



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima primeira sessão

Yamoussoukro, Côte d'Ivoire, 29 de Agosto–2 de Setembro de 2011

Ponto 12 da ordem do dia provisória

**ORÇAMENTO-PROGRAMA DA OMS 2012-2013:
ORIENTAÇÕES DE EXECUÇÃO NA REGIÃO AFRICANA**

Relatório do Secretariado

Resumo

1. O presente documento toma em consideração as prioridades de saúde da Região Africana e propõe orientações para a execução do Orçamento-Programa da OMS, para o biénio 2012-2013.
2. O Orçamento-Programa está estruturado em torno de 13 Objectivos Estratégicos e respectivos Resultados Esperados em Toda Organização, definidos no Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS para 2008-2013. Os recursos orçamentais foram afectados a cada um dos Objectivos Estratégicos e a cada um dos Resultados Esperados em Toda a Organização.
3. A Assembleia Mundial da Saúde adoptou o Orçamento-Programa global da OMS para o biénio 2012-2013, totalizando 3 958 979 000 de dólares. À Região Africana foi atribuída uma parcela de 1 093 066 000 de dólares (28%). Este orçamento será financiado através de contribuições fixas (19%) e contribuições voluntárias (81%).
4. Tendo em consideração a crise financeira mundial, o orçamento para a Região Africana foi reduzido, em comparação com os 1 193 940 000 dólares em 2008-2009 e 1 262 864 000 dólares em 2010-2011. Por isso, o orçamento para 2012-2013 é inferior ao de 2008-2009 em 8,4% e ao de 2010-2011 em 13,4%.
5. Este Orçamento-Programa reduzido implica uma descida drástica no grau de apoio às prioridades regionais e programas relacionados com os ODM, nomeadamente o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo; sistemas de saúde; saúde materna, neonatal e infantil; promoção da saúde e prevenção primária das doenças, incluindo as doenças não transmissíveis.
6. O Comité Regional anotou e aprovou as orientações propostas.

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
INTRODUÇÃO	1–4
PRIORIDADES.....	5–19
Prioridades mundiais.....	5–8
Prioridades regionais.....	9–19
LIÇÕES RETIRADAS	20–24
ORÇAMENTO-PROGRAMA 2012-2013	25–33
PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A EXECUÇÃO	34–36
PAPÉIS E RESPONSABILIDADES.....	37–38
CONCLUSÃO.....	39–40

ANEXO

	<i>Página</i>
Quadro 1: Orçamento da OMS para toda a Organização por Objectivo Estratégico e por Escritório Principal, OP 2012-2013 (Milhões de dólares).....	8
Quadro 2: Total de dotações orçamentais para a Região Africana da OMS, discriminadas por Escritório Regional e Representações nos países, por Objectivo Estratégico e fonte de financiamento, OP 2012-2013 (Milhares de dólares).....	9
Quadro 3: Dotações orçamentais aos países por fonte de financiamento, Região Africana da OMS, OP 2012-2013 (Milhares de dólares).....	10

INTRODUÇÃO

1. O Projecto de Orçamento-Programa para 2012-2013 refere-se ao último biénio do Plano Estratégico a Médio Prazo (MTSP) 2008–2013. A orientação da 128.^a sessão do Conselho Executivo foi rever o orçamento, com base em estimativas realistas das receitas e das despesas, tendo em conta as lições retiradas da execução dos Orçamentos-Programa 2008-2009 e 2010-2011, com o encadeamento e as consequências dos resultados claramente definidos. O nível do orçamento apresentado foi revisto para levar em consideração a actual situação financeira que é afectada pela crise financeira mundial. Em comparação com os dois biénios transactos, 2008-2009 e 2010-2011, o Orçamento-Programa 2012-2013 sofreu uma diminuição de, respectivamente, 8,4% e 13,4%.

2. Com base na recomendação da 128.^a sessão do Conselho Executivo, a Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2011, aprovou a Resolução WHA64.3 intitulada: *Resolução sobre dotações para o exercício financeiro 2012-2013*. Esta resolução permite que os escritórios da OMS a todos os níveis formulem planos de trabalho para o biénio 2012-2013. Os planos de trabalho para a Região Africana serão baseados nas prioridades identificadas pelos Estados-Membros nos seus planos nacionais de desenvolvimento sanitário, nas Estratégias de Cooperação da OMS com os Países (CCS) e nas prioridades regionais estabelecidas no documento intitulado *Atingir um Desenvolvimento Sustentável da Saúde na Região Africana: Orientações Estratégicas para a OMS 2010-2015*.

3. Devido à redução do orçamento para a Região Africana, o principal apoio aos Estados-Membros na implementação das suas prioridades precisará de esforços acrescidos para mobilizar recursos e trabalhar em colaboração com outros parceiros. Assim, o Escritório Regional (AFRO) manterá a sua política de descentralização na resposta aos pedidos de apoio dos países, dentro dos limites dos recursos disponíveis.

4. O presente documento descreve sucintamente as prioridades de saúde da Região Africana e propõe orientações para a execução do Orçamento-Programa da OMS para o biénio 2012-2013.

PRIORIDADES

Prioridades mundiais

5. A execução deste Orçamento-Programa reconhecerá o facto de faltarem apenas três anos para a revisão dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, em 2015. A última grande Reunião Plenária de Alto Nível das Nações Unidas, realizada em Setembro de 2010, sobre os ODM, analisou os progressos alcançados. Na OMS, os resultados da revisão de 2010 servem de base à orientação política, especificam as áreas em que os progressos não são adequados e indicam as áreas para onde se devem orientar as energias da OMS.

6. No que respeita aos ODM relacionados com a saúde materno-infantil, o trabalho da OMS centrar-se-á em países com um pesado fardo de doenças. O método operacional processar-se-á através de um acordo de colaboração e de coordenação com outras agências das Nações Unidas e outros parceiros do desenvolvimento. Além disso, os progressos devem ser sustentados para responderem às doenças infantis evitáveis pela vacinação, com especial ênfase na erradicação da poliomielite. Conforme está definido no MTSP, o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo continuam entre as prioridades mundiais.

7. As doenças cardiovasculares, o cancro, a diabetes, as doenças pulmonares crónicas e outras doenças não transmissíveis são hoje responsáveis por 60% das mortes em todo o mundo¹. Muitas destas mortes são prematuras e ocorrem nos países de baixos e médios rendimentos. Embora haja intervenções comprovadas a custo acessível que podem reduzir efectivamente a morbilidade, as incapacidades e as mortes prematuras, mesmo em países de baixos rendimentos, o fardo mundial das doenças não transmissíveis continua a crescer, com graves implicações para a saúde e o desenvolvimento socioeconómico.

8. O apoio da OMS aos países reflectirá as necessidades e circunstâncias nacionais. Deverá ser de tal qualidade que demonstre a liderança e o valor da OMS na esfera da saúde. Uma das principais preocupações durante o biénio deverá ser a análise e o alinhamento da distribuição de funções aos três níveis da Organização. Isto é particularmente fundamental em áreas prioritárias, como a do desenvolvimento de políticas e estratégias nacionais.

Prioridades regionais

9. Os sistemas nacionais de saúde na Região necessitam de um financiamento aumentado e suficiente para a saúde, com: combinação de recursos e partilha dos riscos financeiros; uma força de trabalho bem formada e com remuneração adequada; a criação/implementação de um Observatório dos Profissionais de Saúde aos níveis regional e do país; uma manutenção adequada das instalações, incluindo laboratórios organizados como parte de uma rede de transferências; e liderança que forneça uma clara orientação e se inspire no potencial de todos os interessados, com especial ênfase nas comunidades. Todas as intervenções se basearão em dados do Observatório Africano da Saúde, criado no Escritório Regional e destinado a analisar dados e a fornecer informação acerca dos resultados e das tendências da saúde.

10. A mortalidade materna é um dos problemas de saúde mais trágicos em África, daí o compromisso de a reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015 (ODM5). A recente estimativa da mortalidade materna revelou que apenas dois países da Região fizeram progressos na via da consecução do objectivo ODM5². No que respeita ao ODM4 sobre redução da mortalidade infantil, apenas sete países³ da Região estão no bom caminho para atingirem o objectivo definido. O sucesso da melhoria da saúde materna, neonatal e infantil exigirá uma continuidade de intervenções de saúde pública, que vão desde o nível comunitário ao do sistema de saúde, durante toda a vida, com esforços concomitantes para reforçar os sistemas de prestação de serviços de saúde e actuar sobre os determinantes sociais e económicos mais alargados da saúde das mulheres.

11. O paludismo, o VIH/SIDA e a tuberculose contribuem significativamente para o fardo das doenças transmissíveis na Região. Apesar da redução do número de casos e de óbitos nos serviços de saúde em certos países, o paludismo representa ainda cerca de 17% da mortalidade dos menores de cinco anos na Região. Os programas de prevenção do VIH não atingiram ainda adequadamente os grupos vulneráveis, incluindo as mulheres e os jovens, e as populações de maior risco, como os profissionais do sexo, os toxicodependentes que se injectam e os reclusos. Assim, mantém-se a necessidade de intensificar os esforços de prevenção do VIH, de forma a reduzir o número de novas infecções. As tendências dos casos de tuberculose detectados e curados com a Terapia de Curta Duração sob Observação Directa (DOTS) indicam que é improvável que os Estados-Membros da Região Africana da OMS atinjam em 2015 o ODM da tuberculose.

¹ Prevenção das doenças crónicas: Um investimento vital, Relatório da OMS, 2005.

² OMS, UNICEF, FNUAP, Banco Mundial, Tendências da mortalidade materna; 1980 a 2008, Genebra 2010.

³ Argélia, Cabo Verde, Eritreia, Libéria, Madagáscar, Maurícia e Seychelles.

12. O ressurgimento e a circulação continuada do poliovírus selvagem, estão associados à fraca imunidade da população, como resultado do insucesso em manter a alta cobertura da vacinação de rotina. A implementação de estratégias de combate ao sarampo na Região Africana levaram à redução de 92% nos óbitos estimados pelo sarampo até 2008, porém, em alguns países, há ainda entraves à manutenção do desempenho dos serviços de vacinação. Para erradicar a poliomielite e eliminar o sarampo, é preciso uma acção sustentada que produza os efeitos desejados, incluindo o aumento da cobertura da vacinação de rotina e a disponibilidade de oportunidades adicionais de vacinação. A abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED) é um importante instrumento para fazer face às falhas no desempenho da vacinação e reforçar a gestão das vacinas e de outros serviços de saúde a nível distrital.

13. Há milhões de pessoas que vivem na Região e sofrem as ameaças das doenças de potencial epidémico, como a cólera, a meningite cerebrospinal, as febres hemorrágicas virais e, mais recentemente, a pandemia da gripe A (H1N1), em 2009. Um número significativo de doenças emergentes tem origem nos animais, o que transforma o contacto entre animais e humanos numa perigosa fonte de doenças com potenciais implicações sobre a saúde pública, a nível mundial. Além disso, as catástrofes naturais e os distúrbios sociais continuam a causar uma onda de deslocados em muitos países. O impacto das alterações climáticas que provocam secas, cheias e ciclones está a originar mortes, crises alimentares, má nutrição e destruição das habitações e das infra-estruturas sociais, incluindo as instalações de saúde. Tudo isto tem um impacto directo e indirecto sobre o fardo das doenças e a prestação de cuidados de saúde, afectando negativamente a consecução dos ODM.

14. As doenças tropicais negligenciadas (DTN), incluindo a úlcera de Buruli, a lepra, a tripanossomíase humana africana, a esquistossomíase, a oncocercose, a helmintíase transmitida pelo solo, a filariase linfática e a dracunculose afectam cerca de mil milhões de pessoas em todo o mundo, cabendo à África o fardo mais pesado. O Tratamento com Ivermectina Dirigido pela Comunidade (CDTI) tem sido eficaz, mesmo em comunidades com recursos limitados. O uso da abordagem CDTI poderá ser promovido para a aplicação de outras intervenções de saúde pública.

15. A Região tem assistido a um aumento acelerado de doenças não transmissíveis (DNT), incluindo a violência e os traumatismos, a juntar ao já pesado fardo de doenças transmissíveis. Se não forem tomadas medidas, as DNT serão responsáveis por, pelo menos, 50% das causas da mortalidade na Região Africana, até 2020⁴. A Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde apelou, em 2008, à acção em três áreas principais: i) melhorar as condições da vida diária das populações; ii) combater a desigual distribuição de poderes, dinheiro e recursos; iii) medir e compreender o problema e avaliar o impacto da acção. Apesar destas recomendações, a governação e as forças socioeconómicas que moldam os factores de risco e aos principais determinantes da saúde, incluindo a água potável, o saneamento e os ambientes saudáveis, não estão a ser abordadas de forma sistemática na Região.

16. Para além das principais prioridades, os Estados-Membros e os parceiros na Região Africana aprovaram três declarações principais: i) a Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhor saúde para África no novo milénio; ii) a Declaração de Argel sobre investigação em saúde; iii) a Declaração de Libreville sobre saúde e ambiente em África; e iv) a Declaração de Brazzaville sobre Doenças Não Transmissíveis. Estas declarações exortam os Estados-Membros a: reforçarem os seus sistemas de saúde, usando a abordagem dos Cuidados de Saúde Primários; fazerem todos os esforços possíveis para a mobilização de recursos, em sintonia com a Declaração de Paris de 2005 e a Agenda de Acra para

⁴ Prevenção das doenças crónicas: Um investimento vital, Relatório da OMS, 2005.

a Acção sobre a Eficácia da Ajuda; e criarem uma aliança estratégica sobre saúde e ambiente, como base para planos conjuntos de acção.

17. Na Região Africana, a adopção de várias declarações e apelos à acção tem promovido consensos para a agenda da saúde. Com base nestas e outras realizações, formularam-se Orientações Estratégicas da OMS para conseguir um desenvolvimento sustentável na esfera da saúde na Região Africana, no período 2010–2015, para manter as conquistas alcançadas e enfrentar as prioridades actuais, emergentes e reemergentes. As Orientações Estratégicas são, portanto, orientadas para a acção, destinando-se a melhorar os resultados da saúde na Região. Conduzidas pelas funções essenciais da OMS, as Orientações Estratégicas destacam seis áreas prioritárias: i) atenção contínua ao papel de liderança da OMS na prestação de orientações normativas e políticas, assim como no reforço das parcerias e na harmonização; ii) apoio ao reforço dos sistemas de saúde, com base na abordagem dos cuidados de saúde primários; iii) colocar em primeiro lugar a saúde das mães e das crianças; iv) acção rápida sobre o VIH/SIDA, paludismo e tuberculose; v) intensificar a prevenção e controlo das doenças transmissíveis e não transmissíveis; vi) acelerar a resposta aos determinantes da saúde.

18. Com orientação dos seus órgãos directivos, a OMS continuará a providenciar liderança na saúde aos níveis regional e nacional, através de uma melhor prestação de orientações normativas e políticas sobre os principais problemas de saúde pública, tais como o reforço dos sistemas de saúde locais, o financiamento da saúde e a protecção social, as intervenções comunitárias e o acesso universal aos cuidados de saúde. Serão, portanto, promovidas novas alianças estratégicas e reforçadas as parcerias existentes dentro e fora do sistema das Nações Unidas, incluindo a União Africana, as Comunidades Económicas Regionais (CER) e as iniciativas mundiais de saúde. A OMS criará oportunidades para promover parcerias com os doadores bilaterais e dará prioridade à valorização do seu trabalho na Região Africana. A colaboração com os parceiros do desenvolvimento, em apoio ao posicionamento da saúde nos processos de planeamento macroeconómico e afectação de recursos receberá uma maior atenção, incluindo a intensificação da mobilização de recursos e a exploração de mecanismos de financiamento inovadores.

19. Todas estas prioridades estão estabelecidas nas Estratégias de Cooperação com os Países (ECP) e no documento intitulado *Atingir um Desenvolvimento Sustentável da Saúde na Região Africana: Orientações Estratégicas para a OMS 2010–2015*.

LIÇÕES APRENDIDAS

20. A execução dos anteriores Orçamentos-Programa revela um aumento constante das contribuições voluntárias, frequentemente já pré-destinadas, e nenhum aumento das contribuições fixas. No entanto, a quebra prevista de receitas para o biénio 2010-2011 levou à redução do orçamento para o biénio 2012-2013, afectando significativamente as contribuições voluntárias. A intenção é tornar o orçamento mais realista, para melhorar a sua credibilidade. Contudo, o elevado grau de incerteza sobre as contribuições voluntárias permanecerá.

21. A experiência passada tem mostrado que existem sempre despesas imprevistas, devidas a necessidades inesperadas, na execução do Orçamento-Programa. Torna-se, por isso, necessário que a Directora-Geral e o Director Regional retenham uma parte das contribuições fixas, no início do biénio. Esses fundos deverão ser libertados durante o segundo ano do biénio.

22. Na Região Africana, muito poucos países estão em condições de atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. É, por isso, necessário reforçar e manter o empenho político e a advocacia, para: aumentar as receitas para financiar o sector da saúde; praticar uma colaboração intersectorial eficaz; reforçar os conhecimentos e a resposta aos principais determinantes da

saúde; e promover a intensificação de intervenções essenciais e de elevado impacto relacionadas com os problemas de saúde prioritários.

23. Nos países, a consecução dos objectivos relacionados com a saúde depende da disponibilidade de recursos suficientes e da optimização do seu uso, para prestar serviços de alta qualidade que sejam de acesso equitativo. Assim, torna-se fundamental o papel da liderança nacional e da boa governação na junção de todos os interessados e na prestação de orientações claras.

24. A atenção atribuída pelos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio à consecução de objectivos quantitativos, com prazos fixados, tem constituído um estímulo para a medição dos resultados e dos progressos realizados. Essa atenção também tem revelado algumas deficiências graves na capacidade dos países para gerarem estatísticas e outras informações sobre saúde.

ORÇAMENTO-PROGRAMA 2012-2013

25. O Orçamento-Programa para 2012-2013 fundamenta-se nos princípios da gestão e integração baseados em resultados. O Secretariado da OMS reformulou os indicadores e metas do Plano Estratégico a Médio Prazo 2008–2013, em relação a alguns Resultados Esperados em Toda a Organização (OWER), para o biénio 2012-2013.

26. Embora a percentagem do orçamento global da OMS atribuída à Região Africana para 2012-2013 tenha permanecido o mesmo, 28% em comparação com 2010-2011, o orçamento total para a Região Africana diminuiu para 1 093 066 000 de dólares (Quadro 1), em comparação com 1 193 940 000 dólares em 2008-2009 e 1 262 864 000 dólares em 2010-2011. Esta redução no orçamento baseia-se no nível de execução do orçamento para o biénio 2008-2009 e em projecções realistas dos recursos previstos para 2012-2013. Por isso, o Orçamento-Programa proposto para 2012-2013 é mais baixo do que o de 2008-2009 em 8,4% e do que o de 2010-2011, em 13,4%.

27. O Orçamento-Programa da OMS é constituído por três segmentos, nomeadamente: i) Os programas base, abrangendo actividades sobre as quais a OMS tem um controlo orçamental exclusivo; ii) Programas especiais e acordos de colaboração (SPA), que a OMS está a executar em colaboração com os parceiros; e iii) Resposta aos surtos e às crises (OCR), abrangendo a resposta da OMS às ocorrências externas, quer sejam naturais quer provocadas pelo homem.

28. A distribuição do orçamento por esses três segmentos é a seguinte: 640 250 000 dólares para os programas base, 371 630 000 dólares para as SPA e 81 186 000 dólares para a OCR. Quanto às fontes de financiamento, 19% do orçamento será financiado pelas contribuições fixas e 81% deverá ser mobilizado através das contribuições voluntárias, que muitas vezes não estão asseguradas e não são flexíveis, visto que, normalmente, já estão pré-destinadas a programas específicos.

29. A distribuição do Orçamento-Programa pelos 13 Objectivos Estratégicos (OE) constitui uma preocupação quando comparado com o orçamento de 2008-2009 para o qual as receitas e as despesas eram bem conhecidas. Houve uma redução substancial nas afectações a alguns OE, nomeadamente aos OE 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12 e 13. A diminuição da afectação do orçamento oscila entre 6,1% e 73,3%. Os OE com a maior redução de orçamento são os que abrangem a nutrição e a segurança alimentar (-73,3%); os sistemas de saúde (-49,6%); a SIDA, TB e Paludismo (-39,3%); a administração e finanças (-38,7%); saúde materna e infantil (-33,4%); ambientes saudáveis (-32,2%); e promoção da saúde e factores de risco (-20,7%). Estas reduções afectarão a implementação de actividades sobre as áreas mais prioritárias na Região, designadamente: o reforço dos sistemas de saúde; a prevenção e controlo do VIH/SIDA, TB e paludismo; e a saúde materno-infantil. Como

também se pode notar, regista-se uma grande redução no orçamento do OE9, relacionado com a nutrição e a segurança alimentar, que é uma componente fundamental da redução da mortalidade infantil.

30. A redução no orçamento do OE12, que trata da liderança da OMS na saúde a nível mundial e da mobilização de recursos e de parcerias, constitui também matéria de preocupação. Este objectivo estratégico representa áreas que requerem eficácia e capacidades adicionais, numa altura em que a OMS atravessa um espaço de desenvolvimento internacional da saúde cada vez mais congestionado, especialmente a nível de países.

31. No entanto, alguns objectivos estratégicos, nomeadamente o OE1 sobre doenças transmissíveis, OE5 sobre emergências e catástrofes, OE7 sobre determinantes sociais e económicos da saúde e OE11 sobre tecnologias e produtos médicos, terão um aumento na afectação de verbas orçamentais, respectivamente, de 53,1%, 38,2%, 17,9% e 14,3%. Por outro lado, uma discriminação do OE1 por OWER revelará um nível muito significativo do financiamento da poliomielite neste objectivo estratégico, ao abrigo do segmento SPA do orçamento.

32. Para estes objectivos estratégicos, esse aumento é consistente com as necessidades da Região – o pesado fardo das doenças transmissíveis, a elevada percentagem de Estados-Membros afectados por situações de emergência e crises humanitárias de vários tipos, a importância dos determinantes sociais e económicos da saúde na Região e o acesso extremamente limitado às tecnologias e aos produtos médicos.

33. De modo geral, a afectação do orçamento às Representações da OMS no seu todo e ao Escritório Regional, por fonte de financiamento, é apresentada no Quadro 2 do Anexo. Informação detalhada sobre a afectação orçamental aos países é fornecida no Quadro 3 (ver Anexo). As Representações da OMS recebem uma parcela de 66% do orçamento regional e a afectação ao Escritório Regional, incluindo as Equipas de Apoio Interpaíses, representa 34% do orçamento regional. O financiamento das afectações interpaíses está destinado a ser gasto no apoio directo aos países. Assim, a percentagem da afectação real do orçamento ao Escritório Regional é, na verdade, inferior a 34%.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A EXECUÇÃO

34. De modo geral, a execução do Orçamento-Programa deve ser orientada por princípios essenciais, tais como o uso da abordagem da gestão baseada em resultados, a política de descentralização, a responsabilização dos Estados-Membros e do Secretariado da OMS perante os órgãos Directivos e o reforço das parcerias para a saúde na Região.

35. Por outro lado, com base na estrutura do Plano Estratégico a Médio Prazo, que apresenta as vantagens da estabilidade e comparabilidade, foram definidos três temas principais para orientar a execução do Orçamento-Programa 2012-2013:

- a) Integração da acção da OMS em todos os programas e níveis da Organização, que se tornou cada vez mais clara, evitando que os 13 Objectivos Estratégicos funcionem como silos artificiais;
- b) Continuidade ao longo do biénio, traduzindo-se no uso das lições aprendidas com o relatório de avaliação do desempenho do Orçamento-Programa 2008–2009 e com a intensificação das intervenções que provaram a sua relevância e eficácia;

- c) Alterações baseadas em novas orientações e prioridades, conforme articuladas pelas estratégias de cooperação com os países e estabelecidas pelas Resoluções da Assembleia Mundial da Saúde.

36. O trabalho da Organização continuará a ser orientado pelos objectivos e valores estabelecidos na Constituição da OMS. A execução do Orçamento-Programa 2012-2013 será, por outro lado, orientada pela agenda de reforma da OMS, que está organizada em sete secções. A primeira secção centra-se em cinco áreas de actividades essenciais, que correspondem praticamente às funções essenciais estabelecidas no Programa Geral de Trabalho. A segunda secção centra-se numa maior eficácia operacional. A terceira secção trata do reforço baseado em resultados do planeamento, gestão e responsabilização. A secção quatro refere-se à política e gestão dos recursos humanos. A secção cinco trata do financiamento, mobilização de recursos e comunicações estratégicas. As duas últimas secções centram-se no modo como as reformas irão reforçar a eficácia ao nível nacional (secção 6) e o papel da OMS na governação da saúde, a nível mundial (secção 7). Na Região Africana, a prestação de apoio técnico aos países tem de ser considerada como uma das áreas mundiais a reforçar, durante o processo de reforma da OMS.

PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

37. Espera-se que os países se empenhem na implementação das actividades prioritárias, em sintonia com os seus planos nacionais de saúde, Estratégias de Cooperação com os Países e os Objectivos do Plano Estratégico a Médio Prazo que foram acordados para 2008–2013. Para minimizar o impacto da crise financeira mundial, os Estados-Membros terão de advogar um empenho colectivo claro, que assegure um financiamento adequado à execução eficaz do Orçamento-Programa e permita abordar as principais prioridades, através de mecanismos de financiamento novos e inovadores, tais como o Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública.

38. Com a implementação na Região do Sistema Mundial de Gestão (GSM), que é um novo instrumento de gestão da OMS, o Secretariado da OMS deverá elaborar planos operacionais realistas e cumprir com maior disciplina a execução do Orçamento-Programa. Deve dar-se ênfase ao apoio aos países e ao aumento dos esforços de advocacia e mobilização de recursos para financiar o Orçamento-Programa. A política de descentralização, no contexto de uma maior delegação de poderes, deve ser implementada numa base sustentada.

CONCLUSÃO

39. Para o biénio 2012-2013, a Região Africana receberá um orçamento global de 1 093 066 000 de dólares, o que representa uma redução significativa, se compararmos com os Orçamentos-Programa de 2008-2009 e 2010-2011. Esta redução terá implicações óbvias na dotação de pessoal e nas actividades da OMS. Relativamente ao apoio aos Estados-Membros da Região, a proposta de Orçamento-Programa implica uma redução drástica do apoio aos países para os programas de: VIH/SIDA, TB e paludismo; sistemas de saúde; saúde materna, neonatal e infantil; promoção da saúde e prevenção primária, incluindo as DNT, a maioria das quais são áreas dos ODM.

40. O Comité Regional anotou e adoptou as orientações propostas para a execução do Orçamento-Programa 2012-2013, na Região Africana.

ANEXO

Este Anexo inclui os seguintes três quadros, nomeadamente: Quadro 1, Quadro 2 e Quadro 3.

Quadro 1: Orçamento para toda a Organização, por Objectivo Estratégico e Escritório Principal, OP 2012-2013 (Milhões de dólares)

Objectivo Estratégico	AFRO	AMR O	SEARO	EURO	EMRO	WPRO	SEDE	Total
	US\$ M	US\$ M	US\$ M	US\$ M	US\$ M	US\$ M	US\$ M	US\$ M
1. Doenças transmissíveis	484 082	27 463	129 118	24 008	169 361	59 631	384 467	1 278 130
2. VIH/SIDA, tuberculose e paludismo	147 467	20 136	76 291	21 200	57 920	46 622	170 662	540 298
3. Condições não transmissíveis crónicas	18 948	9 771	11 537	16 500	7 818	12 353	36 836	113 763
4. Saúde materna, infantil, dos adolescentes e da 3ª idade	77 084	13 281	13 581	10 900	8 384	10 587	84 489	218 306
5. Emergências e catástrofes	91 271	11 711	38 390	11 323	177 774	8 235	43 324	382 028
6. Factores de risco para a saúde	20 286	9 116	13 038	14 500	10 580	12 817	41 918	122 255
7. Determinantes sociais e económicos da saúde	10 746	3 191	2 493	5 900	5 193	0 882	14 384	42 789
8. Ambiente mais saudável	12 719	8 710	9 376	15 500	6 308	7 461	26 751	86 825
9. Nutrição e segurança alimentar	10 633	4 511	4 097	6 000	2 629	5 372	21 656	54 898
10. Sistemas e serviços de saúde	71 791	29 738	36 439	30 500	38 847	35 873	104 905	348 093
11. Produtos e serviços médicos	25 823	7 349	6 208	3 000	8 658	10 750	75 495	137 283
Total por OE tec.	970 850	144 977	340 568	159 331	493 472	210 583	1 004 887	3 324 668
12. Liderança, governação e parcerias da OMS	45 968	10 909	12 986	27 500	25 010	15 410	119 787	257 570
13. Funções de facilitação e de apoio	76 248	17 230	30 655	26 500	35 029	19 753	171 326	376 741
Total por OE 12-13	122 216	28 139	43 641	54 000	60 039	35 163	291 113	634 311
Total geral	1 093 066	173 116	384 209	213 331	553 511	245 746	1 296 000	3 958 979
%	28%	4%	10%	5%	14%	6%	33%	100%

Quadro 2: Total das dotações orçamentais para a Região Africana da OMS, verba por Escritório Regional e Representações, por Objectivo Estratégico e fonte de financiamento, OP 2012-2013 (milhares de dólares)

OE	Escritório Regional + EIP			Representações nos Países			Total		
	CF	CV	Total	CF	CV	Total	CF	CV	Total geral
OE 1	7225	122 571	129 796	13 594	340 692	354 286	20 819	463 263	484 082
OE 2	5858	55 569	61 427	5827	80 213	86 040	11 685	135 782	147 467
OE 3	4375	3622	7997	6692	4259	10 951	11 067	7881	18 948
OE 4	7382	22 217	29 599	13 679	33 806	47 485	21 061	56 023	77 084
OE 5	2306	19 725	22 031	1994	67 246	69 240	4300	86 971	91 271
OE 6	4364	4043	8407	6986	4 893	11 879	11 350	8936	20 286
OE 7	3219	1737	4956	3110	2680	5790	6329	4417	10 746
OE 8	1994	2930	4924	4079	3716	7795	6073	6646	12 719
OE 9	2345	2828	5173	3443	2017	5460	5788	4845	10 633
OE 10	10 865	15 005	25 870	14 949	30 972	45 921	25 814	45 977	71 791
OE 11	3071	5492	8563	3533	13 727	17 260	6604	19 219	25 823
OE 12	5455	9194	14 649	31 319	0	31 319	36 774	9194	45 968
OE 13	18 213	31 451	49 664	23 723	2861	26 584	41 936	34 312	76 248
TOTAL	76 672	296 385	373 057	132 928	587 081	720 009	209 600	883 466	1 093 066

Quadro 3: Dotação orçamental de cada país, por fonte de financiamento, Região Africana da OMS, OP 2012-2013 (milhares de dólares)

	TOTAL CF	TOTAL CV	TOTAL CF+CV
	132,928	587,081	720,009
Retenção (3% para CF, 20% para CV)	3,988	117,416	121,404
Líquido para Planos de Trabalho	128,940	469,665	598,605
País			
Argélia	1,947	667	2,614
Angola	3,550	35,852	39,402
Benim	2,562	4,062	6,624
Botsuana	2,101	1,271	3,372
Burkina Faso	3,188	11,775	14,964
Burundi	3,104	5,816	8,921
Camarões	2,475	2,409	4,884
Cabo Verde	2,199	745	2,944
República Centro-Africana	2,820	2,300	5,120
Chade	3,121	5,043	8,164
Comores	2,530	1,055	3,585
Congo	2,377	3,196	5,573
República Democrática do Congo	3,600	55,370	58,971
Cote D'Ivoire	2,433	5,452	7,885
Guiné Equatorial	1,841	1,184	3,025
Eritreia	2,411	5,475	7,886
Etiópia	4,945	53,511	58,456
Gabão	2,038	1,903	3,941
Gâmbia	2,201	3,100	5,302
Gana	2,422	7,775	10,197
Guiné	3,108	5,039	8,147
Guiné-Bissau	2,417	752	3,169
Quênia	2,973	16,764	19,736
Lesoto	2,569	2,329	4,897
Libéria	2,848	4,197	7,045
Madagáscar	2,778	14,333	17,111
Malawi	2,883	12,331	15,214
Mali	3,367	4,018	7,385
Mauritânia	2,681	3,437	6,119
Maurícia	1,691	646	2,337
Moçambique	3,417	9,741	13,158
Namíbia	2,204	1,983	4,187
Níger	3,394	6,989	10,383
Nigéria	4,688	73,208	77,896
Reunião	204	0	204
Ruanda	3,220	5,590	8,810
Santa Helena	147	0	147
São Tomé e Príncipe	1,876	637	2,512
Senegal	2,640	4,072	6,712
Seychelles	1,603	520	2,123
Serra Leoa	2,837	10,989	13,826
África do Sul	3,890	7,450	11,341
Suazilândia	2,178	3,860	6,038
República Unida da Tanzânia	3,472	25,638	29,109
Togo	2,459	2,896	5,354
Uganda	3,155	11,926	15,081
Zâmbia	3,276	9,415	12,691
Zimbabwe	3,100	22,943	26,043
TOTAL	128,940	469,665	598,605

