

PANORAMA

1. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), al igual que la Organización Mundial de la Salud (OMS), elabora los programas y presupuestos bienales para su trabajo en el marco de la gerencia basada en resultados. La propuesta de Programa y Presupuesto 2012-2013 es la última del Plan Estratégico actual: representa el costo de la consecución de los resultados previstos de la OPS a nivel regional durante el bienio, a través de un presupuesto integrado por varias fuentes de financiamiento.
2. La OPS recibe financiamiento de tres fuentes principales:
 - a) **el presupuesto ordinario** de la OPS, que comprende las contribuciones señaladas (cuotas) de los Estados Miembros de la OPS más la estimación de los ingresos varios;
 - b) **la proporción de AMRO**, que es la porción del presupuesto ordinario de la OMS aprobada para la Región de las Américas por la Asamblea Mundial de la Salud;
 - c) **otras fuentes**, que comprende la mayoría de las contribuciones voluntarias movilizadas por la OPS o por medio de la OMS; una porción menor del financiamiento proviene de fondos de apoyo a los programas y de fondos especiales como el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y la Cuenta Especial.
3. Las fuentes de financiamiento descritas en el presupuesto ordinario de la OPS y en la proporción de AMRO provienen de contribuciones señaladas y son flexibles. Las contribuciones voluntarias incluidas en otras fuentes, en cambio, son en su mayor parte específicas (es decir, se basan en proyectos). El financiamiento eficaz del Plan Estratégico 2008-2012, y de los programas y presupuestos asociados al mismo, exige una gestión cuidadosa de las diferentes fuentes y tipos de ingresos para asegurar el financiamiento completo de las actividades planificadas. Las contribuciones voluntarias no específicas constituyen una base de recursos predecible y flexible que facilita el financiamiento del trabajo básico de la Organización. Las contribuciones voluntarias específicas — que representan la mayor parte de las contribuciones voluntarias actualmente negociadas— son menos flexibles y, por lo tanto, pueden no estar disponibles para el financiamiento de áreas programáticas sin financiamiento.
4. Las contribuciones voluntarias específicas siguen planteando un reto para lograr la convergencia entre las actividades planificadas de la Organización y los recursos reales movilizados. En la medida en que se pueda persuadir a los donantes de que proporcionen mayores contribuciones voluntarias no específicas —también denominadas *contribuciones voluntarias básicas* por la OMS—, la Organización logrará financiar plenamente su Plan Estratégico y su Programa y Presupuesto, aumentando sus probabilidades de lograr los resultados previstos. Con este fin, la Oficina apoya plenamente a la OMS en su esfuerzo de aumentar la proporción de su programa y presupuesto financiada con contribuciones voluntarias no específicas y, de la misma forma, proseguirá sus propios esfuerzos en este sentido.
5. El proyecto de Programa y Presupuesto de \$626,7 millones² representa una disminución de 2,5% (\$16,2 millones) con respecto al presupuesto aprobado para el bienio 2010-2011. Se basa en las enseñanzas de la evaluación del desempeño del bienio 2008-2009 y la evaluación del desempeño de mitad de período del bienio 2010-2011, incorpora la orientación permanente de los Estados Miembros con respecto a la asignación de prioridades programáticas regionales y las tendencias de salud pública, y tiene en cuenta la situación financiera mundial.

² A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

6. Los recursos propuestos por objetivo estratégico (véanse los anexos 2 y 3) reflejan la inversión planificada requerida para llevar a cabo el programa de trabajo propuesto de dos años. Los cambios propuestos entre los objetivos estratégicos son proporcionales al trabajo requerido para alcanzar las metas de cada objetivo estratégico cuando concluya el Plan Estratégico de la OPS en el 2013. Asimismo, los cambios concuerdan con la contribución al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y a la ejecución de la Agenda de Salud para las Américas, así como con las prioridades programáticas establecidas en el Plan Estratégico de la OPS. En consecuencia, se proponen aumentos para los Objetivos Estratégicos 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 12 y 13, que se compensan con las reducciones propuestas para los Objetivos Estratégicos 2 y 16. Los Objetivos Estratégicos 5, 10, 11, 14 y 15 se mantienen sin cambios. Los cambios propuestos abordan prioridades tales como la salud maternoinfantil, las enfermedades crónicas no transmisibles, los determinantes sociales y económicos de salud, las enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes, y los sistemas y servicios de salud. La reducción de los recursos para el Objetivo Estratégico 2 refleja un presupuesto más realista basado en el progreso realizado hasta ahora en la consecución de las metas para el 2013. En consecuencia, no debería afectar la ejecución programática en el bienio 2012-2013.

7. La obtención de recursos para alcanzar plenamente los objetivos estratégicos de la forma propuesta plantea un reto. Las organizaciones con presupuestos basados en dólares, como la OPS, siguen experimentando grandes aumentos en el costo de sus transacciones internacionales. Estos aumentos se ven en los dos costos principales del presupuesto de la Organización para llevar a cabo el programa de trabajo: a) las actividades planificadas (no PPF), y b) la fuerza laboral básica necesaria para realizar las actividades planificadas. La fuerza laboral básica consiste esencialmente en puestos de plazo fijo (PPF) y representa una parte considerable de la inversión en cada objetivo estratégico. El costo previsto del componente de puestos de plazo fijo incluido en el proyecto para el 2012-2013 se basa en una actualización de los costos reales incurridos en el bienio en curso. En el cálculo de costos no se tienen en cuenta aumentos adicionales basados en una especulación con respecto a la inflación futura y los tipos de cambio. Todo aumento adicional de los costos correspondientes a puestos de plazo fijo durante el nuevo bienio se administrará en el plano operacional.

8. Para determinar el nivel del proyecto de presupuesto ordinario 2012-2013, se consideraron cuatro situaciones hipotéticas con respecto al financiamiento. **Escenario A** (que ya no se está contemplando): recuperación total de costos donde se compensarían todos los costos inflacionarios y reglamentarios ya incurridos en los componentes de PPF y no PPF. Este escenario incluía un cálculo de \$15 millones para los ingresos varios (una reducción de \$5 millones con respecto al bienio actual) y requería un aumento de 10,5% en las contribuciones señaladas. **Escenario B** (que ya no se está contemplando): recuperación parcial de costos donde se recuperarían solamente los costos de los puestos de plazo fijo financiados por la OPS y se absorberían los costos inflacionarios del presupuesto no relacionado con puestos de plazo fijo. Este escenario incluía un cálculo de \$15 millones para los ingresos varios (una reducción de \$5 millones con respecto al bienio actual) y requería un aumento de 6,7% en las contribuciones señaladas. **Escenario C**: reducción presupuestaria, en la que no se compensan los costos inflacionarios ni los costos reglamentarios. Este escenario incluye un cálculo revisado de \$12 millones con respecto a los ingresos varios, una reducción de otros \$3 millones con respecto al cálculo anterior, y no requiere ningún aumento de las contribuciones señaladas. El escenario C representa una reducción neta de 2,8% del presupuesto ordinario total. **Escenario D**: crecimiento nominal cero, en el cual el presupuesto regular total permanece en el mismo nivel que el del bienio actual. En el escenario D se incluye un cálculo revisado de los ingresos varios de \$12 millones, lo que representa una reducción de \$8 millones con respecto al bienio actual. A fin de mantener el crecimiento nominal cero en el presupuesto ordinario, se necesita un aumento de 4,3% en las contribuciones. Cabe señalar que los escenarios C y D revisados incorporan una reducción adicional de 3 puestos de plazo fijo, lo que arroja un total de 21 puestos menos y representa una reducción total de \$5,8 millones del componente de PPF del presupuesto. Véase en el addendum al Programa y Presupuesto 2012-2013 mayores detalles sobre las repercusiones programáticas de estos escenarios.

9. En el cuadro 1 se compara el financiamiento del proyecto de Programa y Presupuesto 2012-2013 con el presupuesto aprobado para el 2010-2011. El financiamiento que se presenta en el cuadro 1 se basa en el escenario D revisado. El enfoque de crecimiento nominal cero tiene en cuenta los siguientes factores: a) una reducción de 21 puestos de plazo fijo (de 764 a 743), lo que representa una disminución total de \$5,8 millones; b) la absorción del aumento de los costos obligatorios e inflacionarios ya incurridos en relación con todos puestos de plazo fijo; y c) la absorción de los costos inflacionarios que corresponden al componente no PPF. La reducción prevista de \$8 millones en los ingresos varios se compensa con un aumento de las contribuciones señaladas por el mismo monto a fin de mantener el presupuesto regular total en el mismo nivel que en el bienio actual.

Cuadro 1. Financiamiento del Programa y Presupuesto 2012-2013 <i>(Programas básicos de la OPS/OMS)</i>			
Fuente	2010-2011	2012-2013	Cambio porcentual
Contribuciones señaladas de los Estados Miembros	186.400.000	194.400.000	4,3%
+ ingresos varios	20.000.000	12.000.000	-40,0%
= Proporción total de la OPS (Presupuesto ordinario)	206.400.000	206.400.000	0,0%
+ Proporción de AMRO (de la OMS)	80.700.000	80.700.000	0,0%
= Presupuesto ordinario total	287.100.000	287.100.000	0,0%
+ estimación de Otras Fuentes *	355.851.000	339.625.000	-4,5%
= Total de recursos necesarios	642.951.000	626.725.000	-2,5%

* Representa principalmente el total de las contribuciones voluntarias que se prevé recibir de los donantes de la OPS, así como de la OMS.

Financiamiento del Programa y Presupuesto 2012-2013 por fuente de financiamiento



10. **Contribuciones señaladas.** El aumento propuesto de \$8 millones en las contribuciones señaladas representa un incremento de 4,3% respecto del bienio anterior.

11. **Ingresos varios.** Los ingresos varios, derivados principalmente de los intereses devengados por las inversiones, se combinan con las contribuciones señaladas para formar la proporción de la OPS del presupuesto ordinario. En este momento, y sobre la base de los indicadores económicos más recientes, se prevé que los ingresos varios serán de \$12 millones, cifra que representa una disminución de \$8 millones en comparación con el nivel presupuestado para el 2010-2011 en vista de que las proyecciones actuales de los ingresos varios del 2010-2011 son apenas superiores a los \$10 millones. La cifra de \$12 millones para el 2012-2013 podría ajustarse aún más en versiones futuras de este documento si se registra algún cambio importante en los indicadores económicos pertinentes.

12. **Proporción de AMRO.** Esta es la porción del presupuesto ordinario de la OMS que la Asamblea Mundial de la Salud aprueba para la Región de las Américas y se suma a la proporción de la OPS para obtener el presupuesto ordinario combinado de la OPS/AMRO. En mayo del 2011, la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó un monto de \$80,7 millones para la proporción de AMRO, lo que representa el mismo nivel que en el bienio 2010-2011.

13. **Estimación de otras fuentes.** Esta cifra incluye principalmente contribuciones voluntarias movilizadas por la OPS o por medio de la OMS, pero también incluye fondos especiales generados por el costo de apoyo a los programas, el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y la Cuenta Especial. Los cálculos de las contribuciones voluntarias dependen de las necesidades de la Organización y están supeditados tanto a las prioridades programáticas como a la capacidad de la Organización de recaudar más fondos y ejecutarlos. El nivel general de contribuciones voluntarias también se ve influenciado por las circunstancias cambiantes en torno a la disponibilidad de recursos

mundiales. Por estas razones, se prevé una reducción de 4,5% en los fondos provenientes de otras fuentes en comparación con el bienio 2010-2011.

14. **Total de recursos necesarios.** El total de recursos necesarios para el 2012-2013, que asciende a \$626,7 millones, representa una reducción de 2,5% (\$16,2 millones) con respecto al bienio anterior.

15. El total del presupuesto ordinario, que comprende las contribuciones señaladas, los ingresos varios previstos y la proporción de AMRO, es esencial para asegurar el financiamiento del trabajo básico de la Organización. En el bienio 2012-2013, 77% del presupuesto ordinario propuesto se requiere para el financiamiento de la fuerza laboral básica. Tras un análisis del gasto real en puestos de plazo fijo en el 2010, el presupuesto revisado para puestos de plazo fijo correspondiente al 2010-2011 se fijó en \$206,2 millones, cifra que representa un aumento de \$11,9 millones o de 6,1% en comparación con la cifra presupuestada de \$194,3 millones. Este aumento se debe principalmente a la devaluación del dólar de los Estados Unidos frente a muchas de las monedas de la Región, combinada con aumentos de los costos inflacionarios y reglamentarios. En consecuencia, estos costos adicionales han creado una gran presión sobre la gestión de los escasos recursos de la Organización.

16. En el bienio 2012-2013, siguiendo la disciplina presupuestaria, la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) propuso una reducción de otros tres puestos de plazo fijo, lo que da un total de 21 puestos de plazo fijo menos para el bienio 2012-2013. La reducción de estos otros 3 puestos representa un ahorro de aproximadamente \$1 millón en los puestos de plazo fijo. Al sumarse 2% por los aumentos previstos de los costos reglamentarios en el bienio 2012-2013, el costo total de los puestos de plazo fijo asciende a \$209,4 millones.

17. La Oficina está vigilando y administrando la situación cuidadosamente con objeto de que la ejecución de los programas esté distribuida de forma equilibrada entre el componente de PPF y no PPF del presupuesto, y las fuentes de financiamiento ordinarias y voluntarias, a fin de reducir al mínimo toda repercusión negativa en el logro de los resultados previstos para el bienio en curso. (Nota: En vista de las tendencias actuales del dólar de los Estados Unidos, es probable que los costos reales del 2012-2013 sean mayores de lo previsto; sin embargo, como ya se mencionó, el proyecto de presupuesto no incluye aumentos adicionales basados en la especulación sobre indicadores económicos futuros.)

18. El componente del presupuesto que no está relacionado con puestos de plazo fijo (no PPF) también ha sufrido aumentos inflacionarios. Aunque el gasto basado en los Estados Unidos se ha beneficiado de una tasa de inflación baja, de 1,6%, la inflación regional en América Latina y el Caribe se sitúa en torno al 5%, con tasas de inflación en los distintos países que van del 1,5% al 30%. Aunque un dólar fuerte compensaría o reduciría este efecto en un presupuesto dolarizado, la devaluación constante del dólar actual de los Estados Unidos ha empeorado la situación. El efecto total de los factores inflacionarios y la devaluación del dólar en el presupuesto ordinario de la OPS para gastos que no corresponden a puestos de plazo fijo en el bienio en curso asciende a \$3,6 millones, aproximadamente. Este es un costo real que se está absorbiendo en el presupuesto del bienio actual.

19. En el bienio en curso, la OMS introdujo una tasa por puesto ocupado (TPO). Este mecanismo es uno de los productos de un grupo de trabajo interno de la OMS establecido para considerar asuntos relacionados con la recuperación de costos. Con la tasa por puesto ocupado se procura generar fondos cargando un porcentaje del gasto a los costos de los puestos. Estos fondos se usan para financiar los costos comunes, como la seguridad del personal, la capacitación y el perfeccionamiento de los recursos humanos, en los cuales el factor determinante del costo es el número de empleados. La OMS implantó la tasa por puesto ocupado en toda la Organización en el 2010. En la OPS, esta tasa afectó al costo de los puestos financiados por AMRO solamente. La OPS

implantaré un mecanismo similar para los puestos financiados por la OPS a partir del 2011, con el propósito de contribuir al costo del nuevo sistema de planificación de recursos empresariales (ERP) aprobado por los Estados Miembros a fin de modernizar el Sistema de Información Gerencial de la OSP. El efecto de este mecanismo es un aumento en el componente del presupuesto correspondiente a puestos de plazo fijo (PPF) y, en consecuencia, una disminución en el componente de no PPF. Sin embargo, el efecto de "aumento de costos" de este mecanismo en el presupuesto correspondiente a los puestos de plazo fijo no se considera como un aumento "obligatorio" de los costos de dichos puestos y no está incluido en el análisis de costos que dio como resultado el presupuesto actualizado para los puestos de plazo fijo de \$206,2 millones en el 2010-2011.

20. En los últimos años, la Organización ha adoptado importantes medidas a fin de fortalecer su entorno de gestión y control interno. En el bienio 2006-2007, la Organización se benefició con las ganancias imprevistas generadas por los ingresos recibidos, que excedieron el nivel presupuestado. El "excedente" resultante se colocó en una cuenta especial que se usa para financiar varios proyectos aprobados por los Estados Miembros. Entre estos proyectos se encuentran iniciativas relacionadas con el establecimiento de una plataforma de información sanitaria de la OPS para fortalecer el sistema de información de salud pública de la OPS y la modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP. Además, la Organización tuvo que fortalecer algunas funciones importantes para que fuera posible mejorar la rendición de cuentas y la transparencia, como aquellas relacionadas con tareas adicionales de supervisión y auditoría interna, desarrollo institucional y partes del sistema integrado de gestión de conflictos. Se trata de costos fijos necesarios que no se financian con recursos de la Cuenta Especial sino que deben abordarse en el presupuesto central.

21. El bienio 2010-2011 es el último comprendido en la actual Política del Presupuesto Regional por Programas. Habida cuenta de la formulación del próximo Plan Estratégico 2013-2017, la Oficina recomienda que la próxima política presupuestaria se aplique a partir del bienio 2014-2015. Esto concuerda con la recomendación formulada durante la evaluación de la actual Política del Presupuesto Regional por Programas realizada por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación en el 2010. El bienio 2012-2013 serviría entonces de bienio de transición, lo que permitiría tener amplias conversaciones con los Estados Miembros sobre el rumbo futuro de la próxima política y un esfuerzo integral y coordinado a la par de la formulación del próximo plan estratégico. La distribución porcentual de los techos del presupuesto ordinario para el 2012-2013 básicamente sería igual a la del 2010-2011, aunque este enfoque representa un reto importante para cumplir las responsabilidades a nivel regional dados los cambios internos hacia los programas a nivel de país debidos a los requerimientos de la Política.

22. En el cuadro 2 se muestra el calendario de asignación de los recursos del presupuesto ordinario en conformidad con la Política del Presupuesto Regional por Programas 2006-2011 y la asignación propuesta para el 2012-2013.

Cuadro 2. Aplicación de la Política del Presupuesto Regional por Programas

	2006-2007	2008-2009	2010-2011	2012-2013*
País	38,0%	39,0%	40,0%	40,0%
Subregional	6,4%	6,7%	7,0%	7,0%
Regional	55,6%	54,3%	53,0%	53,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* Proyecto

23. El clima financiero mundial actual, sumado al aumento de los costos, plantea un reto para la Organización en lo que se refiere al cumplimiento de sus mandatos en el ámbito de la salud pública. Será difícil movilizar recursos adicionales. Sin embargo, en vista de la función y la importancia crecientes de la salud pública en el escenario del desarrollo mundial, la OPS seguirá haciendo todo lo posible a fin de movilizar los recursos necesarios para cumplir su mandato.

24. En las secciones siguientes se presentan el Programa y Presupuesto en tres dimensiones: a) a nivel de la Región (corporativo), para los 16 objetivos estratégicos con sus resultados previstos a nivel regional (RPR) e indicadores; b) a nivel subregional, con los objetivos estratégicos respectivos; y c) a nivel de país, con los objetivos estratégicos respectivos.

25. Se anexan seis cuadros con detalles adicionales del presupuesto: a) cuarenta años de historia del financiamiento del presupuesto ordinario de la OPS/AMRO; b) proyecto de Programa y Presupuesto para el 2012-2013: comparación con el 2010-2011; c) proyecto de Programa y Presupuesto 2012-2013: por fuente de financiamiento (programas básicos); d) proyecto de Programa y Presupuesto: por segmento presupuestario; e) Política del Presupuesto Regional por Programas: adaptación para el bienio 2012-2013; y f) aplicación de la Política del Presupuesto Regional por Programas a nivel de país.

26. El cuadro del anexo 4 (Proyecto de Programa y Presupuesto: por segmento presupuestario) fue presentado por primera vez en el ejercicio 2010-2011. La intención es dividir el presupuesto en tres segmentos: a) programas básicos de la OPS/OMS, b) respuesta a los brotes epidémicos y las crisis y c) proyectos internos financiados por los gobiernos. Esta diferenciación es necesaria en reconocimiento de los distintos requisitos presupuestarios y de gestión asociados con los segmentos *b* y *c*, particularmente en vista de la naturaleza impredecible y la magnitud de estos dos componentes en los últimos años.