativos aumentos compensatórios no reajuste por local de destino foram determinados pela CAPI para a maioria dos postos de serviço na Região.

20. No biênio de 2010–2011, em conformidade com a disciplina orçamentária, a Diretora da RSPA cortou mais 18 postos com contrato por prazo determinado (20 que foram suprimidos no âmbito regional e 2 novos cargos que foram criados no âmbito sub-regional), representando uma economia de \$4,9 milhões. Apesar deste esforço, o custo real dos FTP aumentou 6,1% (para \$206,2 milhões) como mencionado anteriormente. A Repartição está minuciosamente controlando e administrando a situação para assegurar que a implementação de programas seja equilibrada entre os componentes FTP e não FTP do orçamento, a fim de minimizar o impacto negativo sobre os resultados esperados do biênio atual. (Observação: dada as tendências atuais do dólar de Estados Unidos, é provável que os custos reais para 2012–2013 possam ser maiores que o estimado; como mencionado anteriormente, porém, os aumentos de custo adicional baseados na especulação dos futuros indicadores econômicos não são levados em consideração no valor do custo dos FTP).

21. A tendência continuada de desvalorização do dólar dos Estados Unidos, que tem desempenhado um papel importante nos aumentos excessivos de custo dos últimos biênios, continua contrapondo-se à maioria das moedas da América Latina e Caribe. Estima-se que o efeito total dos fatores inflacionários e

de desvalorização do dólar dos Estados Unidos no orçamento ordinário para não FTP da OPAS para o atual biênio seja de aproximadamente \$3,6 milhões, que está sendo absorvido no orçamento do biênio atual.

Cotas de contribuição

22. Ao determinar o nível do projeto de Orçamento Ordinário de 2012–2013, foram considerados três cenários de financiamento: Cenário A – recuperação total dos custos (aumento de 10,5% das cotas de contribuição); Cenário B – recuperação parcial dos custos (aumento de 6,7% das cotas de contribuição); e Cenário C – sem aumento das cotas de contribuição. Na 148ª sessão do Comitê Executivo, solicitou-se que fosse incluído um cenário adicional, um nível intermediário de cotas de contribuição entre os cenários B e C, mantendo-se o crescimento nominal de 0% no orçamento ordinário geral e com maior redução do custo dos FTP. Assim, a Repartição está apresentando um Cenário D com aumento de 4,3% das cotas de contribuição.

23. Os cenários A e B incluem um orçamento para FTP de \$210,3 milhões. Este valor inclui a redução de 18 FTP, representando uma redução de \$4,9 milhões no projeto orçamentário para FTP. Em ambos os cenários, o financiamento proposto de Receitas Diversas é estimado em \$15 milhões e a porção do AMRO continua sendo constante de \$80,7 milhões, como aprovado pela 64ª AMS.

24. Os cenários C e D incorporam um orçamento para FTP de \$209,4 milhões. Este valor inclui a redução de 21 FTP, representando uma redução de \$5,8 milhões do projeto orçamentário para FTP. Em ambos os cenários, o financiamento proposto de Receitas Diversas é estimado em \$12 milhões, com base na última projeção financeira disponível, e a porção do AMRO continua sendo constante em \$80,7 milhões, como aprovado pela 64ª AMS.

25. **Cenário A:** este cenário (recuperação total dos custos) considera um aumento de 10,5% das cotas de contribuição; todos os custos inflacionários e regulamentares tanto para os componentes FTP como não FTP seriam compensados, representando um orçamento geral de \$301,7 milhões.

**Tabela 3. Cenário A: recuperação total dos custos
(em milhares de dólares dos Estados Unidos)**

	2010–2011		2010–2011 ajustado		2012–2013		
	Orçamento para programas aprovado	Aumento de custo	Total	Aumento (%)	Aumento de custo	Total	Aumento (%)
FTP	194.300	11.900	206.200	6,1%	16.000	210.300	8,2%
Não FTP	92.800	3.600	96.400	3,9%	3.600	96.400	3,9%
Total	287.100	15.500	302.600	5,4%	19.600	306.700	6,8%
Redução de receitas diversas						(5.000)	
Projeto orçamentário de 2012–2013						301.700	

26. Com este nível de aumento das cotas de contribuição, o orçamento para não FTP (custo de atividades operacionais da Organização, incluindo pessoal contratado por qualquer mecanismo que não FTP) seria reduzido em 15,5% de modo geral em comparação ao biênio de 2010–2011.

Tabela 4. Projeto de Orçamento Ordinário de 2012–2013
Cenário A
(em milhares de dólares dos Estados Unidos)

	2010–2011 \$	Variação \$	2012–2013 \$	Porcentagem %
A ser financiado por:				
Cotas de contribuição	186.400	19.600	206.000	10,5%
Receitas diversas	20.000	(5.000)	15.000	-25,0%
OMS/AMRO (aprovado pela AMS)	80.700	-	80.700	0,0%
Total do orçamento ordinário	287.100	14.600	301.700	5,1%
Por tipo de custos principais:				
FTP				
Custos obrigatórios (regulamentar/inflacionário)	194.300	16.000	210.300	8,2%
Tributos por preenchimento de postos*	-	12.200	12.200	6,3%
FTP total	194.300	28.200	222.500	14,5%
Não FTP (incl. variável dos países)	87.800	(13.600)	74.200	-15,5%
Seguro saúde de aposentados	5.000	-	5.000	0,0%
Total do orçamento ordinário	287.100	14.600	301.700	5,1%
Total de outras fontes	355.851	(14.600)	341.251	-4,1
Orçamento total	642.951	-	642.951	0,0%

* Inclui mecanismo para taxar todos os postos financiados pela OPAS para financiar parcialmente PMIS como apresentado ao 50º Conselho Diretor no Documento CD50/7 e respaldado na Resolução CD50.R10.

27. **Cenário B** (recuperação parcial dos custos): este cenário considera um aumento de 6,7% nas cotas de contribuição. Os custos são recuperados somente para os FTP financiados pela OPAS; os custos inflacionários no orçamento para não FTP são absorvidos. Este cenário representa um orçamento geral de \$294,5 milhões.

Tabela 5. Cenário B: recuperação parcial dos custos
(em milhares de dólares dos Estados Unidos)

	2010–2011		2010–2011 ajustado		2012–2013		
	Orçamento para programas aprovado	Aumento de custo	Total	Aumento (%)	Aumento de custo	Total	Aumento (%)
FTP	194.300	8.300	202.600	4,3%	12.400	206.700	6,4%
Não FTP	92.800	3.600	96.400	3,9%	-	92.800	0,0%
Total	287.100	11.900	299.000	4,1%	12.400	299.500	4,3%

Redução de receitas diversas (5.000)

Projeto orçamentário de 2012–2013 294.500

28. Com este nível do aumento nas cotas de contribuição, o orçamento para não FTP (custo de atividades operacionais da Organização, incluindo pessoal contratado por qualquer tipo de mecanismo que não FTP) teria uma redução de 23,7% de modo geral em comparação ao biênio de 2010–2011.

Tabela 6. Projeto de Orçamento Ordinário de 2012–2013
Cenário B
(em milhares de dólares dos Estados Unidos)

	2010–2011	Variação	2012–2013	Porcentagem
	\$	\$	\$	%
A ser financiado por:				
Cotas de contribuição	186.400	12.400	198.800	6,7%
Receitas diversas	20.000	(5.000)	15.000	-25,0%
OMS/AMRO (aprovado pela AMS)	80.700	-	80.700	0,0%
Total do orçamento ordinário	287.100	7.400	294.500	2,6%
Por tipo de custos principais:				
FTP				
Custos obrigatórios (regulamentar/inflacionário)	194.300	16.000	210.300	8,2%
Tributos por preenchimento de postos*	-	12.200	12.200	6,3%
FTP total	194.300	28.200	222.500	14,5%
Não FTP (incl. variável dos países)	87.800	(20.800)	67.000	-23,7%
Seguro saúde de aposentados	5.000	-	5.000	0,0%
Total do orçamento ordinário	287.100	7.400	294.500	2,6%
Total de outras fontes	355.851	(7.400)	348.451	-2,1%
Orçamento total	642.951	-	642.951	0,0%

* Inclui mecanismo para taxar todos os postos financiados pela OPAS para financiar parcialmente PMIS como apresentado ao 50º Conselho Diretor no Documento CD50/7 e respaldado na Resolução CD50.R10.

29. **Cenário C:** este cenário não inclui nenhum aumento nas cotas de contribuição, nem compensação inflacionária nem regulamentar dos custos. O Cenário C inclui uma redução de 2,8% no que se refere ao Orçamento Ordinário geral de 2010–2011, de \$287,1 para \$279,1 milhões. Também inclui Receitas Diversas ajustadas estimadas em \$12 milhões, refletindo a última projeção financeira. Além disso, ele elimina mais 3 FTP, com uma redução total de 21 FTP, representando uma economia adicional de aproximadamente \$1 milhão no orçamento para FTP. Considerando os crescentes custos regulamentares e inflacionários, uma redução do Orçamento Ordinário geral implica em uma enorme dificuldade para a Organização nos seus esforços de captar o nível de recursos adicionais necessários para implementar seu Programa como originalmente proposto nos Cenário B. Por este motivo, propõe-se uma redução de \$26,2 milhões no orçamento de Outras Fontes no biênio de 2010–2011: de \$355,9 para \$329,7 milhões. Portanto, há também uma redução no projeto de orçamento geral de \$643 milhões em 2010–2011 para \$608,8 milhões. De acordo com o enfoque de RBM, esta redução requer uma redução correspondente no Programa, que significa que 19% das metas do Plano Estratégico não serão alcançadas até 2013, como indicado na Seção III.

Tabela 7. Cenário C: sem aumento das cotas de contribuição
(em milhares de dólares dos Estados Unidos)

	2010–2011		2010–2011 ajustado		2012–2013		
	Orçamento para programas aprovado	Aumento de custo	Total	Aumento (%)	Aumento de custo	Total	Aumento (%)
FTP	194.300	12.400	206.700	6,4%	-	194.300	0,0%
Não FTP	92.800	3.600	96.400	3,9%	-	92.800	0,0%
Total	287.100	16.000	303.100	5,6%	-	287.100	0,0%

Redução de receitas diversas (8.000)
Projeto orçamentário de 2012–2013 279.100

30. Se não houver aumento das cotas de contribuição, o orçamento para não FTP (custo de atividades operacionais, incluindo pessoal contratado por qualquer mecanismo que não FTP) seria reduzido em 40,2% de modo geral em comparação ao biênio de 2010–2011.

Tabela 8. Projeto de Orçamento Ordinário de 2012–2013
Cenário C
(em milhares de dólares dos Estados Unidos)

	2010–2011	Variação	2012–2013	Porcentagem
	\$	\$	\$	%
A ser financiado por:				
Cotas de contribuição	186.400	-	186.400	0,0%
Receitas diversas	20.000	(8.000)	12.000	-40,0%
OMS/AMRO (aprovado pela AMS)	80.700	-	80.700	0,0%
Total do orçamento ordinário	287.100	(8.000)	279.100	-2,8%
Por tipo de custos principais:				
FTP				
Custos obrigatórios (regulamentar/inflacionário)	194.300	15.100	209.400	7,8%
Tributos por preenchimento de postos*	-	12.200	12.200	6,3%
FTP total	194.300	27.300	221.600	14,1%
Não FTP (incl. variável dos países)	87.800	(35.300)	52.500	-40,2%
Seguro saúde de aposentados	5.000	-	5.000	0,0%
Total de outras fontes	355.851	(26.166)	329.685	-7,4%
Por tipo de custos principais:				
FTP	36.700	2.863	39.563	7,8%
Não FTP	319.151	(29.029)	290.122	-9,1%
Orçamento total	642,951	(34.166)	608,785	-5,3%

* Inclui mecanismo para taxar todos os postos financiados pela OPAS para financiar parcialmente PMIS como apresentado ao 50º Conselho Diretor no Documento CD50/7 e respaldado na Resolução CD50.R10.

31. **Cenário D:** este cenário inclui um crescimento nominal zero comparado com o Orçamento Ordinário geral de 2010–2011 de \$287 milhões, com um aumento de 4,3% das cotas de contribuição. Inclui Receitas Diversas ajustadas estimadas em \$12 milhões, refletindo a última projeção financeira. Também elimina mais 3 FTP, para uma redução total de 21 FTP, representando uma economia adicional de aproximadamente \$1 milhão no orçamento para FTP. Considerando os crescentes custos regulamentares e inflacionários, um aumento de 0% do Orçamento Ordinário geral implicaria em uma enorme dificuldade para a Organização nos seus esforços de captar o nível adequado de recursos adicionais necessários para implementar seu Programa como originalmente proposto no Cenário B. Por este motivo, propõe-se uma redução de \$16,2 milhões no orçamento de Outras Fontes em comparação ao biênio de 2010–2011: de \$355,9 para \$339,6 milhões. Portanto, reduz-se também o projeto de orçamento geral de \$643 milhões em 2010–2011 para \$626,7. De acordo com o enfoque de RBM, esta redução requer uma redução correspondente do Programa, que significa que aproximadamente 9% das metas do Plano Estratégico não serão atingidas até 2013. Uma outra análise será realizada para determinar que metas dos indicadores dos RER incluídas na Seção III não serão alcançadas neste cenário.

32. Com este nível de aumento nas cotas de contribuição, o orçamento para não FTP (custo de atividades operacionais, incluindo pessoal contratado por qualquer mecanismo que não FTP) seria reduzido em 31,1% de modo geral em comparação ao biênio de 2010–2011.

Tabela 9. Projeto de Orçamento Ordinário para 2012–2013
Cenário D: Crescimento nominal zero no orçamento ordinário
(em milhares de dólares dos Estados Unidos)

	2010–2011	Variação	2012–2013	Porcentagem
	\$	\$	\$	%
A ser financiado por:				
Cotas de contribuição	186.400	8.000	194.400	4,3%
Receitas diversas	20.000	(8.000)	12.000	-40,0%
OMS/AMRO (aprovado pela AMS)	80.700	-	80.700	0,0%
Total do orçamento ordinário	287.100	-	287.100	0,0%
Por tipo de custos principais:				
FTP				
Custos obrigatórios (regulamentar/inflacionário)	194.300	15.100	209.400	7,8%
Tributos por preenchimento de postos*	-	12.200	12.200	6,3%
FTP total	194.300	27.300	221.600	14,1%
Não FTP (incl. variável do país)	87.800	(27.300)	60.500	-31,1%
Seguro saúde de aposentados	5.000	-	5.000	0,0%
Total de outras fontes	355.851	(16.226)	339.625	-4,5%
Por tipo de custos principais:				
FTP	36.700	2.863	39.563	7,8%
Não FTP	319.151	(19.089)	300.062	-6,0%
Orçamento total	642,951	(16.226)	626,725	-2,5%

- * Inclui mecanismo para taxar todos os postos financiados pela OPAS para financiar parcialmente PMIS como apresentado ao 50º Conselho Diretor no Documento CD50/7 e respaldado na Resolução CD50.R10.

Ilustração do efeito líquido das cotas de contribuição propostas e alocação do orçamento ordinário por país

33. Esta seção ilustra o impacto específico por país das cotas de contribuição propostas, em comparação com a alocação do orçamento ordinário aos países devido ao aumento do orçamento ordinário geral. Os percentuais de alocação dos limites máximos do orçamento Ordinário para 2012–2013 não seriam essencialmente alterados em comparação aos de 2010–2011.

34. Os Anexos 1 a 4 apresentam três tabelas mostrando esta comparação em termos dos três cenários diferentes: o Anexo 1 mostra o Cenário A com um aumento de 10,5% das cotas de contribuição; o Anexo 2 mostra o Cenário B com um aumento de 6,7% das cotas de contribuição; o Anexo 3 mostra o Cenário C sem aumento das cotas de contribuição, e o Anexo 4 mostra o Cenário D com um aumento de 4,3% nas cotas de contribuição.

III. IMPACTO NEGATIVO ESPERADO NO PROGRAMA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA DA OPAS NO CENÁRIO C

35. A seção a seguir apresenta uma análise do impacto programático negativo esperado do Objetivo Estratégico (OE) no pior cenário possível (Cenário C) (aumento de 0% de cotas de contribuição). A análise inclui uma lista das metas dos indicadores para os Resultados Esperados a Nível Regional (RER) que seriam as mais afetadas (ver Tabela 9). Segundo a análise, cerca de 19% (48 de 256) das metas dos indicadores dos RER seriam afetadas. Os OEs 15 e 16 seriam os mais afetados, pois as funções facilitadoras cobertas nestes OEs são financiadas principalmente pelo Orçamento Ordinário. Do programa básico de cooperação técnica, as metas dos indicadores dos RER dos OEs 1, 2, 4 e 11 seriam as mais afetadas.

36. As seguintes considerações e suposições foram feitas na elaboração desta análise:

- (a) Não haverá redução adicional dos postos com contrato por prazo determinado além dos 18 postos já indicados no projeto orçamentário de 2012–2013. Este é um ponto fundamental para atender os compromissos e prioridades estabelecidos no Plano Estratégico da OPAS de 2008–2012. A manutenção dos postos existentes com contrato por prazo determinado pode ser um desafio, dado o custo crescente da cooperação técnica e a necessidade de ter fundos flexíveis suficientes do orçamento ordinário para atender às necessidades dos Estados Membros.
- (b) O resultado dos esforços de captação de recursos da OPAS continuará sendo relativamente semelhante ao de 2010–2011, exceto pelos tópicos/RER identificados em cada OE a seguir.
- (c) Prevê-se que o financiamento da OMS de outras fontes deve permanecer no mesmo nível dos biênios anteriores. Dada a situação financeira da OMS, porém, os recursos alocados ao AMRO poderiam ser reduzidos. Como esses fundos são alocados no curso do biênio, o nível de financiamento só será avaliado durante a execução do projeto orçamentário de 2012–2013.
- (d) Embora o âmbito regional seria o mais afetado no Cenário C, reduções orçamentárias ao nível de país e no âmbito sub-regional comprometeriam o alcance dos indicadores dos RER, em particular os indicadores do tipo “número de países”.
- (e) Outros fatores externos, como a atual desvalorização do dólar dos Estados Unidos, não terão uma repercussão maior nas tendências atuais.

37. Convém observar que, embora os níveis de toda a Organização sejam afetados por um corte orçamentário, no Cenário C, o âmbito regional disporia de recursos insuficientes para dar apoio as operações básicas. O impacto nos OEs variaria, dependendo do quanto cada um depende dos fundos do orçamento ordinário em comparação aos fundos de outras fontes. Para estes OEs que dependem em grande medida do financiamento do orçamento ordinário, a viabilidade de várias iniciativas de cooperação técnica seria comprometida. A situação ainda mais pode ser exacerbada se os fundos de outras fontes também diminuíssem. Para propósitos desta análise, assumiu-se que os fundos de outras fontes permaneciam relativamente estáveis como indicado anteriormente.

38. No caso de fundos insuficientes para cobrir os compromissos apresentados no Programa e Orçamento para 2012–2013, as prioridades precisarão ser revistas para se determinar quais atividades serão suspensas e os fundos serão redistribuídos de acordo. Este exercício terá de considerar o progresso feito pelos países, sua capacidade interna e o apoio prestado por outros parceiros.

Objetivo estratégico 1: Reduzir o ônus social, econômico e de saúde das doenças transmissíveis.

39. Este OE foi financiado principalmente com fundos de outras fontes (mais de 60%). Porém, os fundos ordinários são fundamentais para desempenhar as funções básicas. O nível de destinação e/ou a complementaridade dos fundos ordinários operacionais (não FTP) varia significativamente dependendo do tópico e programa.

40. Os fundos ordinários são usados para manter os indicadores (com monitoramento e participação em atividades regionais) e sanar as lacunas de cooperação técnica não cobertas com as contribuições voluntárias. Portanto, uma redução de tais fundos implicaria em redução da cooperação técnica aos países não prioritários. Como a maioria das contribuições voluntárias é destinada, e em alguns casos inclui restrições para o uso dos fundos nos países, a flexibilidade dos fundos ordinários operacionais ajuda a amenizar esta situação.

41. Também se deve enfatizar que, devido aos recursos ordinários operacionais, a Organização pode prestar cooperação técnica imediata nas emergências, como as que surgem nos surtos epidêmicos.

42. No cenário C em particular, as atividades de cooperação técnica nas seguintes áreas estarão comprometidas:

- (a) sistemas de vigilância e intervenções para combater a resistência aos antimicrobianos, inclusive infecções em serviços de saúde, e a notificação dos dados sobre o monitoramento da imunização;
- (b) pesquisa operacional com base nas prioridades de pesquisa relacionadas com as doenças transmissíveis;
- (c) comprovação da RSPA de eventos de saúde pública do interesse internacional no prazo recomendado do Regulamento Sanitário Internacional e
- (d) resposta da RSPA às solicitações dos Estados Membros durante emergências ou epidemias, em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional.

Objetivo estratégico 2: Combater a infecção pelo HIV/aids, tuberculose e malária

43. Este OE obteve financiamento substancial de outras fontes (quase 75%). Porém, os fundos de outras fontes para este objetivo têm sido reduzido nos últimos anos. Isto significa que qualquer corte no orçamento ordinário comprometeria ainda mais os esforços para combater a infecção pelo HIV/aids, tuberculose e malária.

44. Este OE é de alta prioridade, uma vez que está relacionado com o alcance do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) 6. Há grandes desafios para a redução da prevalência da tuberculose, HIV e malária. A redução dos recursos financeiros e humanos comprometerá a cooperação técnica direcionada a obter uma resposta sustentável, fortalecer o setor da saúde e garantir a disponibilidade e o uso apropriado de medicamentos de alta qualidade e diagnóstico destas doenças. No cenário C, em particular, o seguinte será afetado:

- (a) A cooperação técnica aos países para atividades de prevenção e tratamento diminuiria. Os esforços se concentrariam em manter os progressos. Deve-se assinalar que as recomendações de tratamento da infecção pelo HIV mudaram em 2010, incluindo novos critérios para iniciar tratamento a uma contagem maior de CD4 (350, um aumento significativo em relação ao nível

anterior de 200). Esta mudança suscita desafios ainda maiores para alcançar a meta de cobertura com tratamento antirretroviral de 80%.

- (b) O apoio aos países para a elaboração de políticas e planos para prevenção, apoio e tratamento da infecção pelo HIV/aids, tuberculose e malária seria afetado pela redução dos recursos humanos e financeiros.
- (c) O apoio aos países para ter acesso a medicamentos de qualidade seria seriamente afetado. Além disso, o impacto ao controle de qualidade do sangue doado seria considerável. Os fundos serão insuficientes para manter o programa regional de controle externo, e ele terá de ser suspenso. Os países não terão um componente de avaliação do desempenho externo, comprometendo assim o cumprimento da garantia de qualidade necessária para a triagem do sangue.
- (d) Em relação à vigilância epidemiológica, uma redução do orçamento implicaria em alguns casos em um retrocesso do progresso feito até 2011.
- (e) Uma redução dos recursos implicaria em um retrocesso do um progresso registrado em biênios anteriores em termos de mecanismos de coordenação funcional para as três doenças no âmbito nacional.
- (f) Os recursos para elaborar e promover mais conhecimento, ferramentas e intervenções não estariam disponíveis para enfrentar os desafios das três doenças.

Objetivo estratégico 3: Prevenir e reduzir a morbidade, incapacidade e morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e acidentes

45. O financiamento para este OE depende de uma parcela substancial dos fundos ordinários (quase 60%). Além disso, a maior parte das contribuições voluntárias está diretamente vinculada às prioridades dos doadores e, em alguns casos, há restrições para o uso destes fundos em alguns países. Os fundos ordinários operacionais são mais flexíveis e permitem cobrir esta lacuna.

46. No cenário C, em particular, a cooperação técnica nas seguintes áreas ficará comprometida:

- (a) Implementação dos mecanismos de desenvolvimento institucional, incluindo recursos humanos e financeiros, treinamento adequado e parcerias intersetoriais para tratar doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de comportamento, violência, lesões causadas por acidentes de trânsito e incapacidades.
- (b) Formulação das políticas, estratégias e regulamentações para as doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de comportamento, violência e incapacidades.
- (c) Sistemas de informação com os indicadores para doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de comportamento, violência e incapacidades. O desenvolvimento de estudos de eficácia em relação ao custo sobre estes tópicos também seria afetado.
- (d) Desenvolvimento e implementação de programas multissetoriais para promoção da saúde mental, doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades.
- (e) Integração de programas para doenças crônicas não transmissíveis nos serviços de saúde dentro da estrutura de atenção primária à saúde.

Objetivo estratégico 4: Reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde nas etapas fundamentais da vida, incluindo gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, e melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos

47. Aproximadamente 50% do financiamento para este OE vêm dos fundos ordinários. O progresso lento em direção ao alcance do ODM 4 (redução da mortalidade infantil) e ODM 5 (redução da mortalidade materna) e o progresso desigual entre os países e dentro de cada país são questões

preocupantes. O impacto de uma redução orçamentária para estes ODMs e seus indicadores será sério, principalmente nas populações mais pobres, vulneráveis, marginalizadas e nos povos indígenas. Uma redução dos recursos financeiros e humanos colocará em risco a cooperação técnica para o fortalecimento da resposta dos sistemas de saúde para enfrentar os desafios destes ODMs. No cenário C, em particular, a cooperação técnica ficará comprometida nas seguintes áreas:

- (a) Formulação das políticas, planos e promoção de causa em todo o ciclo de vida e atividades para criar parcerias estratégicas. Em alguns casos, o desenvolvimento das normas e padrões também seria limitado.
- (b) Estratégias e planos regionais para saúde neonatal, conduta integrada da saúde da criança, saúde do adolescente e do jovem, prevenção de desnutrição crônica e envelhecimento saudável seriam executadas somente em poucos países.
- (c) Os recursos só conseguiriam dar apoio a metade dos países da Região nos seus esforços para alcançar o ODM 4 (redução da mortalidade infantil) até 2015.
- (d) A cooperação técnica aos países para atenção à saúde infantil e neonatal seria afetada precisamente em um ponto crítico para acelerar a redução da mortalidade infantil, mortalidade neonatal e mortalidade em crianças menores de 5 anos, de acordo com o compromisso de alcançar o ODM 4 até 2015. Programas de perinatalogia também seriam bastante comprometidos, pois poderiam sofrer retrocessos no progresso feito.
- (e) A implementação dos planos nacionais neonatais, responsáveis por redução de 60% da mortalidade infantil, estaria comprometida; e as atividades clínicas e da comunidade da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) (em atenção primária à saúde), incluindo atividades com universidades, também seriam seriamente afetadas. Prevê-se que a cooperação técnica para a implementação do novo Padrão de Crescimento Infantil da OMS também ficaria seriamente limitada.
- (f) O apoio aos planos para promover o acesso universal à saúde reprodutiva na população jovem seria limitado, assim como os planos para prevenção da gravidez, que são fundamentais para alcançar o ODM 5.
- (g) Programas para o envelhecimento saudável, recentemente iniciados na maioria dos países, seriam afetados, e as metas para 2013 não seriam alcançadas.

Objetivo estratégico 5: Reduzir as consequências para a saúde de emergências, desastres, crises e conflitos e minimizar seu impacto socioeconômico

48. Este OE depende muito das contribuições voluntárias e recebe uma porcentagem muito pequena dos fundos de orçamento ordinário (10% a 20%). A alocação dos fundos básicos de orçamento ordinário é essencial para cobrir os gastos administrativos, principalmente captação de recursos para prontidão e resposta e despesas operacionais, que não são permitidos nos acordos de contribuições voluntárias. Qualquer redução desta pequena alocação colocará em risco a captação efetiva de outros recursos para este OE, que por sua vez comprometerá o progresso dos indicadores dos RER, pois eles operam principalmente através de contribuições voluntárias.

49. Em resumo, a pequena alocação do orçamento ordinário é necessária para permitir que o OE5 continue em operação, tanto em prontidão para desastres como nas operações de resposta.

Objetivo estratégico 6: Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir os fatores de risco, como fumo, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, alimentação pouco saudável, sedentarismo e sexo sem proteção que afetam as condições de saúde

50. A composição orçamento de 2010–2011 aprovado para o OE6 é de 48% do orçamento ordinário e 52% de outras fontes. Como muitas das atividades de cooperação técnica são financiadas pelos fundos de orçamento ordinário para não FTP, o impacto negativo neste OE será considerável nas seguintes áreas:

- (a) Uma diminuição nos fundos afetará a capacitação e limitará o projeto e apoio para implementação de políticas, estratégias, planos e programas locais e nacionais para promoção da saúde. Menos países poderão estabelecer as redes de escolas saudáveis.
- (b) Haverá um impacto negativo no número de países que fortalecem os seus sistemas nacionais de vigilância dos principais fatores de risco, inclusive a Pesquisa Global de Saúde Escolar.
- (c) Para continuar a combater a epidemia de tabagismo, os países precisam adotar e executar legislação nacional de acordo com as diretrizes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (CMLAT). Embora o objetivo de 2013 de implementar a legislação de proibição total do fumo já tenha sido alcançado, uma redução do orçamento dificultará prestar apoio adicional aos países à medida que eles avançam com a implementação dos requisitos da CMLAT. A redução orçamentária também afetará o apoio aos esforços dos países de proibir a publicidade do tabaco e promover, patrocinar e publicar as regulamentações com respeito à embalagem dos produtos do fumo. Este apoio é crítico, pois a indústria do tabaco tem redobrado seus esforços para interferir neste processo. Uma diminuição na cooperação técnica nesta área colocará em maior risco a possibilidade de que os países possam enfrentar com êxito esta poderosa indústria. Também dificultará a adesão às diretrizes da Resolução CD50.R6 adotada em setembro de 2010. A vigilância do tabaco continuará, pois seu financiamento vem de outras fontes.
- (d) A redução dos fundos se traduzirá em dificuldades para elaborar documentos regionais e cooperação técnica eficaz relacionada ao uso do álcool, drogas e outras substâncias psicoativas.
- (e) Os Estados Membros receberão cooperação técnica menos direta, que afetará o número de políticas nacionais implantadas para promover uma dieta saudável e atividade física e o número de países com espaços para pedestres e ciclovias e programas de promoção de atividade física nas suas grandes cidades.
- (f) A RSPA não poderá satisfazer as demandas dos países de apoiar os programas que promovam a assistência à saúde sexual. Isso é de importância fundamental porque é um dos pilares para reduzir a morbidade e mortalidade associada com a atividade sexual sem proteção.

Objetivo estratégico 7: Abordar os determinantes socioeconômicos básicos da saúde por meio de políticas e programas que melhoram a equidade na saúde e integram enfoques baseados nos direitos humanos que favoreçam as populações pobres e sejam sensíveis ao gênero

51. A composição do orçamento de 2010–2011 aprovado para o OE7 é de 38,5% do orçamento ordinário e 61,5% de outras fontes. O impacto esperado nos diferentes tópicos no cenário C para este OE é apresentado a seguir. Deve-se observar, porém, que se houve uma redução significativa nas contribuições voluntárias, o progresso dos indicadores de RER neste OE poderia ser ainda mais comprometido.

52. Uma redução do financiamento limitará a capacidade da OPAS de apoiar a implementação dos planos de ação definidos pelos países; também reduzirá o seguimento das recomendações da Comissão

sobre os Determinantes Sociais da Saúde e das recomendações que venham a surgir da Conferência do Rio a ser realizada em outubro de 2011. Os países estão também se mobilizando em relação aos determinantes sociais de saúde e estão propensos a documentar suas experiências para reunir as boas práticas da Região. Uma redução do financiamento limitará a capacidade dos países de dividir esta informação uns com os outros como uma maneira de contemplar “como” abordar os determinantes de saúde e desigualdades.

53. Com respeito ao apoio de intervenções intersetoriais nas comunidades mais vulneráveis para abordar os ODMs, o financiamento reduzido limitará o apoio prestado aos países para implementar tais intervenções e as iniciativas relacionadas, como a iniciativa “Rostos, Vozes e Lugares”.

54. A produção de relatórios para permitir aos responsáveis pelas decisões compreender como os fatores socioeconômicos interagem para determinar a situação da saúde nos próprios países com focos intrasetorial e intersetorial é essencial para elaborar estratégias de bom custo-benefício. O progresso nessas áreas seria seriamente afetado pela redução das ações planejadas para fortalecer a capacidade dos países de medir, monitorar e analisar as desigualdades em saúde e seus determinantes.

55. Em termos gerais, uma redução dos fundos do orçamento ordinário prejudicará a capacidade da Repartição de manter e ampliar atividades relacionadas com integração de gênero e direitos humanos nos países e no âmbito regional. Embora se preveja que os países continuem implementando planos para promover o gênero no setor da saúde, haverá redução do número de ferramentas e documentos de orientação desenvolvidos ou atualizados pela RSPA para incluir a igualdade de gênero em análises, programação, monitoramento ou pesquisa de saúde. Além disso, os cortes orçamentários levarão a uma redução do número de entidades da RSPA que incluem uma perspectiva de gênero em sua análise da situação, planos ou mecanismos de monitoramento.

Objetivo estratégico 8: Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas em todos os setores a fim de abordar as causas fundamentais das ameaças ambientais à saúde

56. A composição do orçamento de 2010–2011 aprovado para o OE8 é de 54% de fundos do orçamento ordinário e 46% de fundos de outras fontes. O impacto esperado nos diferentes tópicos abrangidos neste OE é o seguinte:

- (a) Haverá queda do número de avaliações ambientais do ônus da doença realizadas, assim como o número de países que implementam as diretrizes da OMS para saúde ocupacional e água potável. O apoio aos esforços dos países para implementar planos de segurança da água será limitado, o qual desacelerará o progresso para melhoria da cobertura e acesso à água potável e saneamento.
- (b) Uma redução do orçamento ordinário afetará diretamente a cooperação técnica aos países em políticas e programas de saúde do trabalhador (vigilância, treinamento, implementação de medidas preventivas). Uma redução também afetaria os programas dirigidos aos trabalhadores de áreas de alto risco, como o setor da saúde, mineração e agricultura, e do setor informal.
- (c) A RSPA terá de reduzir o número de fóruns de alto nível em saúde e ambiente apoiados pela Organização para os responsáveis pelas políticas e interessados diretos regionais.
- (d) Embora os estudos sobre o impacto da mudança climática à saúde pública continuarão a ser publicados, a RSPA não poderá apoiar, em todos os países pretendidos, a implementação de planos para permitir ao setor da saúde responder aos efeitos da mudança climática na saúde.

Objetivo estratégico 9: Melhorar a nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar ao longo do ciclo de vida e em apoio à saúde pública e desenvolvimento sustentável

57. Este Objetivo Estratégico é financiado em grande medida com fundos ordinários (quase 60% deste orçamento), o que significa que ficaria seriamente comprometido por um corte de financiamento. As áreas que seriam mais afetadas são as seguintes:

- (a) Os cortes orçamentários afetariam a implementação da Estratégia e Plano Regional de Ação para Nutrição na Saúde e Desenvolvimento 2006–2015, da Estratégia e Plano da Ação para Redução da Desnutrição Crônica e das atividades promovidas pela Aliança Pan-americana para Nutrição e Desenvolvimento. Além disso, serão afetadas as atividades programadas para elaborar políticas intersectoriais e fortalecer a capacidade do setor da saúde de propor ações para abordar os determinantes sociais da saúde e monitorar e avaliar o impacto das intervenções.
- (b) Os cortes no orçamento ordinário afetariam a implementação do Plano Regional de Inocuidade dos Alimentos e Segurança Alimentar. A geração de informação sobre os seguintes tópicos ficaria consideravelmente reduzida: (i) caracterização de contaminantes alimentares químicos e biológicos e doenças transmitidas pela água e alimentos (ii) determinação de seu ônus e impacto direto para a saúde e seu impacto indireto para o comércio, turismo e economia como um todo. Também ficaria limitada a ampliação da plataforma de webinar/videocast para o ensino à distância para os laboratórios membros de programas e redes regionais e globais de vigilância para prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos. O uso desta plataforma eficiente e econômica também seria limitado para outras atividades de formação em avaliação de riscos, gestão de risco e comunicação de risco conduzidas em casos de contaminação de alimentos e doenças zoonóticas emergentes e reemergentes e sua relação com a aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), 2005.
- (c) A elaboração de programas com base científica de prevenção e controle também ficaria seriamente limitada. Também seria afetada a transferência de experiências de êxito em atenção primária na inocuidade dos alimentos, como a implementação dos cinco pontos principais da OMS para alimentos mais aptos para o consumo em escolas, cozinhas comunitárias e a estratégia de mercados saudáveis.
- (d) Seria desacelerado o ritmo da cooperação nas atividades para harmonizar a legislação nos moldes do Codex Alimentarius e o treinamento nos sistemas modernos de inspeção, tendo um efeito negativo na inocuidade dos alimentos em nível regional e no comércio de alimentos nos mercados sub-regionais e globais. Isto implica que parte do progresso alcançado em 2010–2011 seria perdido no biênio de 2012–2013.

Objetivo estratégico 10: Melhorar a organização, gestão e prestação de serviços de saúde

58. A composição do orçamento de 2010–2011 para o OE10 é de aproximadamente 30% do orçamento ordinário e 70% de outras fontes. Prevê-se o seguinte impacto no cenário C:

- (a) A capacidade do âmbito regional de guiar a Renovação da Atenção Primária à Saúde (APS) e as Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde ficará comprometida. No entanto, é provável que os países continuem progredindo em direção aos sistemas e redes integradas baseadas em APS porque foi alcançado ímpeto suficiente até agora e há compromisso político geral com a APS e integração em toda a Região.
- (b) Em relação ao fortalecimento das Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP), a elaboração e a aplicação da metodologia e do instrumento de avaliação de desempenho vêm se beneficiando extraordinariamente da colaboração multidisciplinar, multinacional, multilateral possibilitada mediante a coordenação regional das atividades de FESP. Até o momento, essas atividades têm

sido financiadas quase inteiramente por contribuições voluntárias, mas este financiamento para apoiar as avaliações e o fortalecimento das FESP será reduzido de maneira significativa a partir de outubro de 2011. Neste contexto, no cenário C, o apoio regional às atividades de FESP provavelmente será suspenso. É provável que os países continuem realizando a avaliação das FESP e atividades de fortalecimento com recursos próprios porque foi desenvolvida capacidade produtiva no âmbito nacional e porque os países assumiram responsabilidade pelos conceitos e metodologia das FESP. A coordenação regional e a partilha das experiências e lições aprendidas, por outro lado, deixará de acontecer.

- (c) A cooperação técnica da RSPA aos Estados Membros para a implementação da Metodologia de Gerenciamento Produtivo em Serviços de Saúde e suas respectivas ferramentas ficará comprometida, e as atividades regionais terão de ser suspensas. Trata-se de uma iniciativa regional e os países também não conseguir progredir neste tópico sem liderança e apoio regionais.
- (d) Em relação à cooperação técnica para fortalecer os programas para melhoria da qualidade da atenção e segurança dos pacientes, os cortes do orçamento resultarão em redução da capacidade em âmbito regional de apoiar os processos relacionados a este tópico.

Objetivo estratégico 11: Fortalecer a liderança, governança e base de dados dos sistemas de saúde

59. A composição do orçamento de 2010–2011 para o OE11 é de 38% do orçamento ordinário e de 62% de outras fontes. Prevê-se o seguinte impacto no cenário C:

- (a) Em relação ao apoio da OPAS à análise e regulamentação de políticas, a capacidade do âmbito regional de prestar cooperação técnica ficará muito limitada, a menos que seja captado financiamento adicional de outras fontes. Embora a formulação de políticas e legislação seja, essencialmente, responsabilidade dos países, a OPAS presta importante apoio a este processo. Prevê-se que um corte significativo dos fundos ordinários afetará a qualidade dos planos, políticas e estruturas normativas. Os cortes orçamentários são particularmente preocupantes nesta conjuntura, uma vez que o tópico Planos e Estratégias Nacionais de Saúde está ganhando ímpeto no âmbito global, com firme apoio da OMS.
- (b) Em relação aos Dados Básicos de Saúde Regionais e Perfis de Saúde dos Países, apoio limitado será prestado para o desenvolvimento de dados básicos nacionais e subnacionais nos países, elaboração e atualização das análises da situação sanitária dos países e monitoramento dos ODMs relacionados com a saúde. A cooperação técnica para fortalecer os dados estatísticos nacionais de saúde terá um impacto substancial, afetando assim os resultados do Plano de Ação Regional para Fortalecer as Estatísticas Vitais e de Saúde. Além disso, o papel da OPAS como o secretariado para a Rede da América Latina e Caribe para os Sistemas de Informação Sanitária poderia ser comprometido, deixando a organização em desvantagem em relação aos esforços de colaboração interinstitucionais.
- (c) A capacidade de implantar a Política da OPAS para Pesquisa em Saúde e a Estratégia da OMS de Pesquisa em Saúde seria limitada. Um corte orçamentário resultaria na perda de apoio regional para coordenação, formação de redes, monitoramento e avaliação. Também comprometerá a operação de parcerias e acordos eficazes e contínuos e limitará iniciativas que apoiam a promoção de agendas de pesquisa que respondem às necessidades dos países, funções essenciais da saúde pública que dependem de pesquisa, identificação e consideração de lacunas críticas de conhecimento, recursos humanos para pesquisa em saúde, normas e boas práticas para pesquisa e transferência de conhecimento. O apoio ao Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde da OPAS também seria reduzido.

- (d) Não será possível manter a Plataforma Regional de Informação em Saúde e o Observatório Regional de Saúde. Esta situação afetaria a acessibilidade e disponibilidade dos dados regionais de saúde para análise e tomada de decisão.
- (e) O papel da OPAS como agente intermediário das informações de saúde pública com base científica e conhecimento será afetado. Os controles de qualidade de publicações podem ficar comprometidos, desestimulando assim a produção científica da Organização, inclusive a produção da *Revista Pan-Americana de Saúde Pública*. É possível que a OPAS não consiga manter serviços de colaboração virtual, que afetariam a provisão de cooperação técnica e aumentariam os custos da organização relacionados com viagem a trabalho e reuniões presenciais. O registro, classificação e preservação da memória institucional, tanto documentação como audiovisual (a OPAS tem um dos acervos audiovisuais mais completos da história da saúde pública), também serão comprometidos. Por fim, a imagem institucional da OPAS poderia ficar fragilizada devido à falta de recursos para ações de comunicação, que são amplamente reconhecidas como prioritárias para as situações de emergência ou desastres.

Objetivo estratégico 12: Fortalecer a liderança, governança e base de dados dos sistemas de saúde

60. A composição do orçamento de 2010–2011 para o OE12 é de aproximadamente 20% do orçamento ordinário e 80% de outras fontes. Prevê-se o seguinte impacto no cenário C:

- (a) O trabalho com medicamentos e tecnologias em saúde será seriamente afetado em termos do cumprimento das metas do Plano Estratégico para 2013. Em particular, a cooperação técnica para garantir acesso equitativo a produtos médicos e tecnologias em saúde, pois esta é uma área básica do trabalho financiado pelo orçamento ordinário.
- (b) Embora a formulação das políticas seja, essencialmente, responsabilidade dos países e os países ainda podem alcançar as metas por conta própria (ou com financiamento próprio ou de outras fontes), a OPAS desempenha um papel importante de apoio neste processo. Prevê-se que uma redução significativa dos fundos ordinários afetará a qualidade das políticas relacionadas com os produtos farmacêuticos, sangue e tecnologias em saúde. Particularmente na área do sangue, que recebe considerável financiamento do orçamento ordinário, o apoio no âmbito regional seria seriamente reduzido a um ponto em que poderá ser suspenso. As ferramentas para avaliar o acesso às tecnologias em saúde também são criadas no âmbito regional e um corte no orçamento ordinário significará que esta coordenação e liderança será perdida.
- (c) O trabalho relacionado com o Fundo Estratégico da OPAS de Provisões Essenciais de Saúde Pública recebe considerável financiamento do orçamento ordinário. Uma redução nestes fundos comprometeria o cumprimento das metas, que é fundamental em um momento em que o interesse dos países em participar do Fundo Estratégico vem aumentando.
- (d) O trabalho relacionado com a promoção do uso racional de medicamentos, sangue, serviços radiológicos e tecnologias em saúde também será afetado, a menos que recursos adicionais sejam captados. O impacto será particularmente sério no trabalho na radiologia e seleção de medicamentos.

SO 13: Assegurar uma força de trabalho de saúde disponível, competente, flexível e produtiva para melhorar os resultados sanitários

61. A composição do orçamento de 2010–2011 para o OE13 é de aproximadamente 45% do orçamento ordinário. O impacto esperado nos diferentes tópicos abrangidos neste OE é o seguinte:

- (a) A redução do financiamento prejudicará a qualidade dos modelos de política para recursos humanos em saúde (RHS) e o tempo requerido para a sua elaboração, em particular nos países prioritários, no Caribe e países com capacidade institucional limitada em RHS. Embora o desenvolvimento de planos e políticas de RHS é, essencialmente, responsabilidade dos países, a OPAS desempenha um papel importante de apoio nesta área. Ela também tem se dedicado muito a apoiar os Estados Membros na formulação de uma política de carreira para os profissionais de saúde e ao introduzir os ajustes requeridos pelas comissões e parlamentos especiais.
- (b) A OPAS também desempenha um forte papel de liderança no desenvolvimento de alianças de cooperação técnica entre países (CTP) e amplas alianças regionais para atingir as metas regionais para RHS. Os cortes orçamentários levarão a uma suspensão deste papel, deixando os países com recursos debilitados para executar os processos de cooperação horizontal.
- (c) Haverá também um efeito sobre os esforços de estabelecer um conjunto de indicadores básicos e sistemas de informação para RHS. Especificamente, a OPAS está delineando novamente a iniciativa regional do Observatório de RHS. O desenvolvimento desta rede regional será afetado com uma redução do orçamento ordinário.
- (d) A capacidade da OPAS de desempenhar um papel catalítico na reorientação da educação em ciência da saúde com foco na atenção primária à saúde (APS) ficará comprometida em um momento em que a renovação da APS está ganhando ímpeto na Região. De modo semelhante, com redução significativa do financiamento, os esforços de ampliação do Campus Virtual de Saúde Pública (VCPH) — uma estratégia essencial para cooperação técnica — para o Caribe e América Central serão suspensos. A infraestrutura dos Líderes no Programa de Saúde Internacional também ficará comprometida, e o programa muito provavelmente será suspenso.
- (e) O apoio de nível regional para análise e monitoramento da dinâmica de migração de profissionais de saúde terá de ser diminuído. Isto afetará especialmente os países onde a cooperação da OPAS tem um papel significativo, como os países prioritários e pequenas ilhas do Caribe (os que sofrem um impacto maior com a migração de profissionais de saúde). A OPAS também desempenha um importante papel de apoio em relação aos acordos bilaterais e multilaterais que abordam a migração de profissionais de saúde, em particular a implementação ativa pelos Estados Membros do Código de Conduta Global da OMS para o recrutamento internacional dos profissionais de saúde.

Objetivo estratégico 14: Estender a proteção social mediante financiamento justo, adequado e sustentável

62. Sessenta por cento do financiamento para este Objetivo Estratégico vem do orçamento ordinário (dos quais 80% é de âmbito nacional). Isto torna este OE particularmente vulnerável ao corte orçamentário previsto no cenário. O apoio regional aos seguintes tópicos terá de sofrer uma redução significativa ou ser suspenso:

- (a) Trabalho em políticas sobre esquemas de financiamento para redução ou eliminação do risco financeiro associado a doenças e acidentes, estudos para avaliar a capacidade doméstica de cobrir as despesas com a saúde, harmonização das Contas da Saúde/Contas Nacionais da Saúde e estudos sobre gasto e financiamento dos sistemas de saúde pública ou seguro social de saúde.
- (b) A OPAS desempenha um papel central na produção de estudos sobre financiamento da saúde, que são financiados principalmente através do orçamento ordinário e dependem em grande medida do âmbito regional. Como tal, no cenário C, é muito provável que o apoio regional tenha de ser suspenso. Esses estudos geram constatação crucial para apoiar a formulação de políticas públicas para financiamento e cobertura universal. Sem informação atualizada e relevante, a qualidade dessas políticas e processos será afetada. Isso é particularmente preocupante dada a

prioridade que o tópico do financiamento vem recebendo no âmbito global com World Health Report 2010 — Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal.

- (c) A capacidade da Organização de prestar apoio aos países na extensão da proteção social na saúde também seria afetada. O âmbito regional vem desempenhando um papel importante na documentação das lições aprendidas e práticas adequadas em proteção social em saúde (SPH), fornecendo aos países ferramentas para analisar e identificar diferentes mecanismos e estratégias para o progresso da SPH. Sem apoio regional, haverá comprometimento da qualidade desses processos assim como das metas.

Objetivo estratégico 15: Fornecer liderança, fortalecer a governança e estimular parcerias e colaboração com Estados Membros, sistema das Nações Unidas e outros interessados diretos para cumprir o mandato da OPAS/OMS de promover a agenda global de saúde, conforme estabelecido no 11º Programa Geral de Trabalho da OMS e na Agenda de Saúde para as Américas

63. O OE15 abrange as funções facilitadoras de apoiar o progresso de outros objetivos estratégicos. Progresso para alcançar os resultados esperados deste OE tem sido feito sob certas restrições orçamentárias. O OE será ainda mais afetado em qualquer um dos três cenários, uma vez que depende exclusivamente dos fundos ordinários. Este impacto adverso inclui limitações no desempenho de certas funções básicas da Repartição, em especial:

- (a) Melhoria do apoio operacional administrativo das entidades de país;
- (b) Capacidade de captar recursos nos níveis regional e nacional;
- (c) Compromisso de manter a presença e a liderança da RSPA nos países e sub-regiões.

Objetivo estratégico 16: Desenvolver e manter a OPAS/OMS como uma organização flexível com capacidade de aprender, para que possa realizar seu mandato de modo mais eficiente e competente

64. Este OE abrange as funções facilitadoras de apoiar o trabalho realizado nos OEs 1 a 15. Como tal, o financiamento para este OE depende em grande medida (mais de 70%) do orçamento ordinário. Portanto, uma redução de 96% no financiamento do orçamento ordinário teria um grande impacto na capacidade da Organização de executar os programas de cooperação técnica de maneira eficiente e competente.

65. Embora a RSPA faça o possível para continuar a executar as iniciativas importantes, como a Gestão Baseada em Resultados (RBM) e IPSAS, a maioria dos indicadores de RER do OE 16 seria seriamente afetada. Isto aceleraria a necessidade de adotar medidas drásticas de austeridade que afetariam a capacidade de prestar serviços facilitadores básicos essenciais e a introdução de várias questões de segurança e de vigilância. Também ameaçaria a funcionalidade da infraestrutura da OPAS.

66. A redução dos recursos disponíveis para financiar taxas de investimento, pagamentos da auditoria, apoio aos sistemas financeiro e de viagem, assim como as limitações potenciais à capacidade dos sistemas de tecnologia da informação (ITS) de apoiar os sistemas preexistentes, representaria um risco de ter um parecer de auditoria com reservas e o fechamento das contas. Também afetaria os esforços de captação de recursos. Além disso, a RSPA não poderia se ocupar de novos esforços de desenvolvimento de tecnologia da informação e poderia se concentrar só em alterações mínimas nos sistemas devido aos requisitos das normas institucionais. Haveria diminuição da capacidade de manter os serviços atuais de telecomunicações e continuidade institucional e levaria mais tempo para se resolver os problemas. Isto, por sua vez, resultaria em sistemas e serviços de tecnologia da informação que são

menos estáveis na Sede e nas representações e centros. É bem provável que os sistemas institucionais da OPAS também fiquem instáveis e a Organização não conseguiria manter seu modelo atual de apoio às representações e centros com dados fidedignos e em tempo real.

Tabela 10. Indicadores dos RER que seriam mais afetados no Cenário C

Indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Observações
OE1 – Doenças transmissíveis					
1.3.2 - Número de países que eliminaram a raiva humana transmitida por cães.	11	14	16	18	Estima-se que somente 16 países atingirão este indicador. Os recursos só seriam suficientes para manter o progresso até 2011. Deve-se assinalar que dois países ficariam abaixo da referência em 2009.
1.4.3 - Número de países que sistematicamente implementam vigilância de resistência aos antibióticos e intervenções para a contenção da resistência aos antibióticos, inclusive infecções relacionadas aos serviços de saúde.	17/35	22/35	24/35	27/35	Estima-se que somente 22 países atingirão este indicador, que representaria um retrocesso do progresso.
1.8.1 – Porcentagem de eventos de saúde pública de importância internacional verificados no prazo recomendado pelo Regulamento Sanitário Internacional.	85%	90%	95%	98%	Estima-se que somente 85% seriam atingidos no biênio de 2012–2013.
1.9.1 – Porcentagem de respostas da RSPA segundo o Regulamento Sanitário Internacional a pedidos de apoio dos Estados-Membros durante emergências ou epidemias	90%	100%	100%	100%	Estima-se que 90% seriam atingidos. São necessários fundos do orçamento ordinário para uma resposta imediata, sendo fundos captados de parceiros. Assim, uma redução afetaria a capacidade da Repartição de responder de modo eficaz para dar apoio aos Estados Membros e captar recursos de outros parceiros.
OE2 – Infecção pelo HIV/aids, TB e malária					
2.1.2 – Número de países que provêem tratamento antirretroviral pelo menos a 80% da população que dele necessita, de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS.	6	7	12	15	Somente 7 países alcançariam este indicador. Além das limitações de financiamento, mudanças nas recomendações de tratamento do HIV em 2010, incluindo novos critérios para iniciar o tratamento com contagem de CD4 de 350 (anteriormente 200), torna ainda mais difícil atingir 80% de cobertura de tratamento.

Indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Observações
2.4.1 – Número de países que enviam à OPAS/OMS dados de vigilância da infecção pelo HIV desagregados por sexo e idade.	25	27	32	33	Somente 26 países atingiriam este indicador, representando um retrocesso no progresso feito nos biênios anteriores.
2.4.6 – Número de países que enviam à OPAS/OMS dados de vigilância sobre a resistência a medicamentos contra a malária, de acordo com as diretrizes da OPAS/OMS.	9/21	11/21	17/21	20/21	Estima-se que somente 13 países atingiriam o indicador, representando um retrocesso no progresso feito.
OE3 – Doenças crônicas não transmissíveis					
3.3.3 – Número de países com um sistema nacional de informação em saúde que inclui indicadores de deficiências.	18	22	23	26	Somente 18 países atingiriam este indicador, representando um retrocesso em relação a 2007.
OE4 – Saúde materno-infantil, do adolescente e do idoso					
4.1.2 – Número de países que possuem uma política de acesso universal a saúde sexual e reprodutiva.	7	11	13	16	Somente 9 países atingiriam este indicador, representando um retrocesso no progresso alcançado em 2009.
4.1.3 – Número de países que possuem uma política para a promoção do envelhecimento ativo e saudável.	11	15	17	18	Somente 15 países atingiriam este indicador, representando um retrocesso no progresso alcançado em 2009.
4.2.1 – Número de países que implementam sistemas de informação e de vigilância para monitorar a saúde sexual e reprodutiva, a saúde materna, neonatal e do adolescente, com dados desagregados por idade, sexo e grupo étnico.	10	15	17	20	Somente 12 países atingiriam este indicador, representando um retrocesso no progresso alcançado em 2009.
4.3.1 – Número de países que adaptaram e aplicam as normas as diretrizes técnicas e de gestão da OPAS/OMS para aumentar a cobertura da atenção especializada no parto, inclusive a atenção pré-natal, pós-natal e do recém-nascido.	10	12	19	23	Estima-se que somente 12 países atingiriam este indicador, representando um retrocesso ao progresso alcançado em 2009.
4.6.1 – Número de países com programas funcionais em saúde e desenvolvimento do adolescente.	10	12	16	17	Estima-se que somente 12 países atingiriam este indicador, representando um retrocesso ao progresso alcançado em 2009.

Indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Observações
4.6.2 – Número de países que implementam um pacote integral de normas e padrões para fornecer serviços adequados de saúde e desenvolvimento dos jovens (por exemplo, Atenção Integrada às Necessidades do Adolescente [IMAN]).	3	10	14	15	Estima-se que somente 12 países atingiriam este indicador.
OE5 – Emergências e desastres					
5.2.1 – Número de programas regionais de capacitação sobre resposta a emergências.	4	6	7	7	O alcance deste indicador depende do orçamento ordinário no âmbito regional. Assim, uma redução do financiamento representaria um corte no número de treinamentos para 6.
OE6 – Promoção da saúde e fatores de risco					
6.3.3 - Número de países com regulamentações sobre embalagem e rotulagem de produtos de tabaco em conformidade com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS.	8	10	17	23	Estima-se que somente 16 países atingiriam este indicador.
OE7 – Determinantes socioeconômicos de saúde					
7.1.1 - Número de países que implementaram estratégias nacionais para abordar as principais recomendações de política da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde.	0	4	10	12	Estima-se que somente 10 países atingiriam este indicador.
OE8 – Ambiente mais saudável					
8.1.1 - Número de avaliações novas ou atualizadas de riscos ou da carga de doença atribuída a fatores ambientais realizadas por ano.	2	3	4	7	Estima-se somente que 5 avaliações seriam realizadas.
8.5.1 – Número de fóruns periódicos de alto nível sobre saúde e meio ambiente para os responsáveis por políticas regionais e interessados diretos com apoio da RSPA.	1	2	3	4	Somente 3 fóruns seriam realizados.

Indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Observações
OE9 – Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar					
9.3.3 – Número de países que produzem informação factual em matéria de nutrição e segurança alimentar.	11	15	20	22	Estima-se que somente 20 países atingiriam o indicador. Os esforços se concentrariam em manter o progresso até 2011.
9.4.5 Número de países com planos nacionais de preparação e resposta a emergências alimentares e nutricionais.	11	16	20	25	Estima-se que somente 20 países atingiriam o indicador. Os esforços se concentrariam em manter o progresso até 2011.
OE10 – Serviços de saúde					
10.1.2 - Número de países que mostram avanços no desempenho de sua função gestora medida pela avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública.	3	8	11	14	Prevê-se que somente 11 países atingiriam este indicador. Os esforços se concentrariam em manter o progresso.
10.2.1 – Número de países que executaram estratégias para fortalecer a gestão nos serviços de saúde.	3	14	17	20	Prevê-se que somente 17 países atingiriam este indicador. Observe que este indicador inclui elaboração e execução da Metodologia de Gestão Produtiva para os Serviços de Saúde, que depende do financiamento do orçamento ordinário em âmbito regional.
OE11 – Liderança e governança dos sistemas de saúde					
11.1.2 - Number of countries that have formulated policies, mid-term and long-term plans or defined national health objectives.	9	17	29	35	Prevê-se que somente 29 países atingiriam este indicador. Os esforços se concentrariam em manter o progresso.
11.2.1 – Número de países que elaboraram políticas e planos de médio e longo prazo ou definiram objetivos nacionais de saúde.	3	7	10	15	Prevê-se que somente 7 países atingiriam este indicador, representando um retrocesso aos níveis de 2009.
11.3.1 - Número de países que atualizam a análise da situação de saúde ao menos a cada dois anos.	5	7	9	10	Prevê-se que somente 5 países cumpriram com o requisito de fazer a atualização em tempo hábil da análise da situação de saúde com dados fidedignos e atualizados. Isto se deve à necessidade de cooperação técnica da RSPA, que é financiada com o orçamento ordinário, para dar apoio aos países ao atualizar periodicamente a própria análise da situação de saúde.

Indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Observações
OE12 – Produtos médicos e tecnologias					
12.1.1 - Número de países que implantaram políticas de promoção do acesso ou inovação tecnológica dos produtos médicos	17	23	25	27	Prevê-se que somente 25 atingirão o indicador. Os esforços se concentrariam em manter o progresso de 2011.
12.3.1 - Número de países que contam com normas para definir a incorporação de tecnologias de saúde.	11	14	17	20	Prevê-se que somente 17 países atingirão este indicador. As áreas que seriam mais afetadas são serviços radiológicos e cooperação técnica para a incorporação de novas tecnologias em saúde.
OE13 – Recursos humanos para a saúde					
13.2.2 – Número de países com políticas e sistemas de gestão de recursos humanos para melhorar a qualidade do emprego no setor da saúde.	18	29	31	36	Prevê-se que somente 31 países atingirão este indicador.
13.4.4 – Número de países que participam do programa de liderança em saúde internacional da OPAS.	0	18	25	25	Prevê-se que somente 10 países atingirão este indicador, representando um retrocesso no progresso anterior a 2009.
OE14 – Proteção social e financiamento					
14.2.1 - Número de estudos de países finalizados aplicando o modelo da OPAS para avaliar a capacidade das famílias de cobrir os gastos de saúde.	0	3	5	7	Os recursos só seriam suficientes para respaldar 5 estudos. Recursos serão priorizados para o cumprimento de outros indicadores neste OE.
14.3.3 - Número de países que contam com estudos sobre o gasto e financiamento dos sistemas públicos de saúde ou seguro social de saúde.	0	0	10	15	Prevê-se que somente 10 países atingirão este indicador. Recursos seriam priorizados para o cumprimento de outros indicadores neste OE.
OE15 – Liderança e governança da OPAS/OMS					
15.1.3 - Número de entidades da RSPA que implementam iniciativas de liderança e gestão (coordenação e negociação de cooperação técnica com parceiros, cooperação técnica entre países, promoção da missão da OPAS/OMS e Planos de Trabalho Bienais e relatórios) a tempo e dentro do orçamento.	43/69	57/69	61/69	69/69	Estima-se que somente 57 entidades poderiam executar tais iniciativas.

Indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Observações
15.2.4 - Número de sub-regiões que têm uma Estratégia de Cooperação Sub-Regional.	0/5	1/5	2/5	4/5	Somente duas sub-regiões teriam uma estratégia de cooperação sub-regional.
15.2.5 - Número de entidades sub-regionais e nacionais da RSPA que melhoraram seu apoio administrativo, infraestrutura física, transporte, equipamento de escritório, móveis e equipamento de informática, de acordo com seus Planos de Trabalho Bienais.	20/29	25/29	27/29	29/29	Estima-se que somente 24 entidades poderiam atingir este indicador, representando um retrocesso nos progressos.
15.2.6 - Número de entidades sub-regionais e nacionais da RSPA que executaram políticas e planos para melhorar a saúde e segurança do pessoal no local de trabalho, inclusive o cumprimento das normas mínimas de segurança operacional (MOSS).	20/29	25/29	27/29	29/29	Estima-se que somente 24 entidades poderiam atingir este indicador, representando um retrocesso nos progressos.
OE16 – Organização flexível e com capacidade de aprender					
16.2.1 – Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) implementadas pela OPAS.	IPSAS não executadas	IPSAS aprovadas pelos Estados Membros	IPSAS executadas	IPSAS executadas	Os recursos seriam insuficientes para manter os atuais requisitos das IPSAS, avaliação do patrimônio, atuários e especialistas em instrumentos financeiros.
16.2.5 – Práticas financeiras sólidas comprovadas por parecer de auditoria sem reservas.	Parecer de auditoria sem reservas	Parecer de auditoria sem reservas	Parecer de auditoria sem reservas	Parecer de auditoria sem reservas	Uma redução nos recursos implicaria em risco para obter um parecer de auditoria sem reservas, levando à liquidação de investimentos na carteira administrada por especialistas, e em uma exigência de eliminar postos para cobrir os honorários de auditoria e apoio dos sistemas financeiros.
16.3.3 – Porcentagem de comitês de seleção que trabalham com o novo quadro aprovado pela Gerência Executiva, inclusive uma avaliação psicométrica para os cargos importantes.	N/D	100%	100%	100%	O uso da nova estrutura seria continuado, mas somente 50% das avaliações psicométricas seriam realizadas.
16.4.1 - Porcentagem de propostas significativas de TI, projetos e aplicativos gerenciados de forma sistemática por processos de gestão de carteira.	0%	40%	60%	80%	Um processo de administração de carteira não seria executado devido ao fato de que o funcionamento dos sistemas de TI estaria comprometido com o corte orçamentário.
16.4.2 Nível de cumprimento das metas de nível de serviço acordadas para serviços gerenciados de TI.	0%	50%	60%	75%	Somente 25% seriam atingidos. Isto se deve ao fato de que seria feito corte de contratantes de serviço, o que diminuiria o nível do apoio a usuários e serviços. Os problemas de infraestrutura seriam mais comuns e prolongados.

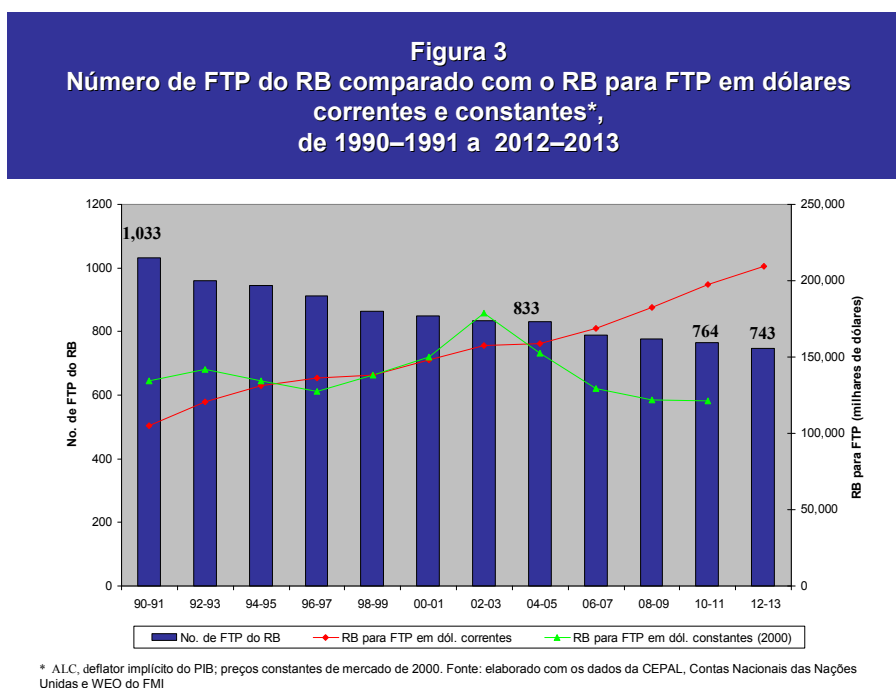
Indicador de RER	Referência 2007	Meta 2009	Meta 2011	Meta 2013	Observações
16.4.3 - Número de entidades sub-regionais e regionais da OPAS/OMS e centros pan-americanos que usam informação gerencial consistente e quase em tempo real.	35/35	35/35	35/35	35/35	Embora o sistema continue operando, haveria interrupção significativa quando as informações de gestão em tempo real não estivessem disponíveis.
16.5.1 – Nível de satisfação do usuário com serviços administrativos e de gestão selecionados (incluindo segurança, viagens, transporte, correio, saúde, limpeza e alimentação) medido em pesquisas bienais.	Baixo (taxa de satisfação inferior a 50%)	Média (satisfação estimada superior a 75%)	Alto (satisfação estimada superior a 75%)	Alto (satisfação estimada superior a 75%)	Prevê-se redução no nível de satisfação para um nível médio ou mesmo baixo devido à incapacidade de manter a qualidade de serviços; os cortes importantes nos serviços diários fariam com que o desempenho de pessoal caísse.
16.5.3 – Percentagem de parâmetros internos atingidos ou superados nos serviços de tradução.	60%	70%	75%	80%	Somente 70% seriam atingidos. As limitações com software básico e dificuldades para a execução das normas estabelecidas de controle de qualidade comprometeriam inclusive as metas já alcançadas.
16.5.4 Implantação de um novo sistema de gestão de compras, para medir e monitorar o cumprimento das práticas ótimas de compras, inclusive capacitação dirigida, relatórios estatísticos melhorados, listas de licitadores ampliadas, acordos sobre níveis de serviço e melhora dos procedimentos.	N/D	Princípios orientadores elaborados	Regras institucionais elaboradas	Sistema de gestão de compras implantado	Não haveria recursos disponíveis para: 1) realizar o monitoramento, controle e apoio técnico adequados; 2) integrar novos requisitos no sistema de licitação eletrônica e 3) implementar sistemas de compras no âmbito nacional.
16.5.5 – Percentagem de solicitações internas de assessoria e serviços jurídicos na RSPA respondidas dentro de 10 dias úteis após o recebimento.	70%	90%	95%	100%	Somente 40% seriam realizados no período estabelecido de 10 dias. O corte orçamentário eliminaria o apoio legal e desaceleraria a capacidade de fazer as análises necessárias.
16.6.3 – Percentagem de instalações físicas na Sede e centros pan-americanos que implantaram políticas e planos para melhorar a saúde e segurança do pessoal no local de trabalho, incluindo o cumprimento dos Padrões Mínimos de Segurança Operacional.	65%	75%	80%	100%	Somente 90% seriam atingidos. Uma redução dos recursos comprometeria os serviços requeridos para garantir a segurança e a vigilância das instalações e do pessoal. O impacto seria enorme na Sede.
16.6.4 – Percentagem de entidades regionais da RSPA e centros pan-americanos da OPAS que melhoram e mantêm sua infraestrutura física, equipamentos de escritório, móveis e equipamentos de tecnologia da informação e transporte como programado nos seus Planos de Trabalho Bienais.	75%	90%	95%	100%	Somente 90% seriam atingidos. Uma redução dos recursos comprometeria a condução dos serviços básicos, manutenção e despesas operacionais gerais. O impacto seria maior na Sede, incluindo o sistema de TI.

IV. ESFORÇOS DA RSPA PARA MELHORAR A EFICIÊNCIA E PRODUTIVIDADE

Força de trabalho da RSPA e tendências do Orçamento Ordinário

67. A força de trabalho da RSPA é peça fundamental para alcançar os Objetivos Estratégicos (OEs) e os Resultados Esperados a Nível Regional (RER) como estabelecido no Plano Estratégico.

68. Como ilustrado na Figura 3, os postos com contrato por prazo determinado (FTP) financiados com o Orçamento Ordinário da OPAS/OMS vêm sendo cortados de forma sustentada nas duas décadas de passados (barras azuis), reduzindo-se de 1.033 postos em 1990–1991 a 764 em 2010–2011. Como parte da disciplina orçamentária de austeridade da Organização, 18 postos foram eliminados somente em 2010–2011. A pedido dos Estados Membros para avaliar a possibilidade de maior corte do orçamento para FTP, mais 3 postos foram cortados no projeto de Programa e Orçamento, resultando em uma redução de 21 postos ao todo. Assim, a Organização operará em 2012–2013 com somente 743 postos. Outros cortes de FTP devem ser analisados criteriosamente, pois isto poderia comprometer a capacidade da Organização de realizar suas funções básicas e facilitadoras, inclusive sua capacidade de captar recursos.



69. Embora a curva do orçamento para postos com contrato por prazo determinado em dólares correntes² (curva vermelha) aumentou de forma sustentada, o orçamento para FTP em dólares constantes³ (curva verde) atingiu um ponto máximo no biênio de 2002–2003 e caiu a um nível inferior ao do biênio de 1990–1991.

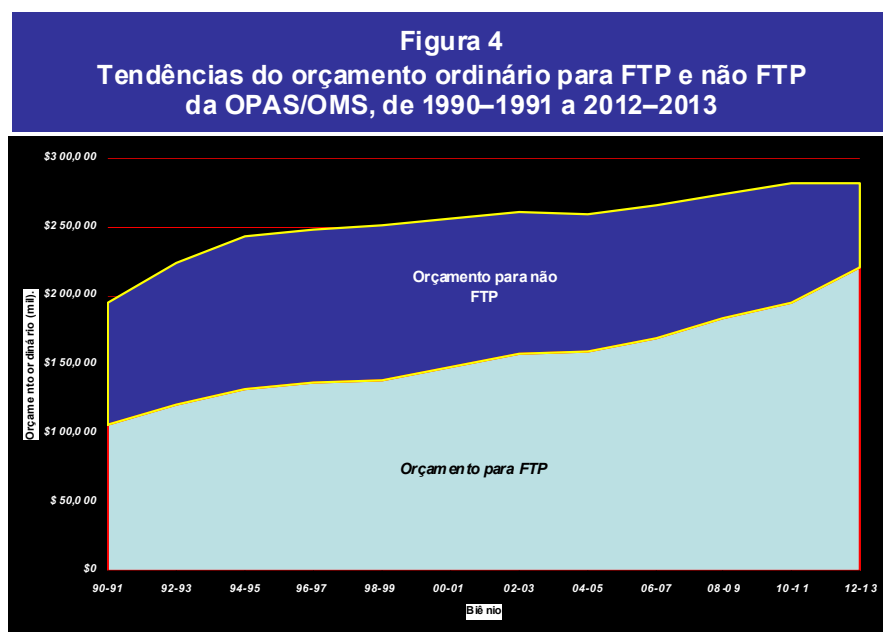
² Refere-se ao uso de preços e custos reais.

³ O termo dólares constantes se refere a uma métrica para avaliar o preço em dólares ao longo do tempo, com ajuste para inflação ou deflação.

70. Apesar dos esforços da RSPA de conter os gastos com pessoal, como demonstrado com a redução constante do número dos FTP financiados com o Orçamento Ordinário da OPAS/OMS, o orçamento, em dólares correntes, continuou aumentando nas duas últimas décadas (curva vermelha). A Figura 3 mostra que o orçamento para FTP no biênio atual (2010–2011), em dólares constantes, está no mesmo nível que em 1996–1997, mas financia um número menor de postos com contrato por prazo determinado.

71. Foi usado neste cálculo o deflator da Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL) para a Região como um todo. Este parâmetro estatístico se baseia em uma visão macro do comportamento das economias latino-americanas em relação ao dólar dos Estados Unidos. Porém, a mescla de locais e moedas envolvidas nas operações da OPAS sugere que o efeito da perda do poder de compra do orçamento da Organização é ainda mais marcante, pois as taxas de inflação dos países em separado variam de 1,5% a 30%. Para usar os dados referenciados, porém, optou-se por manter o deflator da CEPAL.

72. Como ilustrado na Figura 4, a porção dos FTP do orçamento ordinário vem aumentando de forma sustentada nos últimos 24 anos. Porém, a Repartição vem tendo êxito em captar os recursos, proporcionando fundos suficientes de Outras Fontes para não FTP a fim de implementar o seu Programa. Isso está indicado na proporção de FTP e não FTP ilustrada na Figura 1.

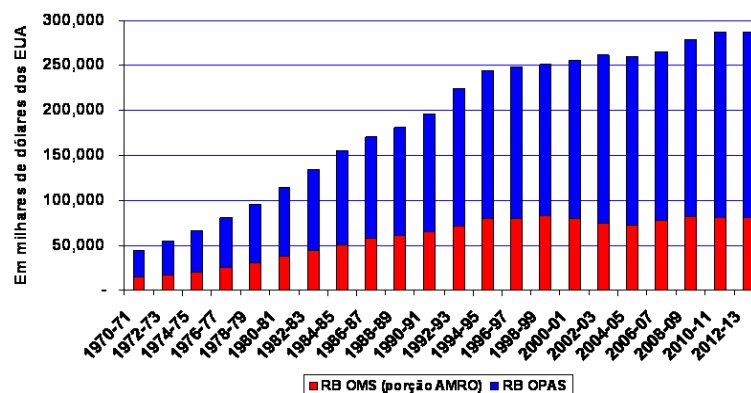


Tendências no financiamento do Orçamento Ordinário da OPAS/OMS

73. Desde 1994–1995, os aumentos devidos à inflação têm defasado os aumentos do orçamento nominais. Embora os custos dos FTP tenham continuado aumentando, o orçamento para não FTP foi reduzido em termos atuais e constantes. Isto resultou em uma perda significativa do poder de compra para cooperação técnica durante este período. Além disso, nos 15 últimos anos, a porção do AMRO diminuiu proporcionalmente como porcentagem do Orçamento Ordinário total da OPAS/OMS. A Figura 5 apresenta quatro décadas da história na composição do orçamento ordinário do Programa e Orçamento

aprovado da OPAS/OMS. Na última década, a porção do AMRO do orçamento ordinário total diminuiu de 33% em 1994–1995 para 28% em 2012–2013, mantendo o mesmo nível de 2010–2011.

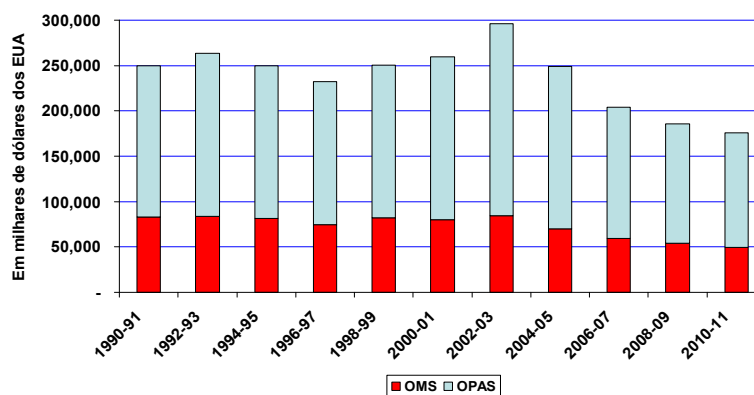
Figura 5
Histórico dos orçamentos ordinários da OPAS e OMS (porção do AMRO) em
dólares correntes
Biênios de 1970–1971 a 2012–2013



* Deflator implícito do PIB da ALC; preços constantes de mercado de 2000. – Fonte: Elaborado com os dados da CEPAL, Contas Nacionais das Nações Unidas e WEO do FMI.

74. Embora tenha ocorrido aumento do Orçamento Ordinário da OPAS/OMS em dólares correntes, no período de 1990–2011, o orçamento ordinário perdeu 29% do seu poder de compra em dólares constantes dos Estados Unidos de 2000 (ver Figura 6). O financiamento da OMS (AMRO) permaneceu relativamente estável de 1990 a 2003, mas de 2004 a 2011 houve redução contínua deste componente.

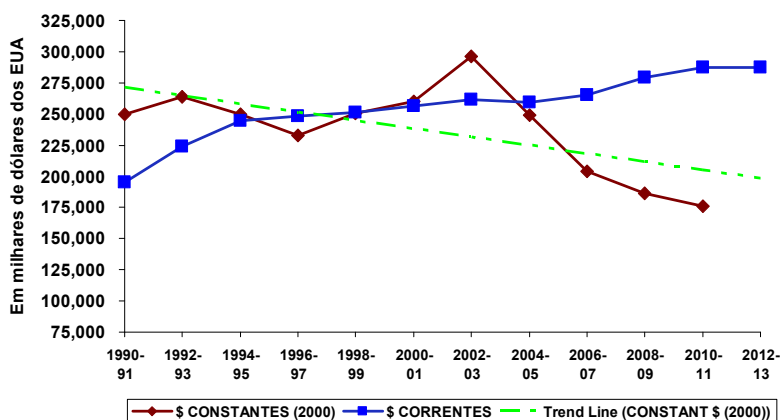
Figura 6
Histórico do orçamento ordinário da OPAS e OMS
em dólares constantes*
Biênios de 1990–1991 a 2010–2011



* Using 2000 constant dollars. LAC Implicit Deflator. Implicit Deflator GDP; Constant Market Prices of 2000. - Source: Elaborated with data from ECLAC

75. Em dólares correntes, o Orçamento Ordinário da OPAS/OMS aumentou, mas a tendência em dólares constantes diminuiu. A redução observada em dólares constantes é calculado em cerca de 29% (\$73,4 milhões) no período de 1990–2010, como mostrado na Figura 7.

Figura 7
Orçamento ordinário da OPAS/OMS em dólares constantes comparado a
dólares constantes de 2000
1990–1991 a 2010–2011



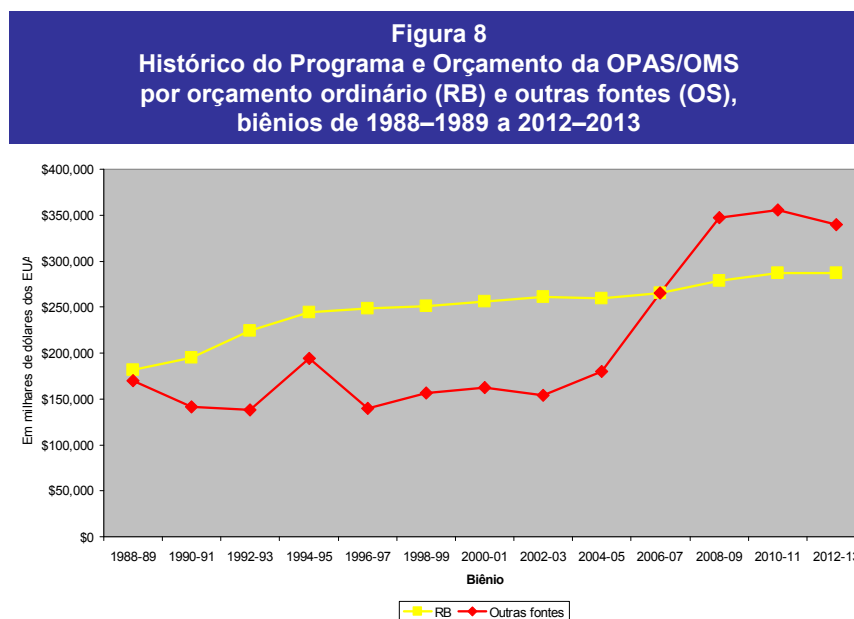
* Fonte: Elaborado com dados de CEPAL, 2008 de Anuário Estatístico; pp 88&90.

Tendência do Programa e Orçamento Total da OPAS/OMS

76. As três principais fontes do financiamento da Organização são:

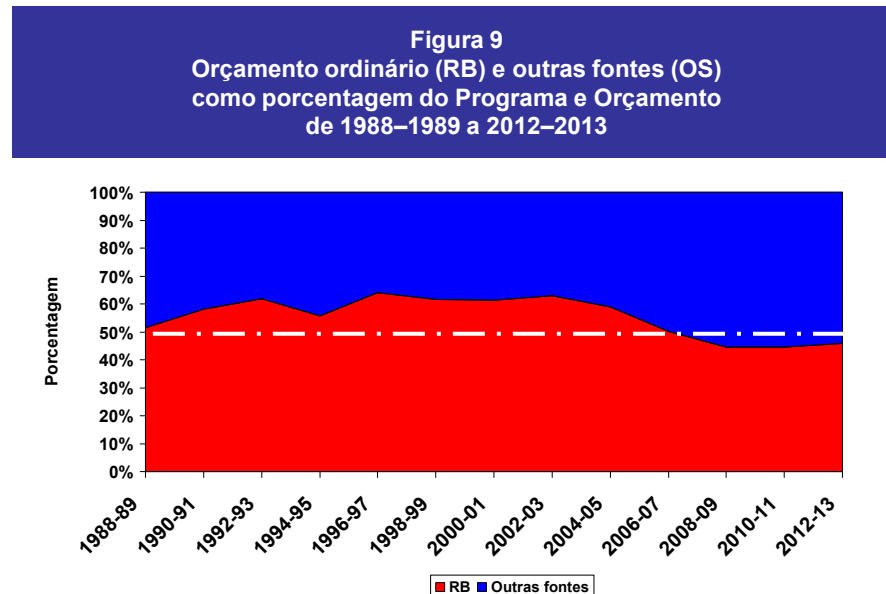
- a) **o Orçamento Ordinário da OPAS (RB)**, que compreende as cotas de contribuição dos Estados Membros da OPAS, mais receitas diversas estimadas;
- b) **a porção do AMRO**, que é a porção do Orçamento Ordinário da OMS aprovado para a Região das Américas pela Assembléia Mundial da Saúde;
- c) **Outras Fontes (OS)**, que compreende principalmente as contribuições voluntárias captadas pela OPAS ou através de OMS, os fundos de apoio a programa e financiamento gerado pelo Fundo Mestre de Investimentos de Capital, entre outras categorias.

77. A Figura 8 mostra que, por muitos anos, os recursos de Outras Fontes foram inferiores aos do Orçamento Ordinário. Porém, desde 2002–2003, os recursos de Outras Fontes (principalmente contribuições voluntárias) aumentaram de forma sustentada. Em 2006–2007, os fundos de Outras Fontes foram quase iguais aos do RB e, em 2008–2009, foram superiores em \$67,9 milhões. Diante da situação econômica mundial, o projeto de Programa e Orçamento para 2012–2013 considera uma redução de Outras Fontes, em comparação com o nível de 2010–2011. A redução dos fundos de Outras Fontes varia com cada cenário, como descrito na Seção II. Captar recursos adicionais será um grande desafio. Porém, com o papel cada vez maior e de maior importância da saúde pública no cenário de desenvolvimento mundial, a RSPA continuará a não poupar esforços para captar as contribuições voluntárias necessárias para atingir os Resultados Esperados a Nível Regional da Organização. A Seção IV deste apêndice, “Esforços da RSPA para melhorar o desempenho programático institucional”, expõe os esforços da Repartição neste sentido.



78. Como ilustrado na Figura 9, a proporção de fundos de OS/RB evoluiu de 50/50 em 1988–1989 para 54/46 no biênio de 2012–2013. Segundo uma análise do desempenho da Organização nos dois últimos biênios, a proporção de 54/46 está em um ponto crítico para manter um saldo adequado que

garante a capacidade da Organização de implementar seu Programa. Considera-se que uma redução inferior a 46% do orçamento ordinário comprometerá a capacidade da Organização de cumprir os seus mandatos coletivos e as prioridades dos Estados Membros também ficarão comprometidas.



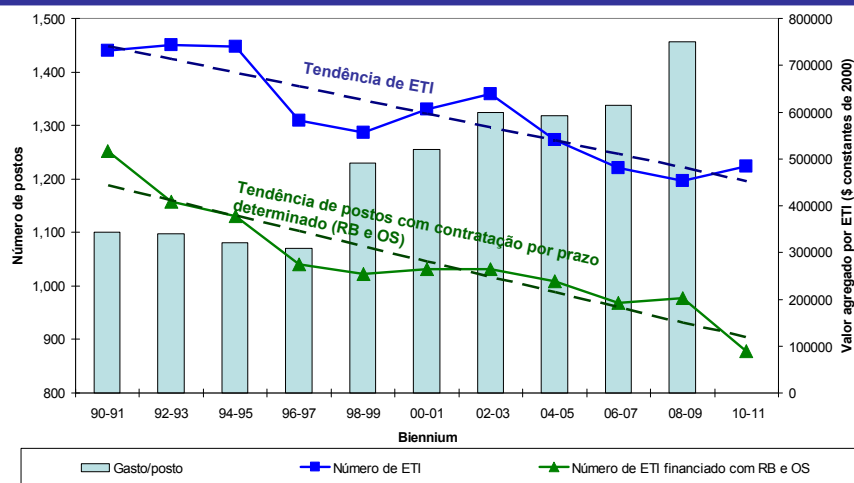
79. Desde o segundo semestre do biênio atual (31 de dezembro de 2010), o déficit global de financiamento é semelhante ao do segundo semestre de 2008–2009. Em 2008–2009, a OPAS recebeu \$281 milhões de contribuições voluntárias, das quais 90% foram destinadas. O último exercício de avaliação e monitoramento do desempenho de dezembro de 2010 informou que haviam sido recebidos \$194,8 milhões em contribuições voluntárias, dos quais \$41,5 milhões (21%) não eram destinados e \$153,3 milhões eram destinados (79%).

Força de Trabalho: Eficiência e produtividade

80. A força de trabalho total da RSPA, medida como equivalente de tempo integral (ETI), é constituída por postos com contrato por prazo determinado financiados com recursos do RB e OS, e todo o restante do pessoal contratado por outros tipos de mecanismos (por exemplo, profissionais com contrato de curto prazo, consultores com contrato de curto prazo, pessoal designado pelos ministérios da saúde, pessoal contratado através de agências de pessoal temporário etc.). O conceito de equivalente de tempo integral (ETI) é útil para fins de comparação.

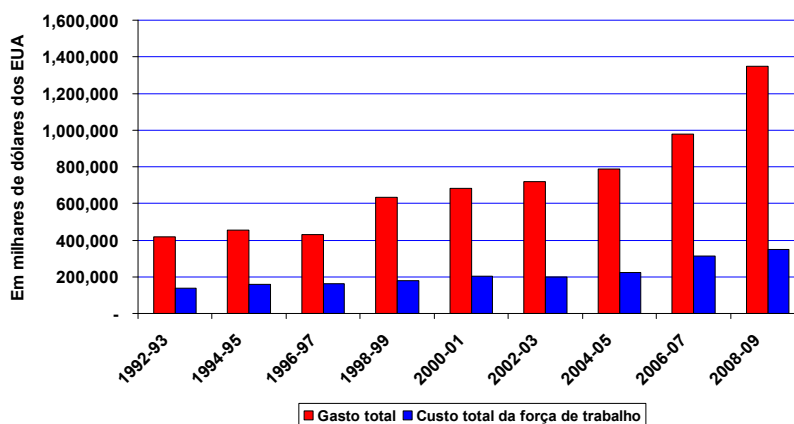
81. A Figura 10 mostra que a força de trabalho total diminuiu entre 1990 e 2011. É digno de nota que a tendência de ETI é paralela à redução de FTP financiados com RB da OPAS/OMS e OS, mostrando o esforço que RSPA vem fazendo para diminuir sua força de trabalho. Houve um corte de 371 FTP financiados pelo RB e OS. Houve uma redução total de ETI de 216 FTP no mesmo período. Portanto, o maior impacto de redução está nos FTP.

Figura 10
Número de equivalentes de tempo integral (ETI) em relação aos postos com contratação por prazo determinado do RB da OPS/OMS e com OS, 1990–1991 a 2010–2011



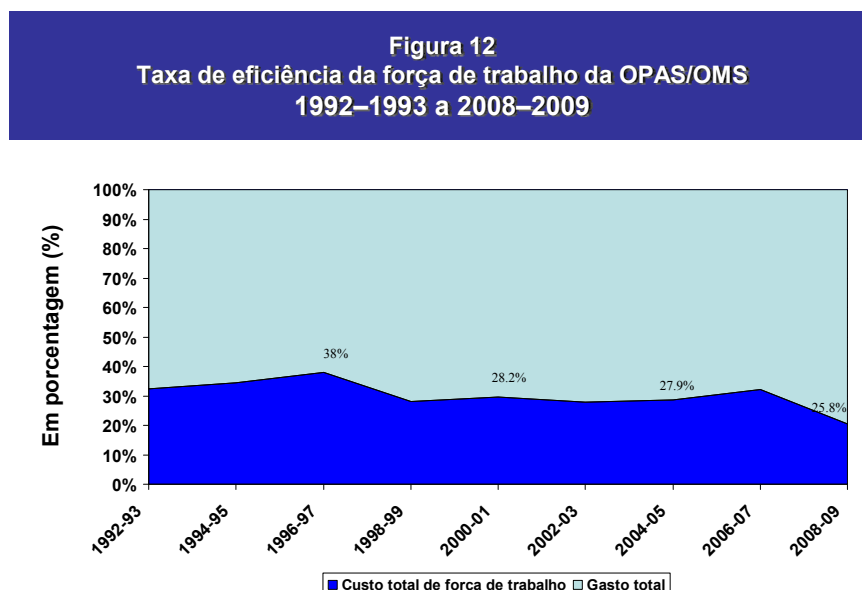
82. A Figura 11 compara os gastos com força de trabalho com os gastos totais da OPAS/OMS em 1992–2009.

Figura 11
Histórico do gasto total da OPAS/OMS (1992–2009) em comparação com o custo da força de trabalho



83. Apesar da redução da força de trabalho total, a RSPA tem conseguido manter uma *taxa de eficiência* bastante estável (gasto com força de trabalho expresso como porcentagem dos gastos totais), como apresentado na Figura 12. No biênio de 2004–2005, a taxa de eficiência foi de 27,9. Em

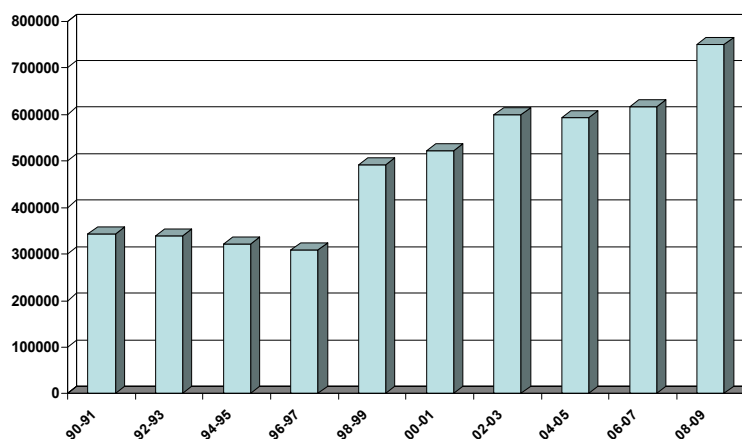
2006–2007, a curva aumentou ligeiramente, indicando uma redução moderada dos ganhos em eficiência. Os dados de 2008–2009, porém, mostram melhoria da taxa de eficiência (25,8), superando o biênio de 2004–2005. Este indicador continua melhorando, apesar da redução do número de postos.



84. Houve aumento da *produtividade da força de trabalho* (medida aqui como o gasto total da OPAS/OMS por ano [produção bruta] em dólares constantes por pessoa equivalente de tempo integral)⁴, apesar da redução das horas extras de ETI. A Figura 13 mostra que a produtividade do pessoal aumentou de \$342.575 por ETI em 1990–1991 para \$750.237 por ETI em 2008–2009, em dólares constantes de 2000. Isto representa um aumento de 118% na produtividade em quase duas décadas. Um aumento significativo da produtividade pode ser visto desde 1998–1999, refletindo o nível significativo de gasto não relacionado a projetos (todos os outros gastos não incluídos no Programa e Orçamento) gerido por RSPA.

⁴ Baseado na definição da OCDE de produtividade do trabalho medida como sendo o volume deflacionado da produção bruta dividido pelos insumos de trabalho (Fonte: Manual de Produtividade da OCDE. Um guia para medir a produtividade combinada e por segmento).

Figura 13
Produtividade: gasto total da OPAS/OMS em dólares constantes
por equivalente de tempo integral*
1990–1991 a 2008–2009



* Valor agregado por ETI em dólares a preços constantes de 2000.

Ganho de eficiência e contenção de custos

85. Diante do clima econômico mundial e em conformidade com sua disciplina orçamentária, além de reduzir os postos com contrato por prazo determinado (FTP) (como mencionado anteriormente), a Repartição tomou outras medidas para melhorar a eficiência e reduzir os custos. Essas medidas podem estar divididas em três amplas categorias: reestruturação organizacional, implementação de novos processos e modalidades de cooperação técnica e otimização do uso de tecnologias.

86. De acordo com a Política Orçamentária Regional para Programas e a Política de Foco nos Países, a Repartição passou cada vez mais a desviar recursos do âmbito regional ao âmbito sub-regional e do país na tentativa de melhorar ainda mais sua presença no países e facilitar a cooperação técnica entre os diferentes níveis da Organização. Desde 2006, ao todo, 50 postos foram descentralizados ao âmbito sub-regional e de país. Isto resultou em economia em relação aos postos com contrato por prazo determinado (FTP) e, ao mesmo tempo, melhora da resposta às necessidades dos países. A pedido dos Órgãos Diretivos, a OPAS também tem reexaminado o seu papel na administração dos Centros Pan-Americanos desde 1978 para assegurar que eles continuem atendendo aos mandatos de seus Estados Membros. Como resultado, a administração de 7 dos 13 centros foi transferida aos seus respectivos Estados Membros, e se prevê que, com a criação do Órgão de Saúde Pública do Caribe, mais 2 centros serão transferidos nos próximos anos.

87. No contexto de melhorar a eficiência da Organização, a Repartição tem sistematicamente reexaminado os seus processos e explorado novas modalidades de cooperação técnica. Desde 2008, com o lançamento do Plano Estratégico de 2008–2012 e em conformidade com a estrutura de RBM, a Repartição tem implantado o enfoque horizontal de trabalho em equipe, formando grupos de colaboração para otimizar o uso dos recursos humanos e financeiros. A Repartição também tem expandido e criado alianças e parcerias estratégicas para melhorar sua capacidade de cooperação técnica. Por exemplo, a nova modalidade de cooperação técnica com centros colaboradores e instituições nacionais de referência melhorou a capacidade da Organização de responder aos seus Estados Membros e, ao mesmo tempo,

desenvolver capacitação nacional em cooperação internacional em saúde. No que se refere à captação de recursos, a Repartição obteve bons resultados ao negociar com grandes doadores para passar a um enfoque programático com um aumento no nível de fundos não destinados (resultante em um aumento de 10% em 2008–2009 para cerca de 21% ao final de 2010). Os processos de coordenação de recursos também têm sido modificados, com maior ênfase nas prioridades programáticas da Organização como estabelecido no Plano Estratégico de 2008–2012.

88. A otimização do uso da tecnologia, como conferências online usando Elluminate, um sistema moderno de telefonia, e a centralização da infraestrutura de tecnologia da informação, também tem ajudado a melhorar a eficiência da cooperação técnica da OPAS e reduzir os custos operacionais. O uso do Elluminate tem crescido de forma sustentada, especialmente no âmbito regional. A plataforma se tornou uma ferramenta essencial para cooperação técnica, aumentando a comunicação e a interação dentro dos escritórios e com outros escritórios, assim como com as contrapartes e parceiros. Além de expandir o alcance da cooperação técnica, o uso de Elluminate também tem ajudado a reduzir as despesas com viagens e reuniões ao aumentar o número de sessões virtuais. Somente de janeiro a junho de 2011, foram realizadas 10.353 reuniões virtuais, representando um aumento de 64% em relação ao biênio anterior. O número de espaços virtuais também aumentou consideravelmente, de 145 em 2008 para quase 900 em junho de 2011. Com respeito ao sistema de telefonia, a Repartição instalou o voz por protocolo de internet (VoIP) em 16 escritórios até o momento e conectou os sistemas de rede telefônica preexistentes ao VoIP em outros 10 escritórios. O mesmo será feito no restante das Representações e centros futuramente. Isto representa uma economia de aproximadamente \$500.000 em custos de chamadas de longa distância entre as Representações, centros, Sede e locais da OMS. Além dessa economia, o novo sistema de telefonia permite comunicação ilimitada entre os escritórios dentro e fora da Região sem custo adicional. Ademais, foi feita a migração de um terço dos servidores nas Representações a um sistema centralizado em Washington, D.C., resultando em mais economia em infraestrutura e custo de manutenção, além de maior segurança. Futuramente, todos os sistemas institucionais de informação serão centralizados, resultando em mais economia. Além da economia obtida com o uso da tecnologia, os membros da Repartição também têm usado a classe econômica para viagens oficiais.

V. ESFORÇOS DA RSPA PARA MELHORAR O DESEMPENHO PROGRAMÁTICO INSTITUCIONAL

89. A avaliação e monitoramento do desempenho são essenciais para a gestão apropriada do Programa e Orçamento, pois são também um importante componente do modelo de gestão baseada em resultados (RBM). Pensando nisso, a Repartição instituiu um processo sistemático de avaliação e monitoramento do desempenho desde 2008. Como parte deste processo, exercícios de avaliação e monitoramento do desempenho são realizados a cada seis meses para avaliar o progresso da execução dos planos de trabalho bienais e, portanto, o progresso para atingir as metas estabelecidas no Plano Estratégico, que é executado com o Programa e Orçamentos bienais.

90. Os exercícios de avaliação e monitoramento do desempenho fornecem informação sobre a cadeia de resultados e metas a nível institucional e de entidade da RSPA, como estabelecido no Plano Estratégico de 2008–2012, Programa e Orçamentos e nos respectivos planos de trabalho bienais. O sistema permite realizar a análise institucional e da entidade, combina avaliações de execução programática e orçamentária e examina os esforços de captação de recursos. O progresso é medido por uma combinação de dados gerados pelo sistema (como números de marcos alcançados) e análises técnicas e administrativas da taxa de execução programática e orçamentária. Como tal, o exercício de avaliação e monitoramento do desempenho documenta o progresso, as dificuldades e os pontos que requerem ações corretivas para assegurar que sejam alcançadas as metas do Plano Estratégico.

91. A RSPA apresentou o primeiro relatório de progresso parcial do Plano Estratégico de 2008–2012, compreendendo o biênio de 2008–2009, ao 50º Conselho Diretor (em setembro de 2010). Segundo esta avaliação, a Organização estava em boa situação para atingir as metas do Plano Estratégico em 2013, ou seja, dos 16 OEs, 12 estavam no rumo certo e 4 estavam em risco; 67 (76%) dos 88 RER estavam no rumo certo e 21 (24%) estavam em risco; e 275 (85%) das 324 metas dos indicadores dos RER haviam sido alcançadas. No relatório, apontou-se a necessidade de melhorar o alinhamento entre a captação e alocação dos recursos e as prioridades programáticas (dos OEs), como estabelecido no Plano Estratégico. Também foi recomendado direcionar intervenções aos indicadores dos RER não atingidos, em particular os indicadores do tipo “número de países” que não haviam alcançado as metas. A avaliação também revelou uma execução orçamentária geral em 2008–2009 de 94% (\$525 milhões dos \$559 milhões) e informou que a Organização era capaz de captar recursos financeiros para cobrir 81% do déficit de financiamento inicial em contribuições voluntárias (\$281 milhões dos \$347 milhões).

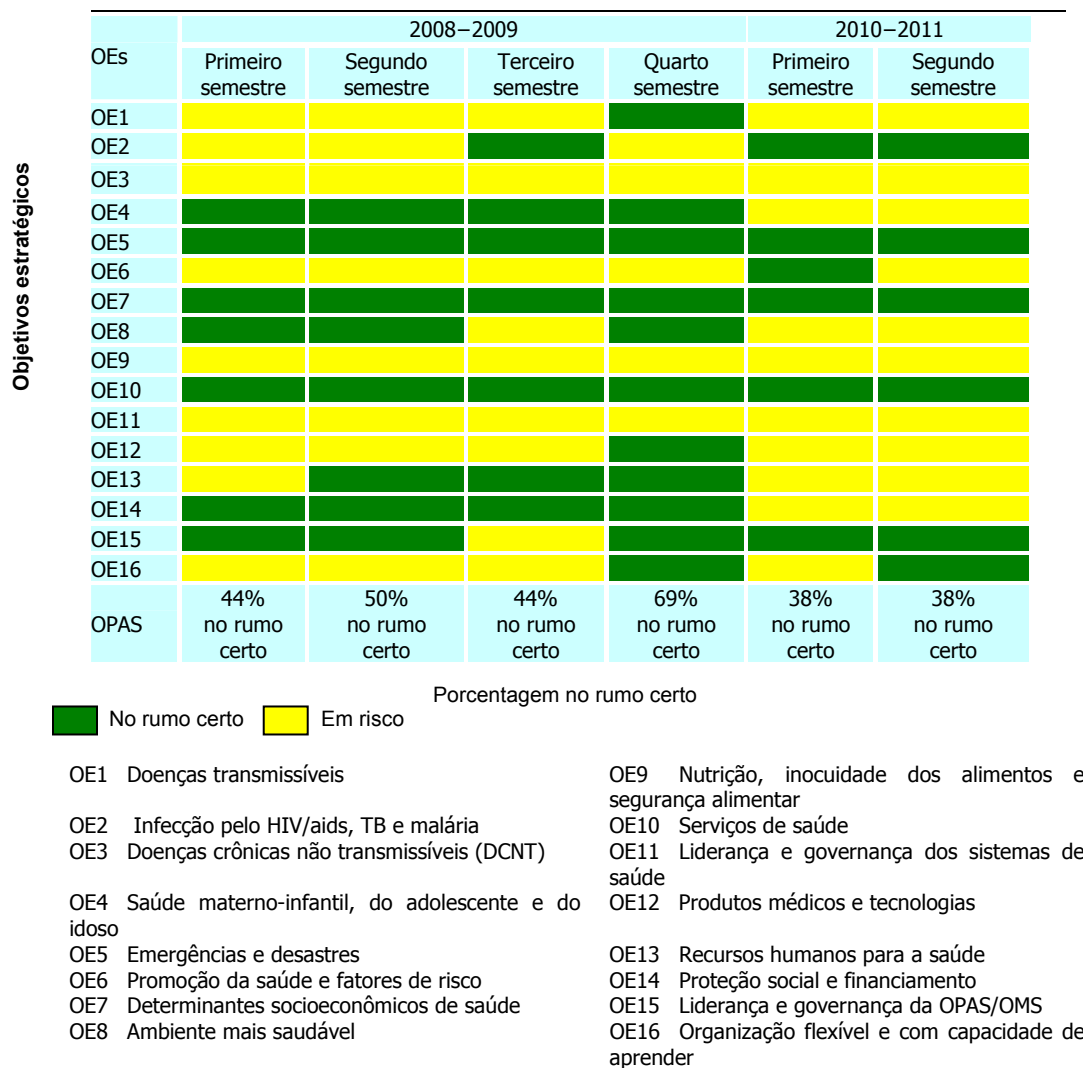
92. A seção a seguir e a Figura relacionada ilustram os principais resultados dos exercícios de avaliação e monitoramento do desempenho no biênio anterior e da avaliação intermediária de 2010–2011. Nos exercícios de avaliação e monitoramento do desempenho, foram avaliados as 69⁵ entidades da RSPA e os 16 OEs, 90 RER e 256 indicadores dos RER do Plano Estratégico.

Progresso para alcançar os Objetivos Estratégicos (OEs)

93. A Figura 14 mostra o desempenho dos OEs desde o início do Plano Estratégico (2008–2009) até o segundo semestre do atual biênio de 2010–2011. Pode-se observar que, ao fim do segundo semestre do biênio atual, 6 OEs (38%) foram avaliados como estando no rumo certo (verde) e 10 (62%) como em risco (amarelo). Nenhum OEs foi avaliado como estando em situação difícil (vermelho). Embora exista uma tendência de um número crescente de OEs avaliados com em risco, uma análise detalhada dos RER e indicadores dos RER revela melhora na taxa de execução em 2010 (Figuras 17 e 18).

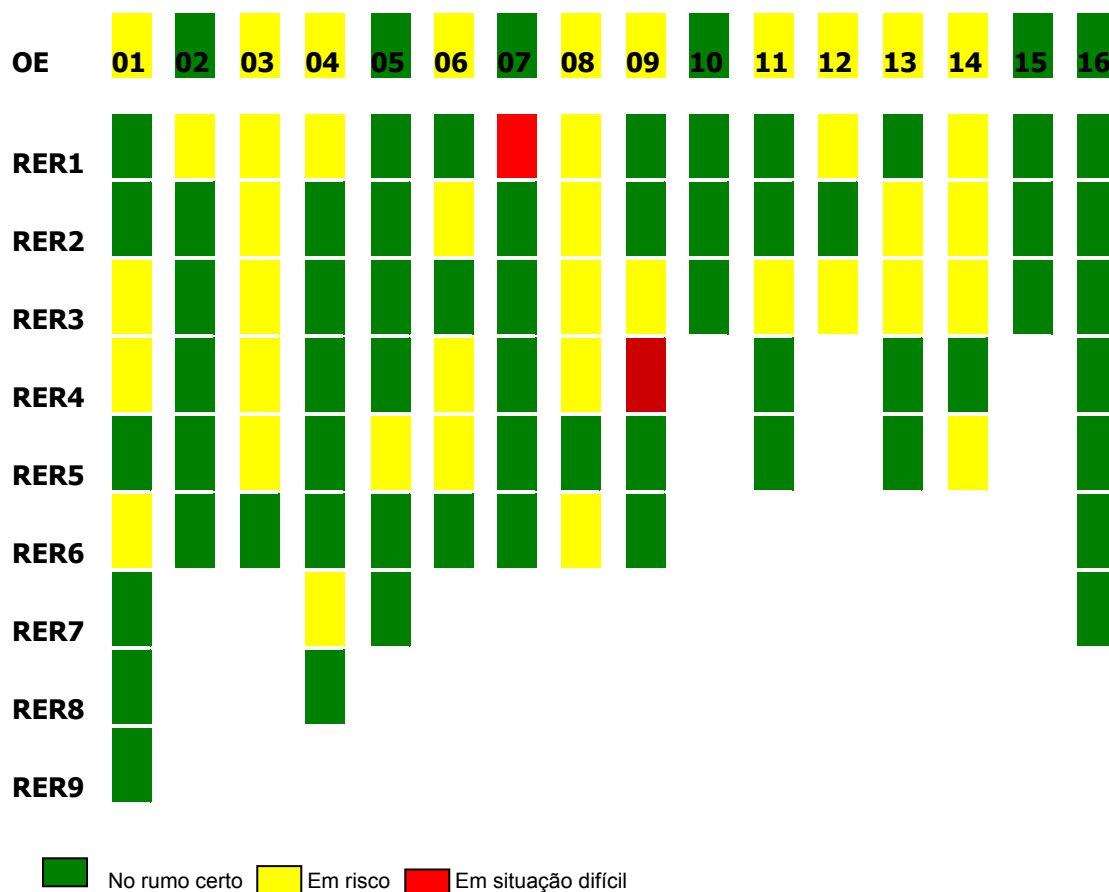
⁵ Desde dezembro de 2008, o número de entidades foi reduzido de 79 a 69 com a fusão de algumas delas.

Figura 14. Progressão para atingir os Objetivos Estratégicos, 2008–2009 até dezembro de 2010



94. A Figura 15 mostra a situação dos Resultados Esperados a Nível Regional no final do segundo semestre (dezembro de 2010) do biênio de 2010–2011. Pode-se observar que somente dois RER estavam em situação difícil (vermelho): incorporação dos determinantes da saúde nas políticas e normas nacionais (RER 7.1) e desenvolvimento e execução dos planos de nutrição (RER 9.4). Estamos trabalhando no momento nesses RER para melhorar seu desempenho e assegurar seu progresso ao final do atual ciclo de planejamento.

Figura 15. Avaliação dos Objetivos Estratégicos e Resultados Esperados a Nível Regional, avaliação e monitoramento do desempenho no segundo semestre de 2010–2011



95. As Figuras 16 e 17 indicam a melhora na taxa de execução dos RER e indicadores dos RER, respectivamente, do primeiro ao segundo semestre do biênio.

Figura 16. Progresso para atingir os RER, avaliação e monitoramento do desempenho de 2010–2011, no primeiro e segundo semestres

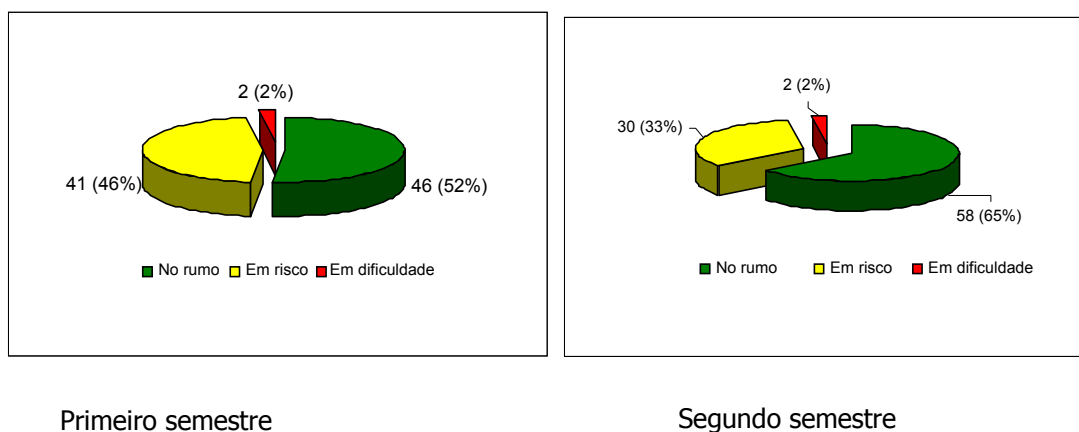
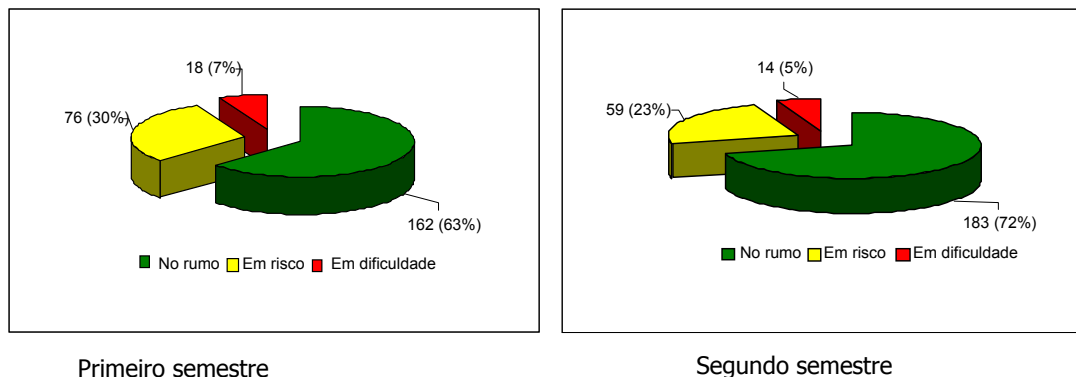


Figura 17. Progresso para atingir as metas dos indicadores dos RER, avaliação e monitoramento do desempenho de 2010–2011, no primeiro e segundo semestres



96. Os principais progressos em cada OE, até dezembro de 2010, são descritos a seguir. Uma análise completa dos OEs, RER e indicadores dos RER é apresentada no Anexo 4.

OE1 Doenças transmissíveis

- (a) Todos os países prepararam um plano de ação para fortalecer a imunização e a vigilância epidemiológica nas municipalidades e nos grupos populacionais com baixa cobertura e acesso difícil aos serviços de saúde.
- (b) Os países das Américas interromperam com sucesso a transmissão endêmica do sarampo e rubéola e estão em processo de documentar as evidências necessárias para demonstrar a eliminação dessas doenças. Foi criado um Comitê Técnico Internacional para comprovar a eliminação destas doenças no âmbito regional até 2012.
- (c) Quinze países da Região introduziram a vacina de rotavírus no seu programa de rotina, 18 introduziram com êxito a vacina antipneumocócica, e cinco incluíram a vacina contra HPV nos seus calendários nacionais de vacinação.
- (d) Houve uma resposta eficaz aos surtos causados por doenças de interesse internacional conforme o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), como dengue em vários países centro-americanos e do Caribe, peste pneumônica no Peru e cólera no Haiti.
- (e) Todos os Estados Membros implantaram procedimentos operacionais padrão (POP) nos seus Planos Nacionais de Contingência para Pandemia de Influenza (PNCPI) para as equipes de resposta rápida.
- (f) Trinta e quatro países completaram a avaliação de vigilância epidemiológica e estão em processo de implantar suas capacidades básicas de vigilância e requisitos de resposta para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005). Além disso, os mecanismos sub-regionais de integração (como CARICOM, SICA/COMISCA, CAN, Mercosul e UNASUL) adotaram a implantação do RSI nos seus respectivos países como uma meta comum de desenvolvimento.
- (g) Há um compromisso a nível regional neste biênio de executar planos nacionais para controle ou eliminação das doenças tropicais negligenciadas (DTN), além dos quatro países principais (Brasil, República Dominicana, Haiti e Honduras). O Brasil e o México formularam planos integrados para controle e eliminação de várias DTN e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a Rede Global para Doenças Tropicais Negligenciadas/Instituto Sabin de Vacinas e a OPAS têm apoiado sua execução nas áreas de demonstração. A República Dominicana, Guiana, Honduras e

Suriname têm iniciativas para fazer a transição de políticas para a elaboração de planos de ação integrados para as DTN.

- (h) A Região obteve considerável progresso na eliminação e controle da doença de Chagas e seus principais vetores:
 - i. Em 2010, Honduras e Nicarágua interromperam a transmissão do *Tripanossoma cruzi* pelo *Rhodnius prolixus* e a Costa Rica atestou a eliminação do *Rhodnius prolixus*. A ausência de transmissão de *Tripanossoma cruzi* foi revalidada em Belize. Convém observar que, em 2009, a eliminação do *Rhodnius prolixus* foi alcançada em El Salvador e em Chiapas e Oaxaca, estados do México, o que representa a eliminação do principal vetor na América Central e região sul do México. Além disso, a transmissão do *Tripanossoma cruzi* pelo *Triatoma infestans* foi interrompida em Moquegua, Peru.
 - ii. Vinte dos 21 países endêmicos para doença de Chagas implantaram universalmente teste de detecção para *Tripanossoma cruzi* nos seus bancos de sangue.
- (i) A Região prossegue sua marcha constante para eliminar a oncocercose, com a eliminação da transmissão da oncocercose em dois focos na Guatemala (Escuintla e Santa Rosa) e a interrupção da transmissão no foco norte de Chiapas no México e no foco centro-norte na Venezuela. A vigilância pós-tratamento contínua estava sendo realizada em cinco focos: Oaxaca e região sul de Chiapas, no México, Huehuetenango na Guatemala e em cada um dos focos únicos na Colômbia e Equador.
- (j) O ministério da saúde do Haiti, em cooperação com parceiros, trataram três milhões de pessoas com os dois medicamentos usados para eliminar a transmissão de filariose linfática, mesmo em face ao devastador terremoto de janeiro de 2010 e a epidemia de cólera no país.

OE2 Infecção pelo HIV/aids, TB e malária

- (a) O 50º Conselho Diretor aprovou (em setembro de 2010) a Estratégia e Plano da Ação para Eliminação da Transmissão Materno-fetal do HIV e Sífilis Congênita.
- (b) Uma redução de preço de até 20% foi obtida para os antirretrovirais (ARV) do tratamento da infecção do HIV/aids (os menores preços de referência regional atualmente disponíveis) comprados pelo mecanismo consolidado de compras com o Fundo Estratégico da OPAS. Este mecanismo está contribuindo para garantir o acesso equitativo aos antirretrovirais a um preço acessível na Região.
- (c) A Região continuou avançando na redução da morbidade e mortalidade pela malária. Em 2009, o número de casos notificados caiu 52% (565.025 em comparação com 1.182.866 em 2000) e o número de mortes caiu 61% (144 em comparação com 371 em 2000). Dos 21 países onde a malária é endêmica na Região, 18 tiveram uma redução nos casos em 2009 em relação a 2000, sendo que oito países tiveram uma redução superior a 75%, alcançando tanto as metas da iniciativa de Fazer Retroceder a Malária (RBM) como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (ODM) e os quatro que tiveram uma redução entre 50% e 75% também alcançaram a meta da iniciativa RBM.
- (d) A vigilância da resistência aos medicamentos antimaláricos foi reforçada na Região com esforços na Rede Amazônica de Vigilância da Resistência aos Antimaláricos/Iniciativa Amazônica contra a Malária (RAVREDA/AMI), que atua na Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Suriname e Peru.
- (e) Recursos do Fundo Global, no valor de \$317 milhões, foram consignados aos esforços para combater a malária na Região desde 2003. Dos 21 países endêmicos, 13 se beneficiaram desses fundos através de subvenções para os países em separado ou em projeto conjunto para os

países. Até maio de 2011, as Américas haviam recebido 12 subvenções ativas para combater a malária em 11 países, no valor firmado ou consignado de \$140 milhões e um orçamento total único de \$250 milhões.

- (f) A Região das Américas alcançou as metas dos ODM relacionadas com a TB, com redução da mortalidade e prevalência e queda da incidência; 23 países atingiram suas metas nacionais e outros 7 são no rumo certo para alcançá-las até 2015.
- (g) O plano regional para o controle da tuberculose multirresistente a medicamentos (TB-MRM) está sendo usado como um modelo para elaborar planos nacionais em toda a Região, sendo que 14 países já implantaram planos nacionais para ampliar o controle programático da TB-MRM. Sobretudo, cerca de 50% dos casos de TB-MRM estão sendo diagnosticados e tratados.
- (h) A cobertura do teste de HIV em pacientes com TB melhorou, sendo que 73% dos casos de TB-HIV recebem tratamento antirretroviral.
- (i) As ações para o controle da tuberculose entre as populações vulneráveis se ampliaram, sendo que todos os países implantaram medidas para o controle da TB nas prisões. Há também experiências com êxito no controle da tuberculose entre as populações indígenas em cinco países.
- (j) Desde a criação do Fundo Global, a OPAS tem contribuído para que os países tenham acesso aos recursos e apoiado a gestão das subvenções. O Fundo Global aprovou \$307 milhões em 28 subvenções para TB em 14 países. Atualmente, nas Américas, há 20 subvenções ativas em 15 países com um valor consignado de \$174.063.310 e um orçamento total único de \$255.899.852.

OE3 Doenças crônicas não transmissíveis

- (a) Os ministros da Saúde da Região, trabalhando com os seus principais parceiros, chegaram a um consenso e adotaram uma declaração regional para prevenção e controle de doenças não transmissíveis. A declaração determina a posição da Região na preparação para a Cúpula das Nações Unidas de 2011 sobre DNTs. A Cúpula reiterará a importância de combater essas doenças e questões relacionadas nas agendas nacionais, regionais e globais.
- (b) Em setembro de 2010, o 50º Conselho Diretor aprovou a resolução sobre Saúde, Segurança Humana e Bem-estar.
- (c) Sete países implantaram diretrizes para avaliação dos programas de combate à incapacidade.
- (d) Uma análise a nível regional em saúde bucodental foi realizada.
- (e) Seis países da Região implantaram a iniciativa de Comunidades Sem Cáries Dentárias (patrocinada pela Colgate).

OE4 Saúde materno-infantil, do adolescente e do idoso

- (a) Em 2010, a Região continuou o progresso para redução da mortalidade infantil, reduzindo-a de 20,6 por 1.000 nascidos vivos em 2009 para 19,7 em 2010.
- (b) A estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) foi ampliada aos seis países com áreas de população indígena de maior vulnerabilidade.
- (c) Dezoito países lançaram uma iniciativa regional interinstitucional para a maternidade segura.
- (d) Dezessete países elaboraram planos de ação nacionais para saúde neonatal, como parte do processo contínuo de assistência de saúde.

- (e) Trabalhando com parceiros estratégicos (organismos das Nações Unidas, sociedade civil e comunidade acadêmica), a OPAS desenvolveu uma nova estrutura para a atenção integrada da saúde infantil.
- (f) Foi elaborada um modelo conceitual para um ciclo de vida saudável e sua implicação para a saúde pública.
- (g) Onze países implementaram o Plano Regional para Envelhecimento Saudável.
- (h) Cinco países elaboraram programas com foco nos grupos de jovens indígenas.

OE5 Emergências e desastres

- (a) Trinta e um países atualizaram os planos nacionais de prontidão e respostas em casos de desastre.
- (b) O 50º Conselho Diretor aprovou o Plano de Ação para Hospitais Seguros em setembro de 2010.
- (c) Mais da metade dos países da Região implantaram hospitais seguros. Um outro índice para hospitais seguros foi desenvolvido para pequenas instalações de saúde.
- (d) A OPAS respondeu de modo eficaz aos terremotos do Haiti e do Chile.

OE6 Promoção da saúde e fatores de risco

- (a) O 50º Conselho Diretor aprovou a estratégia regional sobre o uso de substâncias químicas (em setembro de 2010).
- (b) Vinte e oito países ratificaram a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da OMS (CMLAT) e nove aprovam legislação nacional proibindo fumar em locais públicos e locais de trabalho de acordo com a CMLAT da OMS.
- (c) Quatorze países do Caribe e seis países latino-americanos implantaram indicadores padronizados para doenças crônicas não transmissíveis nos seus sistemas nacionais de informação sanitária; duas sub-regiões (CARICOM e Mercosul) incorporaram estes indicadores em sua análise da situação de saúde.
- (d) Foi criada pela OPAS em colaboração com a OEA uma Rede Regional de Saúde dos Consumidores.
- (e) A OPAS desenvolveu uma Estratégia e Plano Regional de Ação em Saúde Urbana a ser apresentado ao Comitê Executivo e Conselho Diretor em 2011 para aprovação.
- (f) O 50º Conselho Diretor (em setembro de 2010) aprovou a Estratégia Regional sobre o Uso de Substâncias Químicas e Saúde Pública. A Assembleia Mundial da Saúde aprovou a estratégia global de álcool em 2010 e recebeu colaboração de países na Região.
- (g) Três países nas Américas (Brasil, Chile e México) iniciaram programas para frear o impacto negativo do marketing de alimentos para crianças e a venda de alimentos pouco saudáveis em escolas, após a resolução histórica da Assembleia Mundial da Saúde em 2010 de convidar os Estados Membros a estabelecer políticas para frear o marketing de alimentos para crianças.
- (h) A iniciativa de ciclovias cidadãs, iniciada na América Latina, ganhou notoriedade internacional alcançada após ser apresentada como um símbolo da celebração do Dia Mundial da Saúde no dia 6 de abril de 2010.

OE7 Determinantes socioeconômicos de saúde

- (a) Dezenove países estão produzindo e coletando dados desagregados sobre saúde e seus fatores determinantes, em particular com desagregação geopolítica e geoadministrativa, e indicadores substitutos para posição socioeconômica e gradientes sociais.
- (b) A Resolução e o 50º Conselho Diretor aprovaram um documento conceitual sobre Saúde e Direitos Humanos e aprovaram uma resolução neste sentido (CD50 R8). Este é o primeiro mandato intergovernamental dentro da OPAS/OMS que estabelece medidas com respeito ao uso de instrumentos de direitos humanos para reformar os sistemas de saúde.
- (c) A Argentina sancionou legislação nacional sobre saúde mental (em dezembro de 2010). A legislação incorporou todos os tratados universais e regionais de direitos humanos e referências em saúde mental e incapacidade dos quais o país é participante, em conformidade com os tratados das Nações Unidas e OEA.
- (d) Sete países elaboraram planos para promover a integração de gênero nos ministérios da Saúde, incluindo treinamento, melhoria dos sistemas de informação e formação de grupos intersetoriais para dar apoio os ministérios.
- (e) Quatro países do Caribe Oriental implementaram a iniciativa Rostos, Vozes e Lugares. A iniciativa está também sendo implementada nas comunidades em El Chaco (território transnacional na América do Sul) através de cooperação técnica entre Argentina, Bolívia e Paraguai.

OE8 Ambiente mais saudável

- (a) Foi preparado um documento informativo regional para o desenvolvimento de políticas com boa fundamentação científica para considerar a água como um direito humano.
- (b) O Equador assinou a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança Climática da 16ª Conferência das Partes (UNFCCC/COP16), em que o país firma seu compromisso de dar atenção à mudança climática. A Bolívia incluiu a saúde no seu plano nacional de adaptação à mudança climática.
- (c) Belize, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicarágua e Panamá reembalaram e armazenaram com segurança os seus estoques de DDT.

OE9 Nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar

- (a) O 50º Conselho Diretor aprovou a Estratégia e Plano da Ação para Redução da Desnutrição Crônica (em setembro de 2010).
- (b) A Aliança Pan-americana para Nutrição e Desenvolvimento foi consolidada e está trabalhando em três países.
- (c) A Assembleia Mundial da Saúde aprovou o relatório de progresso e a resolução sobre Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas e aprovou uma resolução nesse sentido em 2010; a Região das Américas proporcionou importante contribuição para o relatório.
- (d) A Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma resolução sobre inocuidade dos alimentos em 2010; a Região das Américas contribuiu de modo importante para esta resolução, e os países estão implementando normas e diretrizes atualizadas de inocuidade dos alimentos.

OE10 Serviços de saúde

- (a) Treze países na Região estão implementando reformas para fortalecer os seus sistemas de saúde com base no compromisso e declaração de Montevideu de 2005, que foi assinada por todos os países para desenvolver sistemas baseados na atenção primária à saúde (APS).
- (b) Sete países elaboraram políticas e programas nacionais para implementar redes integradas de prestação de serviços de saúde (após Resolução CD49.R22).
- (c) O Plano Estratégico Regional para Qualidade da Atenção e Segurança do Paciente está sendo implementado; três países estabeleceram como prioridade máxima a qualidade da atenção e a segurança dos pacientes, três países estão implementando controles de verificação para cirurgia e um país padronizou em nível nacional o programa Uma Assistência Limpa é uma Assistência Mais Segura.
- (d) A Metodologia de Gestão Produtiva para Serviços de Saúde está sendo implementada em toda a Região.

OE11 Liderança e governança dos sistemas de saúde

- (a) A Plataforma de Informação em Saúde da OPAS (PHIP) e o Observatório Regional para Saúde foram criados e estão em funcionamento.
- (b) Quinze países implementaram processos para fortalecer a cobertura e a qualidade dos seus sistemas de informação em saúde; 27 continuam progredindo com a implantação da iniciativa regional de Dados Básicos de Saúde e Perfis dos Países, 10 países vêm atualizando a análise da situação da saúde a cada dois anos, e 36 países e territórios estão monitorando os ODMs relacionadas com a saúde.
- (c) A política de pesquisa em saúde da OPAS está sendo implantada, incluindo o mapeamento dos sistemas nacionais de pesquisa, desenvolvimento de iniciativas e ferramentas para a transferência de conhecimento, desenvolvimento de políticas e agendas nacionais para pesquisa e maior participação dos países da região no cadastro internacional de estudos clínicos.

OE12 Produtos médicos e tecnologias

- (a) O 50º Conselho Diretor aprovou a resolução sobre o Fortalecimento das Autoridades Nacionais Reguladoras (em setembro de 2010).
- (b) Três laboratórios de controle de qualidade de medicamentos na Região foram pré-qualificados como laboratórios de referência para as Nações Unidas.
- (c) No Haiti, os medicamentos foram distribuídos pelo PROMESS, e foram tratados 700 mil casos graves e 130 casos moderados de cólera; além disso, 6 mil unidades de hemáceas foram entregues ao Programa Nacional de Sangue e 8 unidades radiológicas foram instaladas e pessoal foi treinado para operá-las.
- (d) Vinte e três países estão participando do Fundo Estratégico da OPAS, e foi comprado um valor recorde de \$31 milhões em medicamentos essenciais para 15 Estados Membros através do Fundo.
- (e) Foi lançada a plataforma regional para inovação, pesquisa, desenvolvimento, produção e uso de medicamentos e tecnologias médicas.
- (f) Duas sub-regiões atualizaram suas políticas farmacêuticas, dois países adotaram a estratégia regional para o uso racional de medicamentos, e outros dois países estão em processo de adotar a estratégia.

- (g) Serviços radiológicos foram avaliados em quatro países.
- (h) Na América Latina e no Caribe, 99,97% do sangue foi testado para HIV e hepatites B e C.

OE13 Recursos humanos para a saúde

- (a) Uma avaliação de referência das 20 Metas Regionais para Recursos Humanos para Saúde 2007–2015 (de acordo com CSP27.R7) foi realizada no âmbito nacional na América do Sul e Caribe; os resultados estão sendo usados para respaldar decisões sobre políticas.
- (b) A Estratégia para Desenvolvimento de Competências dos Profissionais da Saúde nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde (Resolução CD50.R7) foi aprovada pelo 50º Conselho Diretor.
- (c) O desenvolvimento de materiais educacionais para os recursos humanos na saúde foi ampliado com o Campus Virtual de Saúde Pública (VCPH), cursos online (por exemplo, 15 cursos online regionais com instrutor foram implementados com participação de 896 profissionais) e maior participação nos Líderes no Programa Internacional de Saúde.

OE14 Proteção social e financiamento

- (a) A análise, expansão ou criação de proteção social com financiamento público em programas de saúde (previdência social/seguro público) tornou-se peça fundamental de políticas e estratégias de saúde e das reformas do setor da saúde atualmente sendo realizadas no Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Peru e Uruguai.
- (b) Onze países da Região formaram unidades ou departamentos especializados em economia da saúde dentro dos ministérios da Saúde, que contribuem para melhorar o trabalho dos ministérios ao avaliar a sustentabilidade e o desempenho dos mecanismos de financiamento em saúde.
- (c) Dois países da Região finalizaram avaliações do impacto causado por despesas médicas devastadoras por conta própria à situação de pobreza das famílias, usando o modelo de avaliação da OPAS (linha de pobreza ajustada pela saúde).
- (d) Dez países da Região superaram a meta de 6% do PIB para a saúde; nove têm sistemas nacionais de saúde que dão cobertura universal. As metas de aumentar os gastos públicos como porcentagem do PIB a pelo menos 6% fazem parte dos diálogos/debates de políticas para o financiamento da cobertura universal nos países. Quatro países incluíram metas específicas de médio prazo para gastos públicos como porcentagem do PIB em suas reformas do sistema nacional de saúde ou planos com objetivo de alcançar a cobertura universal.
- (e) Quinze países implantaram a produção periódica de Contas dos Gastos Nacionais de Saúde e/ou Contas-Satélites de Saúde (CSS) harmonizadas com o sistema de Contas Nacionais das Nações Unidas.

OE15 Liderança e governança da OPAS/OMS

- (a) A presença da OPAS tem crescido nas reuniões internacionais de alto nível, como o Grupo de Diretores Regionais das Nações Unidas (GNUD-ALC) e no BID (reunião anual da diretoria e reunião de corporação interamericana de investimentos).
- (b) O acordo com os principais parceiros (Canadá, EUA e Espanha) de usar instrumentos de diálogo sobre políticas resultou em melhor foco programático e criou sinergia para maior eficiência e competência para solucionar as lacunas do Plano Estratégico da OPAS.

- (c) Revitalizou-se o mecanismo de Fórum dos Parceiros, criando oportunidade para continuar a formar parcerias dentro do mecanismo de vários parceiros.
- (d) Os recursos captados cobriram 55% do déficit de financiamento do Programa e Orçamento de 2010–2011 na metade do biênio, 31 de dezembro de 2010.
- (e) Estratégias de cooperação entres países foram elaboradas em 32 países e territórios.
- (f) Duas estratégias sub-regionais de cooperação foram elaboradas (sub-regiões andina e do Caribe).

OE16 Organização flexível e com capacidade de aprender

- (a) O 50º Conselho Diretor aprovou a Estrutura de RBM da OPAS em setembro de 2010.
- (b) As demonstrações financeiras para 2010 foram as primeiras a ser realizadas com as IPSAS.
- (c) Mais de 80% das entidades da RSPA atingiram, pelo menos, 75% de implementação programática e orçamentária ao fim do primeiro ano dos planos de trabalho bienais de 2010–2011.
- (d) O painel de Avaliação e Monitoramento do Desempenho foi concluído.
- (e) As contribuições voluntárias não destinadas subiram de 11%, em 2009, para 21%.
- (f) Do número total de planos de aprendizagem para recursos humanos, 90% foram desenvolvidos e aprovados pela administração executiva da RSPA.
- (g) Houve queda no volume de fundos de contribuições voluntárias devolvidos aos parceiros, 0,25% dos recursos totais (abaixo da meta de 0,7% para fim de 2011).
- (h) O primeiro relatório de progresso parcial sobre a execução do Plano Estratégico de 2008–2012 foi apresentado ao 50º Conselho Diretor (em setembro de 2010).

Execução orçamentária

97. A execução orçamentária total em 2008–2009 foi de \$525 milhões (94% dos \$559 milhões disponíveis para o biênio) (ver Tabela 10). Houve um aumento significativo comparado com a taxa média de execução dos dois últimos biênios (79%). A execução por nível organizacional invariavelmente superou os 90%.

98. A alta taxa de execução de Outras Fontes (89%), em comparação com a média histórica de 69%, reflete uma melhora na programação dos recursos necessários para o biênio, independentemente da disponibilidade dos fundos durante a existência dos projetos. Isto permite que os fundos de “Outras Fontes”, principalmente contribuições voluntárias, sejam alinhados com o ciclo de planejamento bienal.

Tabela 11. Execução orçamentária por nível organizacional e fonte de fundos, fim de biênio, 2008–2009

Nível organizacional	Fundos disponíveis para o biênio (US\$ mil)			Gasto (US\$ mil)			Taxa de execução (%)		
	RB	OS	Total	RB	OS	Total	RB	OS	Total
País	103.965	119.968	223.933	103.241	103.935	207.176	99	87	93
Sub-regional	15.276	14.576	29.852	15.116	13.428	28.544	99	92	96
Regional	158.823	146.132	304.955	157.672	131.606	289.278	99	90	95
Total	278.064	280.676	558.740	276.029	248.969	524.998	99	89	94

Observação: Os valores não incluem fundos de projetos internos financiados pelo governo, Fundo Rotativo, Fundo Estratégico ou outros fundos que não financiam diretamente o Plano Estratégico.

99. Ao final do segundo semestre do biênio de 2010–2011 (dezembro de 2010), a taxa de execução orçamentária total da Organização (fundos desembolsados divididos pelos fundos disponíveis) foi de 46% (\$219 milhões dos \$482 milhões), o que indica que a RSPA está implementando os seus fundos a um ritmo adequado (Tabela 11). Se esta taxa de execução prosseguir, estima-se que a taxa média de execução bienal seja atingida ao final do biênio.

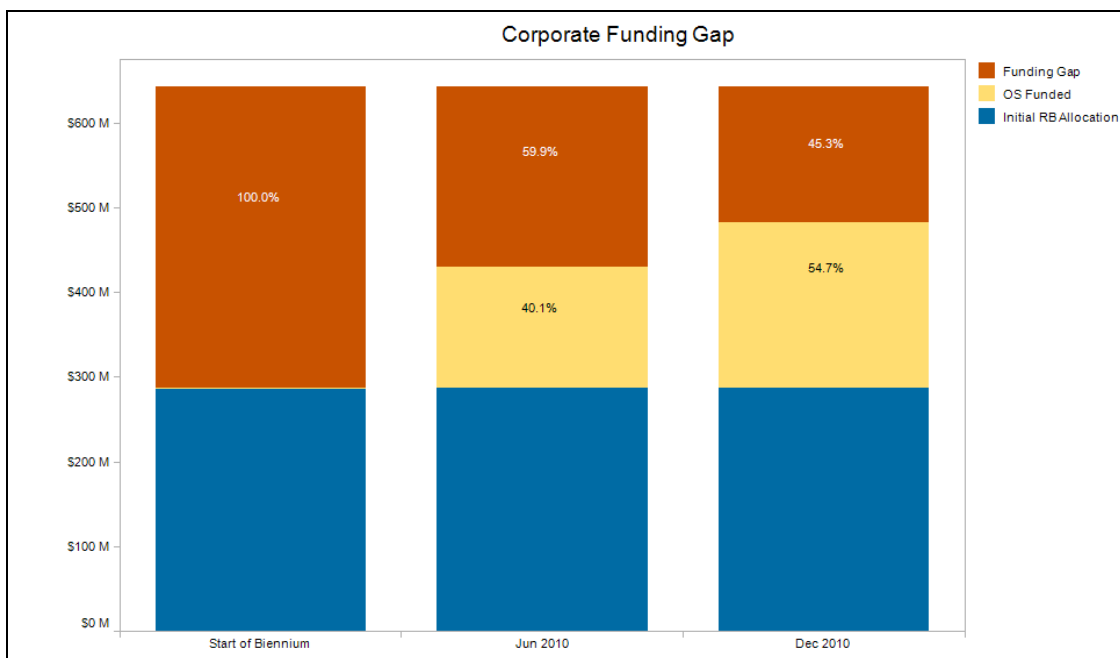
Tabela 12. Execução orçamentária, por fonte de fundos, em 31 de dezembro de 2010		
Tipo de financiamento	Fundos totais disponíveis	% executada
Orçamento ordinário	\$287.100.000	40%
Outras fontes	\$194.761.974	54%
Total	\$481.861.974	46%

Situação do déficit de financiamento

100. O déficit de financiamento é a diferença entre o custo planejado e os fundos totais alocados (fundos do Orçamento Ordinário e fundos de Outras Fontes) em um determinado ponto do período de planejamento. Esta análise pode ser realizada para determinar os recursos necessários para o plano de trabalho bienal de uma determinada entidade, a RSPA como um todo, ou para um determinado Objetivo Estratégico. Este déficit de financiamento torna-se o foco da captação de recursos para a Organização.

101. A Figura 18 mostra como o déficit de financiamento institucional da OPAS foi reduzido nos dois primeiros semestres do biênio de 2010–2011. Em dezembro de 2010, 55% (\$194,8 milhões) do déficit de financiamento (\$355,85 milhões) haviam sido cobertos.

Figura 18.
Situação do déficit de financiamento institucional da OPAS, expresso como porcentagem do
déficit inicial de financiamento, em dezembro de 2010.
Biênio de 2010–2011



	Início do biênio	Primeiro semestre	Segundo semestre
Orçamento ordinário	287.100.000	287.100.000	287.100.000
Recursos captados^a	0	142.817.000	194.761.974
Déficit de financiamento	355.851.000	213.033.569	161.089.026
Custo total planejado	642.951.000	642.951.000	642.951.000

^a Exclui os projetos internos financiados pelo governo e fundos para surtos, crises e resposta.

SIGLAS

AMRO	Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde
PTB	Plano de trabalho bienal
CAN	Comunidade Andina de Nações
CARICOM	Comunidade do Caribe
COMISCA	Conselho de Ministros da Saúde da América Central
ETI	Equivalente de tempo integral
FTP	Postos com contrato por prazo determinado
MERCOSUL	Mercado comum do cone sul
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RSPA	Repartição Sanitária Pan-Americana
RB	Orçamento ordinário
RBM	Gestão baseada em resultados
RER	Resultados esperados a nível regional
RPBP	Política Orçamentária Regional para Programas
SICA	Sistema de Integração Centro-Americana
OE	Objetivo estratégico
SPBA	Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração
CAPI	Comissão de Administração Pública Internacional das Nações Unidas
OS	Outras fontes
OSER	Resultado esperado específico de cada escritório
UNASUL	União de Nações Sul-Americanas
CV	Contribuições voluntárias
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

GLOSSÁRIO

Porção do AMRO

Porção do Orçamento Ordinário da OMS aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde para a Região das Américas.

Dólares correntes

O valor de um dólar sem ajuste para o efeito de inflação ou deflação.

Dólares constantes

Uma métrica para avaliar o preço em dólares ao longo do tempo, com ajuste para *inflação* ou *deflação*.

Taxa de execução financeira

Desembolso total dividido pela alocação total dos recursos financeiros.

Equivalente de tempo integral (ETI)

Uma medida do esforço da força de trabalho equivalente a uma pessoa que trabalha em regime de tempo integral por um ano. Uma forma de medir a força de trabalho total da RSPA, incluindo os postos com contrato por prazo determinado (FTP) financiados com o orçamento ordinário (RB) e outras fontes, assim como outro pessoal contratado através de outros mecanismos que não FTP.

Postos com contrato por prazo determinado (FTP)

Cargos da RSPA por um determinado período sujeitos às regulamentações para recursos humanos das Nações Unidas. Os FTP podem ser financiados com o orçamento ordinário ou outras fontes.

Orçamento para postos com contrato por prazo determinado

Custo associado ao financiamento dos postos com contrato por prazo determinado dentro do Orçamento Ordinário da OPAS/AMRO.

Déficit de financiamento

O déficit de financiamento é a diferença entre o custo planejado e os fundos totais alocados (do Orçamento Ordinário e de Outras Fontes) em um determinado ponto do período de planejamento. Esta análise pode ser realizada para determinar os recursos necessários para o plano de trabalho bienal de uma determinada entidade, a RSPA como um todo, ou para um determinado Objetivo Estratégico. Este déficit de financiamento torna-se o foco da captação de recursos para a Organização.

Déficit inicial não financiado

A diferença entre os custos planejados para implementar um plano de trabalho bienal e a alocação inicial (tanto do orçamento ordinário como de outras fontes) para uma determinada entidade ou Objetivo Estratégico (OE) no início do período de planejamento.

Recursos captados

Fundos de Outras Fontes destinados a cobrir o déficit não financiado para uma determinada entidade ou OE em qualquer ponto do tempo. Pode incluir contribuições voluntárias que a OPAS recebe como resultado de negociações diretas com parceiros doadores ou outro tipo de fundos captados para a execução dos planos de trabalho, como fundos para apoio de programas ou fundos do Fundo Mestre de Investimentos de Capital.

Postos sem contrato por prazo determinado

Pessoal da RSPA contratado através de qualquer mecanismo que não seja postos com contrato por prazo determinado.

Orçamento para postos sem contrato por prazo determinado

O orçamento para não FTP inclui todos os outros custos não relacionados com os postos com contrato por prazo determinado. Entre eles:

- (a) Atividades do orçamento para não FTP:** custo de atividades operacionais e do programa, como despesas de viagem, reuniões, publicações, cursos e seminários e operações gerais.
- (b) Pessoal do orçamento não FTP:** custo do pessoal da RSPA contratado através de qualquer mecanismo que não seja postos com contrato por prazo determinado.

Eficiência da força de trabalho

Custo da força de trabalho expresso como porcentagem dos gastos do total.

Produtividade da força de trabalho

Gasto total da OPAS/OMS por ano (produção bruta) em dólares constantes por equivalente de tempo integral.

ANEXOS

ANEXOS: 1 a 4

Efeito líquido da proposta de cotas de contribuição e alocação do Orçamento Ordinário por país

ANEXO 5

Análise programática e orçamentária por objetivo estratégico
Avaliação ao fim de 2010

Anexo 1 Cenário A (aumento de 10,5% das cotas de contribuição) Efeito líquido das cotas de contribuição propostas e alocação do Orçamento Ordinário por país							
Estados Membros	Cotas de contribuição			Alocações por países			Efeito líquido
	2010-2011	2012-2013	Diferença	2010-2011	2012-2013	Diferença	
Antígua e Barbuda	41.008	45.320	4.312	519.000	546.000	27.000	22.688
Argentina	5.985.304	4.960.480	(1.024.824)	3.645.000	3.833.000	188.000	1.212.824
Bahamas	143.528	127.720	(15.808)	937.000	985.000	48.000	63.808
Barbados	111.840	92.700	(19.140)	632.000	665.000	33.000	52.140
Belize	41.008	45.320	4.312	790.000	831.000	41.000	36.688
Bolívia	85.744	100.940	15.196	5.529.000	5.815.000	286.000	270.804
Brasil	14.824.392	20.478.460	5.654.068	11.397.000	11.987.000	590.000	(5.064.068)
Canadá	25.650.504	24.662.320	(988.184)	553.000	582.000	29.000	1.017.184
Chile	2.000.072	2.449.340	449.268	2.471.000	2.599.000	128.000	(321.268)
Colômbia	1.563.896	2.160.940	597.044	4.593.000	4.830.000	237.000	(360.044)
Costa Rica	348.568	455.260	106.692	2.065.000	2.172.000	107.000	308
Cuba	449.224	376.980	(72.244)	4.232.000	4.451.000	219.000	291.244
Dominica	41.008	45.320	4.312	575.000	605.000	30.000	25.688
República Dominicana	383.984	529.420	145.436	3.780.000	3.976.000	196.000	50.564
Equador	383.984	531.480	147.496	6.624.000	6.967.000	343.000	195.504
El Salvador	195.720	234.840	39.120	3.317.000	3.489.000	172.000	132.880
França	538.696	451.140	(87.556)	361.000	380.000	19.000	106.556
Granada	41.008	45.320	4.312	700.000	736.000	36.000	31.688
Guatemala	348.568	346.080	(2.488)	6.500.000	6.836.000	336.000	338.488
Guiana	41.008	45.320	4.312	2.155.000	2.267.000	112.000	107.688
Haiti	83.880	70.040	(13.840)	5.619.000	5.910.000	291.000	304.840
Honduras	83.880	105.060	21.180	4.954.000	5.210.000	256.000	234.820
Jamaica	229.272	191.580	(37.692)	2.099.000	2.207.000	108.000	145.692
México	15.174.824	17.058.860	1.884.036	6.827.000	7.180.000	353.000	(1.531.036)
Países Baixos	167.760	140.080	(27.680)	361.000	380.000	19.000	46.680
Nicarágua	83.880	70.040	(13.840)	4.435.000	4.664.000	229.000	242.840
Panamá	303.832	325.480	21.648	1.602.000	1.685.000	83.000	61.352
Paraguai	231.136	191.580	(39.556)	3.182.000	3.347.000	165.000	204.556
Peru	1.030.792	1.417.280	386.488	6.398.000	6.729.000	331.000	(55.488)
Porto Rico	206.904	173.040	(33.864)	181.000	190.000	9.000	42.864
Saint Kitts e Névis	41.008	45.320	4.312	463.000	487.000	24.000	19.688
Santa Lúcia	41.008	45.320	4.312	677.000	712.000	35.000	30.688
São Vicente e Granadinas	41.008	45.320	4.312	643.000	676.000	33.000	28.688
Suriname	83.880	70.040	(13.840)	1.117.000	1.175.000	58.000	71.840
Trinidad e Tobago	283.328	370.800	87.472	1.614.000	1.697.000	83.000	(4.472)
Reino Unido	111.840	94.760	(17.080)	372.000	391.000	19.000	36.080
Estados Unidos	110.805.480	122.456.700	11.651.220	361.000	380.000	19.000	(11.632.220)
Uruguai	337.384	440.840	103.456	1.332.000	1.400.000	68.000	(35.456)
Venezuela	3.839.840	4.503.160	663.320	3.588.000	3.774.000	186.000	(477.320)
Variável do país	0	0	0	5.640.000	5.934.000	294.000	294.000
	186.400.000	206.000.000	19.600.000	112.840.000	118.680.000	5.840.000	(13.760.000)

Anexo 2 Cenário B (aumento de 6,7% das cotas de contribuição) Efeito líquido das cotas de contribuição propostas e alocação do Orçamento Ordinário por país							
Estados Membros	Cotas de contribuição			Alocações por países			Efeito líquido
	2010-2011	2012-2013	Diferença	2010-2011	2012-2013	Diferença	
Antigua e Barbuda	41.008	43.736	2.728	519.000	533.000	14.000	11.272
Argentina	5.985.304	4.787.104	(1.198.200)	3.645.000	3.740.000	95.000	1.293.200
Bahamas	143.528	123.256	(20.272)	937.000	961.000	24.000	44.272
Barbados	111.840	89.460	(22.380)	632.000	648.000	16.000	38.380
Belize	41.008	43.736	2.728	790.000	811.000	21.000	18.272
Bolívia	85.744	97.412	11.668	5.529.000	5.674.000	145.000	133.332
Brasil	14.824.392	19.762.708	4.938.316	11.397.000	11.696.000	299.000	(4.639.316)
Canadá	25.650.504	23.800.336	(1.850.168)	553.000	567.000	14.000	1.864.168
Chile	2.000.072	2.363.732	363.660	2.471.000	2.536.000	65.000	(298.660)
Colômbia	1.563.896	2.085.412	521.516	4.593.000	4.713.000	120.000	(401.516)
Costa Rica	348.568	439.348	90.780	2.065.000	2.119.000	54.000	(36.780)
Cuba	449.224	363.804	(85.420)	4.232.000	4.343.000	111.000	196.420
Dominica	41.008	43.736	2.728	575.000	591.000	16.000	13.272
República Dominicana	383.984	510.916	126.932	3.780.000	3.879.000	99.000	(27.932)
Equador	383.984	512.904	128.920	6.624.000	6.797.000	173.000	44.080
El Salvador	195.720	226.632	30.912	3.317.000	3.405.000	88.000	57.088
França	538.696	435.372	(103.324)	361.000	371.000	10.000	113.324
Granada	41.008	43.736	2.728	700.000	718.000	18.000	15.272
Guatemala	348.568	333.984	(14.584)	6.500.000	6.670.000	170.000	184.584
Guiana	41.008	43.736	2.728	2.155.000	2.212.000	57.000	54.272
Haiti	83.880	67.592	(16.288)	5.619.000	5.767.000	148.000	164.288
Honduras	83.880	101.388	17.508	4.954.000	5.084.000	130.000	112.492
Jamaica	229.272	184.884	(44.388)	2.099.000	2.154.000	55.000	99.388
México	15.174.824	16.462.628	1.287.804	6.827.000	7.006.000	179.000	(1.108.804)
Países Baixos	167.760	135.184	(32.576)	361.000	371.000	10.000	42.576
Nicarágua	83.880	67.592	(16.288)	4.435.000	4.551.000	116.000	132.288
Panamá	303.832	314.104	10.272	1.602.000	1.644.000	42.000	31.728
Paraguai	231.136	184.884	(46.252)	3.182.000	3.266.000	84.000	130.252
Peru	1.030.792	1.367.744	336.952	6.398.000	6.566.000	168.000	(168.952)
Porto Rico	206.904	166.992	(39.912)	181.000	185.000	4.000	43.912
Saint Kitts e Névis	41.008	43.736	2.728	463.000	475.000	12.000	9.272
Santa Lúcia	41.008	43.736	2.728	677.000	695.000	18.000	15.272
São Vicente e Granadinas	41.008	43.736	2.728	643.000	660.000	17.000	14.272
Suriname	83.880	67.592	(16.288)	1.117.000	1.146.000	29.000	45.288
Trinidad e Tobago	283.328	357.840	74.512	1.614.000	1.656.000	42.000	(32.512)
Reino Unido	111.840	91.448	(20.392)	372.000	382.000	10.000	30.392
Estados Unidos	110.805.480	118.176.660	7.371.180	361.000	371.000	10.000	(7.361.180)
Uruguai	337.384	425.432	88.048	1.332.000	1.366.000	34.000	(54.048)
Venezuela	3.839.840	4.345.768	505.928	3.588.000	3.681.000	93.000	(412.928)
Variável do país	0	0	0	5.640.000	5.790.000	150.000	150.000
	186.400.000	198.800.000	12.400.000	112.840.000	115.800.000	2.960.000	(9.440.000)

Anexo 3 Cenário C (aumento de 0% das cotas de contribuição) Efeito líquido das cotas de contribuição propostas e alocação do Orçamento Ordinário por país							
Estados Membros	Cotas de contribuição			Alocações por países			Efeito líquido
	2010-2011	2012-2013	Diferença	2010-2011	2012-2013	Diferença	
Antígua e Barbuda	41.008	41.008	0	519.000	503.000	(16.000)	(16.000)
Argentina	5.985.304	4.488.512	(1.496.792)	3.645.000	3.535.000	(110.000)	1.386.792
Bahamas	143.528	115.568	(27.960)	937.000	908.000	(29.000)	(1.040)
Barbados	111.840	83.880	(27.960)	632.000	613.000	(19.000)	8.960
Belize	41.008	41.008	0	790.000	766.000	(24.000)	(24.000)
Bolívia	85.744	91.336	5.592	5.529.000	5.363.000	(166.000)	(171.592)
Brasil	14.824.392	18.530.024	3.705.632	11.397.000	11.053.000	(344.000)	(4.049.632)
Canadá	25.650.504	22.315.808	(3.334.696)	553.000	536.000	(17.000)	3.317.696
Chile	2.000.072	2.216.296	216.224	2.471.000	2.397.000	(74.000)	(290.224)
Colômbia	1.563.896	1.955.336	391.440	4.593.000	4.454.000	(139.000)	(530.440)
Costa Rica	348.568	411.944	63.376	2.065.000	2.003.000	(62.000)	(125.376)
Cuba	449.224	341.112	(108.112)	4.232.000	4.104.000	(128.000)	(19.888)
Dominica	41.008	41.008	0	575.000	559.000	(16.000)	(16.000)
República Dominicana	383.984	479.048	95.064	3.780.000	3.666.000	(114.000)	(209.064)
Ecuador	383.984	480.912	96.928	6.624.000	6.424.000	(200.000)	(296.928)
El Salvador	195.720	212.496	16.776	3.317.000	3.218.000	(99.000)	(115.776)
França	538.696	408.216	(130.480)	361.000	350.000	(11.000)	119.480
Granada	41.008	41.008	0	700.000	679.000	(21.000)	(21.000)
Guatemala	348.568	313.152	(35.416)	6.500.000	6.304.000	(196.000)	(160.584)
Guiana	41.008	41.008	0	2.155.000	2.090.000	(65.000)	(65.000)
Haiti	83.880	63.376	(20.504)	5.619.000	5.450.000	(169.000)	(148.496)
Honduras	83.880	95.064	11.184	4.954.000	4.804.000	(150.000)	(161.184)
Jamaica	229.272	173.352	(55.920)	2.099.000	2.036.000	(63.000)	(7.080)
México	15.174.824	15.435.784	260.960	6.827.000	6.621.000	(206.000)	(466.960)
Países Baixos	167.760	126.752	(41.008)	361.000	350.000	(11.000)	30.008
Nicarágua	83.880	63.376	(20.504)	4.435.000	4.301.000	(134.000)	(113.496)
Panamá	303.832	294.512	(9.320)	1.602.000	1.554.000	(48.000)	(38.680)
Paraguai	231.136	173.352	(57.784)	3.182.000	3.086.000	(96.000)	(38.216)
Peru	1.030.792	1.282.432	251.640	6.398.000	6.205.000	(193.000)	(444.640)
Porto Rico	206.904	156.576	(50.328)	181.000	175.000	(6.000)	44.328
Saint Kitts e Névis	41.008	41.008	0	463.000	449.000	(14.000)	(14.000)
Santa Lúcia	41.008	41.008	0	677.000	657.000	(20.000)	(20.000)
São Vicente e Granadinas	41.008	41.008	0	643.000	624.000	(19.000)	(19.000)
Suriname	83.880	63.376	(20.504)	1.117.000	1.083.000	(34.000)	(13.496)
Trinidad e Tobago	283.328	335.520	52.192	1.614.000	1.565.000	(49.000)	(101.192)
Reino Unido	111.840	85.744	(26.096)	372.000	362.000	(10.000)	16.096
Estados Unidos	110.805.480	110.805.480	0	361.000	350.000	(11.000)	(11.000)
Uruguai	337.384	398.896	61.512	1.332.000	1.291.000	(41.000)	(102.512)
Venezuela	3.839.840	4.074.704	234.864	3.588.000	3.480.000	(108.000)	(342.864)
Variável do país	0	0	0	5.640.000	5.472.000	(168.000)	(168.000)
	186.400.000	186.400.000	0	112.840.000	109.440.000	(3.400.000)	(3.400.000)

Anexo 4 Cenário D (aumento de 4,3% das cotas de contribuição) Efeito líquido das cotas de contribuição propostas e alocação do Orçamento Ordinário por país							
Estados Membros	Cotas de contribuição			Alocação por países			Efeito líquido
	2010–2011	2012–2013	Diferença	2010–2011	2012–2013	Diferença	
Antígua e Barbuda	41.008	42.768	1.760	519.000	519.000	0	(1.760)
Argentina	5.985.304	4.681.152	(1.304.152)	3.645.000	3.645.000	0	1.304.152
Bahamas	143.528	120.528	(23.000)	937.000	937.000	0	23.000
Barbados	111.840	87.480	(24.360)	632.000	632.000	0	24.360
Belize	41.008	42.768	1.760	790.000	790.000	0	(1.760)
Bolívia	85.744	95.256	9.512	5.529.000	5.529.000	0	(9.512)
Brasil	14.824.392	19.325.304	4.500.912	11.397.000	11.397.000	0	(4.500.912)
Canadá	25.650.504	23.273.568	(2.376.936)	553.000	553.000	0	2.376.936
Chile	2.000.072	2.311.416	311.344	2.471.000	2.471.000	0	(311.344)
Colômbia	1.563.896	2.039.256	475.360	4.593.000	4.593.000	0	(475.360)
Costa Rica	348.568	429.624	81.056	2.065.000	2.065.000	0	(81.056)
Cuba	449.224	355.752	(93.472)	4.232.000	4.232.000	0	93.472
Dominica	41.008	42.768	1.760	575.000	575.000	0	(1.760)
República Dominicana	383.984	499.608	115.624	3.780.000	3.780.000	0	(115.624)
Equador	383.984	501.552	117.568	6.624.000	6.624.000	0	(117.568)
El Salvador	195.720	221.616	25.896	3.317.000	3.317.000	0	(25.896)
França	538.696	425.736	(112.960)	361.000	361.000	0	112.960
Granada	41.008	42.768	1.760	700.000	700.000	0	(1.760)
Guatemala	348.568	326.592	(21.976)	6.500.000	6.500.000	0	21.976
Guiana	41.008	42.768	1.760	2.155.000	2.155.000	0	(1.760)
Haiti	83.880	66.096	(17.784)	5.619.000	5.619.000	0	17.784
Honduras	83.880	99.144	15.264	4.954.000	4.954.000	0	(15.264)
Jamaica	229.272	180.792	(48.480)	2.099.000	2.099.000	0	48.480
México	15.174.824	16.098.264	923.440	6.827.000	6.827.000	0	(923.440)
Países Baixos	167.760	132.192	(35.568)	361.000	361.000	0	35.568
Nicarágua	83.880	66.096	(17.784)	4.435.000	4.435.000	0	17.784
Panamá	303.832	307.152	3.320	1.602.000	1.602.000	0	(3.320)
Paraguai	231.136	180.792	(50.344)	3.182.000	3.182.000	0	50.344
Peru	1.030.792	1.337.472	306.680	6.398.000	6.398.000	0	(306.680)
Porto Rico	206.904	163.296	(43.608)	181.000	181.000	0	43.608
Saint Kitts e Névis	41.008	42.768	1.760	463.000	463.000	0	(1.760)
Santa Lúcia	41.008	42.768	1.760	677.000	677.000	0	(1.760)
São Vicente e Granadinas	41.008	42.768	1.760	643.000	643.000	0	(1.760)
Suriname	83.880	66.096	(17.784)	1.117.000	1.117.000	0	17.784
Trinidad e Tobago	283.328	349.920	66.592	1.614.000	1.614.000	0	(66.592)
Reino Unido	111.840	89.424	(22.416)	372.000	372.000	0	22.416
Estados Unidos	110.805.480	115.561.080	4.755.600	361.000	361.000	0	(4.755.600)
Uruguai	337.384	416.016	78.632	1.332.000	1.332.000	0	(78.632)
Venezuela	3.839.840	4.249.584	409.744	3.588.000	3.588.000	0	(409.744)
Variável do país	0	0	0	5.640.000	5.640.000	0	0
	<u>186.400.000</u>	<u>194.400.000</u>	<u>8.000.000</u>	<u>112.840.000</u>	<u>112.840.000</u>	<u>0</u>	<u>(8.000.000)</u>

Anexo 5 Análise programática e orçamentária por objetivo estratégico Avaliação de fim de 2010 (avaliação por OE, RER e indicador dos RER⁶)			
OE	RER	Ind. RER	Observações e recomendações⁷
OE 1 Reduzir o ônus sanitário, social e econômico das doenças transmissíveis.	1.1	1.1.1	Este OE tem, ao todo, 22 indicadores, dos quais 19 são indicadores do tipo “número de países”. Tem dois indicadores de manutenção. As metas para 2013 para dois indicadores foram alcançadas ao final de 2009 mas, em um indicador, dois países ficaram abaixo da referência de 2007 (1.3.2 – raiva). Deve-se observar a reemergência de doenças transmissíveis como dengue, o impacto dos desastres naturais e os efeitos relacionados à mudança climática.
		1.1.2	
		1.1.3	
		1.1.4	
	1.2	1.2.1	Em 2008–2009, este OE obteve U\$ 75,1 milhões (86%) do respectivo projeto orçamentário (\$86,6 milhões), dos quais 72% foram de Outras Fontes. A execução orçamentária foi de 96%, e foram alcançados 75% dos indicadores dos RER.
		1.2.2	
	1.3	1.3.1	
		1.3.2	
		1.3.3	Até dezembro de 2010, o OE havia recebido 86% de seu projeto orçamentário (\$79 milhões de \$87,9 milhões); teve execução orçamentária de 58%, e 73% dos indicadores dos RER foram considerados no rumo certo.
		1.3.4	
		1.3.5	
	1.4	1.4.1	
		1.4.2	Com base na avaliação deste OE (tanto programática e orçamentária), nos recursos captados e na prioridade deste OE no Plano Estratégico (nº. 2), cabe recomendar um aumento no projeto orçamentário para 2012–2013 ligeiramente superior aos níveis de 2010–2011 a fim de assegurar o alcance das metas de 2013. Recomendam-se recursos no valor de \$90,5 milhões, conforme o montante planejado para 2010–2011.
		1.4.3	
	1.5	1.5.1	
	1.6	1.6.1	
		1.6.2	
	1.7	1.7.1	
		1.7.2	
		1.7.3	
	1.8	1.8.1	
	1.9	1.9.1	

⁶ Código de cores: verde, no rumo certo; amarelo, em risco; vermelho, em situação difícil.

⁷ Critérios: taxa de execução (orçamentária e programática em 2008–2009 e 2010–2011, na avaliação e monitoramento do desempenho), priorização no Plano Estratégico, contribuição aos ODMs e Agenda de Saúde para as Américas e outros compromissos (ou seja, compromissos regionais e globais) e importância nas Estratégias de Cooperação dos Países (ECP).

Análise programática e orçamentária por objetivo estratégico			
Avaliação ao fim de 2010 (cont.)			
OE	RER	Ind. RER	Observações e recomendações
OE 2 Combater a infecção pelo HIV/AIDS, tuberculose e malária.	2.1	2.1.1	Este OE tem 24 indicadores, dos quais 22 são indicadores do tipo "número de países". Tem cinco indicadores de manutenção.
		2.1.2	
		2.1.3	Em 2008–2009, este OE obteve \$34,9 milhões (46%) do respectivo projeto orçamentário (\$75,1 milhões), dos quais 76% foram de Outras Fontes. A execução orçamentária foi de 93% e foram alcançadas 89% das metas dos indicadores dos RER.
		2.1.4	
		2.1.5	
		2.1.6	
		2.1.7	
	2.2	2.2.1	Até dezembro de 2010, o OE tinha recebido \$19,7 milhões (26,2%) do respectivo projeto orçamentário (\$75,1 milhões); teve execução orçamentária de 47% e 96% dos indicadores dos RER foram considerados no rumo certo.
		2.2.2	
	2.3	2.3.1	Com base na avaliação deste OE (tanto programática e orçamentária), e recursos captados nos biênios anterior e atual, parece que o orçamento para este OE está superestimado desde o biênio de 2008–2009. Além disso, a taxa de captação de recursos para este OE foi baixa. Deve-se levar em consideração o financiamento disponível para os países de outros mecanismos (ou seja, Fundo Global) e de parcerias criadas. Com base no exposto, cabe reduzir o projeto orçamentário para este OE em 2012–2013 a um montante mais realista (recomendam-se \$56,1 milhões) . Este valor leva em consideração a importância deste OE (prioridade nº. 3 no Plano Estratégico), sua contribuição ao ODM 6 e tendência de redução de fundos disponíveis para os países de outras fontes no futuro (ou seja, indicações de retirada do Fundo Global).
		2.3.2	
		2.3.3	
	2.4	2.4.1	Levando-se em consideração este cenário, a Organização terá de destinar os recursos necessários para manter a taxa de execução programática a fim de atingir as metas de 2013 para este OE.
		2.4.2	
		2.4.3	
		2.4.4	
		2.4.5	
		2.4.6	
		2.4.6	
	2.5	2.5.1	
		2.5.2	
		2.5.3	
		2.5.4	
		2.5.4	
	2.6	2.6.1	
		2.6.2	

Análise programática e orçamentária por objetivo estratégico Avaliação ao fim de 2010 (cont.)			
OE	RER	Ind. RER	Observações e recomendações
OE 3 Prevenir e reduzir a morbididade, incapacidade e morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e lesões.	3.1	3.1.1	Este OE tem 27 indicadores, dos quais 26 são indicadores do tipo "número de países". Este OE tem o maior número de indicadores dos RER em risco e em situação difícil.
		3.1.2	
		3.1.3	
		3.1.4	
		3.1.5	
	3.2	3.2.1	Em 2008–2009, este OE obteve (\$21 milhões) 75% do respectivo projeto orçamentário (\$28 milhões), dos quais 40% foram de Outras Fontes. A execução orçamentária foi de 90%, e foram alcançados 96% das metas dos indicadores dos RER de 2009.
		3.2.2	
		3.2.3	
		3.2.4	
		3.2.5	
		3.2.6	Até dezembro de 2010, este OE havia recebido 54% do respectivo projeto orçamentário (\$17,4 milhões de \$31,9 milhões), teve execução orçamentária de 45%, e 48% dos indicadores dos RER estavam no rumo certo.
		3.2.7	
	3.3	3.3.1	
		3.3.2	
		3.3.3	
		3.3.4	
		3.3.5	
	3.4	3.4.1	Com base na avaliação deste OE (tanto programática e orçamentária), as dificuldades para atingir as metas, dada a prioridade deste OE no Plano Estratégico (nº. 4) e o fato de que as doenças crônicas não transmissíveis representam um grande desafio na Região, o orçamento para este OE deve aumentar em 2012–2013 (recomendam-se \$36 milhões). Embora este OE não esteja diretamente relacionado aos ODMs, o reconhecimento pelos Estados Membros do ônus destas doenças na Região fez com que fossem tratados na Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis.
		3.4.2	
		3.4.3	
		3.4.4	
		3.4.5	
	3.5	3.5.1	
		3.5.2	
		3.5.3	
	3.6	3.6.1	
		3.6.2	

Análise programática e orçamentária por objetivo estratégico			
Avaliação ao fim de 2010 (cont.)			
OE	RER	Ind. RER	Observações e recomendações
OE 4	4.1	4.1.1	Este OE tem, ao todo, 15 indicadores, dos quais 13 são indicadores do tipo “número de países”. Em 2008–2009, este OE obteve \$24,7 milhões (67%) do respectivo projeto orçamentário (\$37,2 milhões), dos quais 54% foram de Outras Fontes. A execução orçamentária foi de 85%, e foram alcançados 100% das metas dos indicadores dos RER. Até dezembro de 2010, este OE havia recebido 56% do respectivo projeto orçamentário (\$21,35 milhões de \$37,1 milhões), havia atingido uma execução orçamentária de 59%, e 73% dos indicadores dos RER foram considerados no rumo certo. Em vista do exposto acima, e considerando que este OE tem prioridade nº. 1 no Plano Estratégico, sua contribuição aos ODMs 4 e 5 e a solicitação dos Estados Membros de alinhar a alocação orçamentária com as prioridades programáticas, o projeto orçamentário para este OE em 2012–2013 deve ser aumentada (recomendam-se \$42,5 milhões). Em vista deste aumento e da importância das questões públicas contempladas neste OE, a Organização terá de aumentar os esforços para melhorar a taxa de execução no biênio atual e no próximo biênio a fim de assegurar que os recursos sejam plenamente implementados e que as metas para 2013 sejam alcançadas. Dada a sua prioridade, este OE deve ter o maior aumento porcentual.
Reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante as etapas fundamentais da vida, incluindo gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos.		4.1.2	
		4.1.3	
	4.2	4.2.1	
		4.2.2	
	4.3	4.3.1	
	4.4	4.4.1	
		4.4.2	
	4.5	4.5.1	
		4.5.2	
	4.6	4.6.1	
		4.6.2	
	4.7	4.7.1	
		4.7.2	
	4.8	4.8.1	
OE 5	5.1	5.1.1	Este OE tem 17 indicadores dos RER, dos quais 6 são indicadores do tipo “número de países”; 9 são indicadores de manutenção. Em 2008–2009, este OE obteve \$49,3 milhões, 41% do respectivo projeto orçamentário (de fundos captados para responder a emergências na Região), dos quais 92% foram de Outras Fontes. Atingiu a sua execução orçamentária e 100% das metas dos indicadores dos RER. Até dezembro de 2010, este OE havia recebido 65% do respectivo projeto orçamentário (\$22,7 milhões de \$35 milhões); havia alcançado execução orçamentária de 75% e 88% dos seus indicadores dos RER foram considerados no rumo certo. Um adicional de \$27,1 milhões foi obtido de recursos ordinários de capital. Com base no exposto acima, e o fato de que este OE se beneficia de recursos ordinários de capital, o orçamento pode permanecer no mesmo nível de 2010–2011 (\$35 milhões).
Reduzir as consequências para a saúde de emergências, desastres, crises e conflitos e minimizar seu impacto socioeconômico.		5.1.2	
		5.1.3	
	5.2	5.2.1	
		5.2.2	
	5.3	5.3.1	
		5.3.2	
	5.4	5.4.1	
		5.4.2	
	5.5	5.5.1	
		5.5.2	
		5.5.3	
	5.6	5.6.1	
		5.6.2	
		5.6.3	
	5.7	5.7.1	
		5.7.2	

Análise programática e orçamentária por objetivo estratégico Avaliação ao fim de 2010 (cont.)			
OE	RER	Ind. RER	Observações e recomendações
OE 6	6.1	6.1.1	Este OE tem 14 indicadores dos RER e são todos indicadores do tipo "número de países"; 1 indicador já atingiu as metas para 2013.
Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir os fatores de risco, como fumo, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, alimentação não saudável, sedentarismo e sexo sem proteção, que afetam as condições de saúde.		6.1.2	
		6.1.3	Em 2008–2009, este OE obteve \$14,2 milhões (89%) do respectivo projeto orçamentário (\$16 milhões), dos quais 56% foram de Outras Fontes. A execução orçamentária foi de 93%, e foram alcançados 60% das metas dos indicadores dos RER.
	6.2	6.2.1	
		6.2.2	
		6.2.3	
	6.3	6.3.1	
		6.3.2	Até dezembro de 2010, este OE havia recebido 69% do respectivo projeto orçamentário (\$11 milhões de \$15,96 milhões); havia alcançado execução orçamentária de 53%, e 57% de seus indicadores dos RER foram considerados no rumo certo.
		6.3.3	
		6.3.4	
	6.4	6.4.1	Este OE enfrentará dificuldades nos planos de trabalho dos biênios atual e futuro para manter as conquistas e atingir metas futuras (especialmente na área do controle do tabagismo). Além disso, como é complementar ao OE3 (prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis), recomenda-se que seja concedido um aumento discreto em 2012–2013 (\$17 milhões).
	6.5	6.5.1	
		6.5.2	
	6.6	6.6.1	
OE 7	7.1	7.1.1	Este OE tem 12 indicadores dos RER, dos quais 10 são indicadores do tipo "número de países"; 1 indicador já alcançou as metas para 2013.
Abordar os determinantes socioeconômicos básicos da saúde por meio de políticas e programas que melhoram a equidade na saúde e integram enfoques baseados nos direitos humanos que favoreçam as populações pobres e sejam sensíveis ao gênero.	7.2	7.2.1	
		7.2.2	Em 2008–2009, este OE havia recebido \$17,4 milhões (100%) do respectivo projeto orçamentário, dos quais 58% foram de Outras Fontes. A sua execução orçamentária foi de 95%, e foram alcançados 94% das metas dos indicadores dos RER.
		7.2.3	
	7.3	7.3.1	
	7.4	7.4.1	
	7.5	7.5.1	Até dezembro de 2010, este OE havia recebido 61% do respectivo projeto orçamentário (\$12,7 milhões de \$20,96 milhões); havia alcançado execução orçamentária de 70%, e 83% dos indicadores dos RER foram considerados no rumo certo. Em particular, dois indicadores foram considerados em situação difícil (7.1.1, implementação de estratégia para contemplar recomendações de políticas da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, e 7.6.3, saúde de grupos étnicos/raciais).
		7.5.2	
		7.5.3	
	7.6	7.6.1	
		7.6.2	Com base no exposto acima, a prioridade deste OE (nº. 5), o fato de que trata de questões de saúde de alcance intersectorial (determinantes da saúde) do Plano Estratégico e sua importância dentro da Agenda de Saúde para as Américas (área para ação nº. 2), cabe recomendar um aumento no projeto orçamentário para 2012–2013 (recomendam-se \$22,7 milhões). Considera-se este OE uma das prioridades absolutas nas Estratégias de Cooperação dos Países.
		7.6.3	

Análise programática e orçamentária por objetivo estratégico Avaliação ao fim de 2010 (cont.)			
OE	RER	Ind. RER	Observações e recomendações
OE 8	8.1	8.1.1	Este OE tem 13 indicadores dos RER, dos quais 5 são indicadores do tipo “número de países”. Este OE teve o maior número de indicadores dos RER em risco em dezembro de 2010 (na avaliação e monitoramento do desempenho). Em 2008–2009, este OE obteve \$19,1 milhões (76%) do respectivo projeto orçamentário (\$25 milhões), dos quais 31% foram de Outras Fontes. A sua execução orçamentária foi de 91%, e foram alcançados 84% das metas dos indicadores dos RER. Até dezembro de 2010, este OE havia recebido 79% do respectivo projeto orçamentário (\$19,8 milhões de \$24,93 milhões); havia alcançado execução orçamentária de 53%, e 31% de seus indicadores dos RER foram considerados no rumo certo. Considerando as dificuldades para manter as conquistas e atingir futuras metas para este OE (de acordo com a avaliação e monitoramento do desempenho de dezembro de 2010), e considerando o impacto dos desastres e questões relacionadas ao clima, assim como sua contribuição ao ODM 7, justifica-se um aumento no seu projeto orçamentário 2012–2013 (recomendam-se \$26,5 milhões).
Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas em todos os setores a fim de abordar as causas fundamentais das ameaças ambientais à saúde.		8.1.2	
		8.1.3	
		8.1.4	
	8.2	8.2.1	
	8.3	8.3.1	
		8.3.2	
	8.4	8.4.1	
		8.4.2	
	8.5	8.5.1	
		8.5.2	
	8.6	8.6.1	
		8.6.2	
OE 9	9.1	9.1.1	Este OE tem 14 indicadores dos RER; todos são do tipo “número de países”. Há 1 indicador de manutenção. Em 2008–2009, este OE obteve \$15,8 milhões (75%) do respectivo projeto orçamentário (\$21 milhões), dos quais 35% foram de Outras Fontes. A execução orçamentária foi de 97% e foram alcançados 76% das metas dos indicadores dos RER. Até dezembro de 2010, este OE havia recebido \$19,3 milhões (92% do respectivo projeto orçamentário (\$20,94 milhões); teve execução orçamentária de 43% e 64% dos indicadores dos RER foram considerados no rumo certo. Com base no exposto acima, e as dificuldades enfrentadas para atingir algumas das metas dos indicadores dos RER, a contribuição deste OE ao ODG1 (com a criação da Aliança Pan-Americana para Nutrição e Desenvolvimento para os ODMs), e o fato de que a Organização é o principal ator atuando na área de inocuidade dos alimentos e nutrição, recomenda-se um aumento do projeto orçamentário para este OE (\$22,5 milhões).
Melhorar a nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar ao longo do ciclo de vida, e em apoio à saúde pública e desenvolvimento sustentável.		9.1.2	
	9.2	9.2.1	
	9.3	9.3.1	
		9.3.2	
		9.3.3	
	9.4	9.4.1	
		9.4.2	
		9.4.3	
		9.4.4	
		9.4.5	
	9.5	9.5.1	
		9.5.2	
	9.6	9.6.1	

Análise programática e orçamentária por objetivo estratégico Avaliação ao fim de 2010 (cont.)			
OE	RER	Ind. RER	Observações e recomendações
OE 10	10.1	10.1.1	Este OE tem sete indicadores dos RER; todos são indicadores do tipo "número de países".
Melhorar a organização, gestão e prestação de serviços de saúde.		10.1.2	
		10.1.3	
		10.1.4	
	10.2	10.2.1	
		10.2.2	Em 2008–2009, este OE obteve \$34,4 milhões, 7% acima do respectivo projeto orçamentário (\$32 milhões), dos quais 63% foram de Outras Fontes. A sua execução orçamentária foi de 85%, e foram alcançados 80% das metas dos indicadores dos RER.
	10.3	10.3.1	
			Até dezembro de 2010, este OE havia recebido 42% do respectivo projeto orçamentário (\$16,95 milhões de \$40 milhões); havia alcançado execução orçamentária de 46%, e 86% dos indicadores dos RER foram considerados no rumo certo.
			Com base no exposto acima, cabe manter o mesmo nível de projeto orçamentário em 2012–2013 (\$40 milhões) para este OE. Embora seja prioridade nº. 7 no Plano Estratégico, os países identificaram este OE como sendo uma das principais prioridades nas suas Estratégias de Cooperação dos Países. Além disso, este OE está diretamente relacionado com 3 das 8 áreas para ação na Agenda de Saúde para as Américas.
OE 11	11.1	11.1.1	Este OE tem 14 indicadores dos RER, dos quais 12 são indicadores do tipo "número de países"; 1 é um indicador de manutenção.
Fortalecer a liderança, governança e base de dados dos sistemas de saúde.		11.1.2	
	11.2	11.2.1	Em 2008–2009, este OE obteve \$31,1 milhões (89%) do respectivo projeto orçamentário (\$35 milhões), dos quais 42% foram de Outras Fontes. A sua execução orçamentária foi de 97%, e foram alcançadas 71% das metas dos indicadores dos RER.
		11.2.2	
	11.3	11.3.1	
		11.3.2	Até dezembro de 2010, este OE havia recebido 71% do respectivo projeto orçamentário (\$30,6 milhões de \$42,84 milhões); alcançou execução orçamentária de 50%, e 86% dos indicadores dos RER foram considerados no rumo certo.
		11.3.3	
		11.3.4	
	11.4	11.4.1	
		11.4.2	
	11.5	11.5.1	Com base no exposto acima, cabe realizar o mesmo nível de projeto orçamentário para este OE (prioridade nº. 11) em 2012–2013. Este OE também é complementar ao OE10 (serviços de saúde), OE13 (recursos humanos para saúde) e OE14 (proteção social e financiamento sanitário).
		11.5.2	
		11.5.3	

Análise programática e orçamentária por objetivo estratégico Avaliação ao fim de 2010 (cont.)			
OE	RER	Ind. RER	Observações e recomendações
OE 12 Garantir melhor acesso, qualidade e uso de produtos e tecnologias médicas.	12.1	12.1.1	Este OE tem 9 indicadores dos RER; todos são indicadores do tipo "número de países". Um indicador já alcançou a meta para 2013. Em 2008–2009, este OE obteve \$19,2 milhões (87%) do respectivo projeto orçamentário (\$22 milhões), dos quais 69% foram de Outras Fontes. A sua execução orçamentária foi de 90%, e foram alcançados 88% das metas dos indicadores dos RER.
		12.1.2	
		12.1.3	
		12.1.4	
		12.1.5	
	12.2	12.2.1	Até dezembro de 2010, este OE havia recebido 103% do respectivo projeto orçamentário (\$19,45 milhões em relação a \$18,96 milhões). Havia alcançado execução orçamentária de 57%, e 67% dos indicadores dos RER foram considerados no rumo certo.
		12.2.2	
	12.3	12.3.1	O orçamento deste OE para 2010–2011 foi reduzido em cerca de 14%, em comparação ao orçamento para 2008–2009. Com base no nível de captação de recursos e taxa de execução em 2010–2011, parece que este OE esteve suborçado em 2010–2011. Recomenda-se, portanto, um discreto aumento no orçamento para 2012–2013 (\$20 milhões). Este OE está relacionado com "Captação do Conhecimento, Ciência e Tecnologia," área para ação nº. 7 da Agenda de Saúde para as Américas.
		12.3.2	
OE 13 Assegurar uma força de trabalho de saúde disponível, competente, flexível e produtiva para melhorar os resultados sanitários.	13.1	13.1.1	Este OE tem 13 indicadores dos RER; são todos indicadores do tipo número de países.
		13.1.2	
	13.2	13.2.1	Em 2008–2009, este OE obteve \$14,8 milhões (64%) do respectivo projeto orçamentário (\$23 milhões), dos quais 41% foram de Outras Fontes. A sua execução orçamentária foi de 92%, e foram alcançados 68% das metas dos indicadores dos RER.
		13.2.2	
	13.3	13.3.1	Até dezembro de 2010, este OE havia recebido 61% do respectivo projeto orçamentário (\$12,26 milhões de \$19,95 milhões); havia alcançado execução orçamentária de 57%, e 69% dos indicadores dos RER foram considerados no rumo certo.
		13.3.2	
	13.4	13.4.1	Considerando as dificuldades em atingir as metas deste OE (segundo avaliação do fim de biênio de 2008–2009 e a avaliação e monitoramento do desempenho em dezembro de 2010), e sua prioridade no Plano Estratégico (nº. 6), recomenda-se um aumento ao projeto orçamentário para 2012–2013 (\$21,5 milhões). Houve redução do projeto orçamentário deste OE de \$23 milhões em 2008–2009 para cerca de \$20 milhões em 2010–2011. Este OE também está relacionado com "Fortalecimento da Gestão e Desenvolvimento de Profissionais de Saúde", área para ação nº. 6 da Agenda de Saúde para as Américas.
		13.4.2	
		13.4.3	
		13.4.4	
		13.4.5	
	13.5	13.5.1	
		13.5.2	

Análise programática e orçamentária por objetivo estratégico Avaliação ao fim de 2010 (cont.)			
OE	RER	Ind. RER	Observações e recomendações
OE 14 Estender a proteção social mediante financiamento justo, adequado e sustentável.	14.1	14.1.1	Este OE tem 10 indicadores dos RER, dos quais 9 são indicadores do tipo “número de países”. Até a avaliação e monitoramento do desempenho dezembro de 2010, este OE tinha o segundo maior número de indicadores dos RER em risco.
	14.2	14.2.1	
		14.2.2	
		14.2.3	Em 2008–2009, este OE obteve \$4,9 milhões (32%) do respectivo projeto orçamentário (\$15 milhões), dos quais 23% foram de Outras Fontes (o OE depende principalmente de fundos do Orçamento Ordinário). A sua execução orçamentária foi de 94%, e foram alcançados 77% das metas dos indicadores dos RER.
	14.3	14.3.1	
		14.3.2	
		14.3.3	
	14.4	14.4.1	
		14.4.2	
	14.5	14.5.1	Até dezembro de 2010, este OE havia recebido 50% do respectivo projeto orçamentário (\$5 milhões de \$10,27 milhões); havia alcançado execução orçamentária de 50%, e somente 20% de seus indicadores dos RER foram considerados no rumo certo.
			Considerando as dificuldades de alcançar as metas deste OE, sua complementaridade ao OE10 (serviços de saúde) e sua contribuição à Agenda de Saúde para as Américas (área para ação n.º 3, “Expansão da Proteção Social e Acesso a Serviços de Saúde de Qualidade”) recomenda-se um aumento do projeto orçamentário deste OE para 2012–2013 (recomendam-se \$10,2 milhões) .
OE 15 Fornecer liderança, fortalecer a governança e estimular parcerias e colaboração com Estados-Membros, sistema das Nações Unidas e outros interessados diretos para cumprir o mandato da OPAS/OMS de promover a agenda global de saúde, conforme estabelecido no 11º Programa Geral de Trabalho da OMS e na Agenda de Saúde para as Américas.	15.1	15.1.1	Este OE cobre funções facilitadoras para apoiar o alcance de outros OEs. Tem 15 indicadores dos RER, dos quais 4 são do tipo “número de países”.
		15.1.2	
		15.1.3	
		15.1.4	Em 2008–2009, este OE obteve US\$ 69,7 milhões, a sua execução orçamentária foi de 98%, e foram alcançados 90% das metas dos indicadores dos RER.
		15.1.5	
	15.2	15.2.1	
		15.2.2	Até dezembro de 2010, este OE havia recebido 83% do respectivo projeto orçamentário (US\$ 61,8 milhões de US\$ 74,9 milhões); a sua execução orçamentária foi de 58%, e 80% dos indicadores dos RER foram considerados no rumo certo (verde).
		15.2.3	
		15.2.4	
		15.2.5	
		15.2.6	
	15.3	15.3.1	Não é proposta nenhuma mudança ao projeto orçamentário deste OE.
		15.3.2	
		15.3.3	
		15.3.4	

Análise programática e orçamentária por objetivo estratégico Avaliação ao fim de 2010 (cont.)			
OE	RER	Ind. RER	Observações e recomendações
OE 16 Desenvolver e manter a OPAS/OMS como uma organização de aprendizagem flexível, para que possa realizar seu mandato de modo mais eficiente e eficaz.	16.1	16.1.1	Este OE tem 30 indicadores dos RER. Cobre as funções facilitadoras para apoiar o trabalho realizado nos OEs 1 a 15. Este OE não tem nenhum indicador do tipo "número de países".
		16.1.2	
		16.1.3	
		16.1.4	
		16.1.5	
	16.2	16.2.1	Em 2008–2009, este OE obteve US\$ 113,1 milhões, a sua execução orçamentária foi de 98%, e foram alcançadas 94% das metas dos indicadores dos RER.
		16.2.2	
		16.2.3	
		16.2.4	
		16.2.5	
		16.2.6	Até dezembro de 2010, este OE havia recebido US\$ 99,3 milhões, a sua execução orçamentária foi de 56%, e 90% dos indicadores dos RER foram considerados no rumo certo (verde).
	16.3	16.3.1	
		16.3.2	
		16.3.3	
		16.3.4	
		16.3.5	Recomenda-se uma redução do projeto orçamentário para este OE para reduzir o montante de fundos designados às funções facilitadoras de acordo com a meta estabelecida no Plano Estratégico (reduzir em 15% o orçamento deste OE em relação ao orçamento total até 2013).
	16.4	16.4.1	
		16.4.2	
		16.4.3	
	16.5	16.5.1	
		16.5.2	
		16.5.3	
		16.5.4	
		16.5.5	
	16.6	16.6.1	
		16.6.2	
		16.6.3	
		16.6.4	
		16.6.5	
		16.6.6	