



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

28.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA **64.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012

Punto 4.2 del orden del día provisional

CSP28/7 (Esp.)
24 de julio del 2012
ORIGINAL: INGLÉS

POLÍTICA DEL PRESUPUESTO DE LA OPS

Antecedentes

1. En enero de 1985, el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) solicitó a todos los comités regionales que formularan políticas presupuestarias regionales que promovieran la utilización óptima de los recursos de la OMS a todos los niveles, a fin de potenciar al máximo el efecto de dichos recursos en las políticas conjuntas de la Organización. En septiembre de ese año, el 31.^{er} Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, Oficina Regional de la OMS para la Región de las Américas) aprobó la Política del Presupuesto Regional por Programas de la OPS como parte de la Estrategia de gestión para la óptima utilización de los recursos de la OPS/OMS en apoyo directo de los Estados Miembros (resolución CD31.R10).
2. En 1998, en la resolución WHA51.31 de la Asamblea Mundial de la Salud, se introdujo un nuevo método de asignación de los fondos a las regiones, lo que dio lugar a una reducción considerable de la asignación de la OMS para la Región de las Américas en el período 2000-2005. Esta medida llevó a que el Subcomité de Planificación y Programación (el Cuerpo Directivo antecesor del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración de la OPS) solicitase que se pusiera en marcha un proceso con el propósito de examinar la Política del Presupuesto Regional por Programas a fin de elaborar una política que convergiera con el subsiguiente Plan Estratégico la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007 (en adelante, el “Plan Estratégico”).
3. En el 2003, el 44.^o Consejo Directivo de la OPS también respaldó la Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007 (documento CD44/5), en la que se indicó que la gestión estratégica de los recursos era uno de los objetivos internos del cambio institucional en marcha en esos momentos. Además, en la estrategia de gestión se observó la importancia de que en la política del presupuesto se brindase apoyo a la ejecución del Plan Estratégico, con énfasis en los grupos de población especiales, los países prioritarios y los objetivos técnicos.

4. La política actual del presupuesto, aprobada en el 2004, entró en vigor en el bienio 2006-2007. En ella se adoptó la propuesta de los países de utilizar un enfoque diferente de la manera en que la OPS estaba asignando sus recursos y se siguieron tres principios fundamentales que orientaron su elaboración: la equidad, la solidaridad y el panamericanismo. En particular, los países solicitaron que se incorporasen criterios basados en las necesidades a fin de guiar la asignación de los recursos distribuidos entre los países. Además, en la política actual del presupuesto se consideraron varios mandatos mundiales y regionales, a saber:

- a) el Pacto Mundial de las Naciones Unidas, que condujo a la instauración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);
- b) el Programa General de Trabajo de la OMS;
- c) una mayor cooperación centrada en los países;
- d) la integración subregional; y
- e) el llamamiento a los organismos internacionales para que demuestren su valor agregado.

5. En el 2010, la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES) de la OPS realizó una evaluación de la Política del Presupuesto Regional por Programas 2006-2011. Su resultado principal fue que la elaboración y la ejecución de esta política habían representado un importante logro y éxito tanto para la Oficina Sanitaria Panamericana como para los Estados Miembros. Esta política había proporcionado una metodología transparente, sistemática y uniforme para asignar los recursos del presupuesto ordinario bienal de la OPS entre los tres niveles de la Organización (regional, subregional y de país).

6. A pesar de los puntos fuertes observados y el diseño conceptual sólido de la política del presupuesto regional por programas, han habido retos para garantizar niveles presupuestarios adecuados para todos los países y para las entidades regionales. Una de las razones principales puede atribuirse al modelo mismo de asignación presupuestaria a los países. En el tipo de elaboración de modelos estadísticos usado en este caso, ciertos métodos matemáticos como el *suavizamiento del tamaño de la población* y la *progresividad*¹ pueden tener un efecto distributivo considerable sobre los resultados. Algunos de los métodos usados en el modelo actual de asignación presupuestaria a los países son bastante rígidos, lo que ha dado lugar a una redistribución significativa de los recursos entre los países. Esto significó que algunos países se beneficiaron considerablemente de esta asignación particular de los recursos, mientras otros — aquellos con una situación sanitaria relativamente mejor de acuerdo con las mediciones

¹ Para más información sobre los métodos estadísticos y la terminología, sírvase referirse al párrafo 14 del anexo B.

del índice de necesidades de salud— sufrieron una reducción del presupuesto proporcional a la medida en que sus necesidades de salud estaban mejor cubiertas que las de otros países. Además, el nivel de financiamiento mínimo que se incorporó al modelo ha resultado insuficiente con el transcurso del tiempo. En varios casos, las reducciones dieron lugar a niveles presupuestarios que no permitían mantener una presencia mínima en el país.

7. De hecho, en la evaluación de IES se señalaron estos puntos débiles mencionados anteriormente, y se hicieron algunas observaciones y recomendaciones para mejorar las siguientes áreas clave:

- a) examinar el “límite inferior” del financiamiento asignado a los países;
- b) examinar el tamaño tradicional de las representaciones de la OPS/OMS en los países;
- c) comparar los efectos de otros mecanismos de suavizamiento del tamaño de la población;
- d) considerar un límite superior de financiamiento;
- e) realizar un estudio comparativo de las soluciones basadas en las necesidades que han sido adoptadas por otros organismos de las Naciones Unidas;
- f) aumentar el componente variable de la asignación presupuestaria a los países;
- g) actualizar con mayor frecuencia las variables de la fórmula del índice de necesidades de salud;
- h) prorrogar la política actual al bienio 2012-2013;
- i) integrar una mayor flexibilidad en las políticas futuras para satisfacer mejor las necesidades de los países;
- j) incluir el uso de la cooperación Sur-Sur; y
- k) proteger los logros alcanzados hasta el momento.

8. En la propuesta de política del presupuesto de la OPS se aprovechan los principios fundamentales de la política actual; pero también se introducen ajustes y elementos nuevos para abordar los puntos débiles inherentes, como los observados en el informe de evaluación de IES. En el modelo de asignación presupuestaria a los países, se han hecho cambios específicos de los conceptos de asignación, así como de los criterios específicos de las fórmulas, a la vez que se ha intentado en todos los casos mantener y mejorar la justicia, la transparencia y la equidad, y permitir al mismo tiempo que la política sea funcional en un entorno realista y práctico, y que produzca resultados razonables y prudentes.

9. Cabe observar que la política del presupuesto tiene en cuenta todas y cada una de las recomendaciones formuladas en el informe de evaluación de IES y responde a ellas, con el objeto de proporcionar un mejor instrumento de gestión estratégica que es clave para la distribución eficaz y óptima de recursos de la OPS, en apoyo de que cumpla su mandato la Organización (es decir, la OPS).

10. Conforme avanza la Organización, se ha tomado conciencia de que el panorama de movilización de recursos en la Región de las Américas experimenta cambios continuamente. En comparación con otras regiones, el predominio de países de ingresos medianos hace que la Región de las Américas sea menos atractiva para muchos asociados internacionales que son donantes. Esta realidad ejerce una mayor presión sobre el presupuesto ordinario de la OPS que, a su vez, sirve para garantizar que las funciones básicas de la Organización estén financiadas adecuadamente en todos los niveles a fin de lograr de manera coherente las repercusiones necesarias en los países.

Planificación, programación y preparación de presupuestos en la OPS

11. La planificación, programación y preparación de presupuestos en la Organización —así como el seguimiento y la evaluación— se han concebido como un proceso integrado y continuo, en el que se ha incorporado tanto la planificación a mediano como a largo plazo. Aunque se divide en distintas fases, cada componente tiene por objeto servir de marco y referencia para las otras fases.

12. Hasta ahora, la planificación estratégica a largo plazo en materia de salud se hacía en gran medida a escala mundial con el Programa General de Trabajo de la OMS como marco para la planificación a mediano plazo. La Región ha formulado la Agenda de Salud para las Américas, que proporciona la visión a largo plazo para mejorar la salud en la Región, y el Plan Estratégico de la OPS, como su marco de planificación a mediano plazo, que concuerda con el Programa General de Trabajo de la OMS y responde a la Agenda de Salud para las Américas. El Plan Estratégico se basa en el resultado de los análisis del entorno tanto externo como interno, así como en los mandatos adoptados anteriormente a escala mundial y regional, y en las necesidades determinadas de manera conjunta por los países. En este plan a mediano plazo se especifican las metas y los objetivos estratégicos hacia los cuales la Organización está dirigiendo sus esfuerzos en la Región, lo que determina su orientación estratégica y programática durante ese período.

13. Para complementar este proceso, también se realiza un proceso de planificación a mediano plazo a nivel de país a fin de aclarar la respuesta estratégica de la OPS/OMS en apoyo de un país individual en sus esfuerzos por alcanzar las metas conjuntas mundiales y regionales en un período de cuatro a cinco años. Este es el objetivo del proceso de la Estrategia de Cooperación en los Países (ECP) que está ejecutándose ampliamente en toda la OPS, puesto que procura definir la búsqueda estratégica de cooperación con los

Estados Miembros individuales en el marco de los mandatos conjuntos de la Organización.

14. El proceso de planificación a corto plazo se establece en el Programa y Presupuesto de la OPS, que abarca un período de dos años denominado “bienio” y empieza en cada año par (por ejemplo, 2012-2013). El proceso se centra en la elaboración del presupuesto por programas de dos años (bienal) para ejecutar con éxito el Plan Estratégico regional y contribuir al logro de los objetivos mundiales durante ese período. En este proceso, las necesidades de los países deben ser un punto central y se debe procurar orientar el trabajo en todos los niveles de la Oficina Sanitaria Panamericana en torno a las necesidades de los países.

15. Este proceso de gestión a nivel de toda la Organización está orientado a los resultados y en él se determinan claramente los resultados conjuntos que deben producirse en los países durante ese período, a los que la Oficina contribuirá mediante la cooperación técnica integrada y multidisciplinaria a varios niveles en las áreas de trabajo programáticas seleccionadas. Los resultados objetivamente comprobables a nivel de país, sobre los cuales la Oficina rendirá cuentas al finalizar el bienio, deben negociarse con los países y otros asociados a nivel nacional. El Programa y Presupuesto bienal de la OPS debe reflejar con la mayor exactitud posible la conciliación de los requisitos específicos a escala de país con las decisiones actuales de política regional y mundial dentro de cada una de las áreas programáticas de trabajo.

16. La elaboración de un programa de país a corto plazo debe basarse en la Estrategia de Cooperación en los Países a mediano plazo en todos los casos en que haya una estrategia de este tipo vigente. A falta de una estrategia de cooperación en los países, en este proceso se debe procurar determinar la respuesta que brindará la OPS en un período de dos años a fin de ayudar al país a alcanzar las metas conjuntas de la Organización. Deben considerarse los resultados de la evaluación del bienio anterior, las prioridades nacionales pertinentes en materia de salud y los recursos existentes a nivel nacional y de otros asociados. En todos los casos, la programación a nivel de país brinda una oportunidad fundamental no solo de fortalecer las alianzas estratégicas, sino también de fortalecer la naturaleza intersectorial del trabajo de la OPS.

17. La participación nacional en la elaboración del Programa y Presupuesto es de importancia fundamental para procurar que los escasos recursos multilaterales de la Organización se asignen a las áreas prioritarias. La participación de los países tiene lugar en tres niveles:

- a) Primero, tiene lugar dentro de cada país, por medio del proceso continuo y conjunto de evaluación de la cooperación técnica existente en vista de los cambios de las circunstancias, las condiciones y las necesidades. La Organización apoyará

- este cometido conjunto al realizar exámenes exhaustivos y periódicos de las políticas y los programas.
- b) Segundo, tiene lugar mediante la participación activa de los Estados Miembros de la OPS en los Órganos Deliberantes de la OMS. Al actuar como parte del cuerpo de formulación de políticas conjuntas de la OMS, los Estados Miembros de la OPS tienen la oportunidad de formular observaciones sobre el monto de la contribución de la OMS a la Región de las Américas, así como sobre la contribución regional al logro de los resultados mundiales.
 - c) Tercero, los Estados Miembros, mediante su participación en el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración de la OPS, por no mencionar al Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo de la OPS, determinan el programa de trabajo, el nivel de recursos al alcance de la Organización y la asignación de esos recursos a fin de lograr los resultados y las metas programáticas acordados en la Región.

18. A pesar de que el Programa y Presupuesto se aprueba en ciclos bienales, cada seis meses se hace una evaluación en toda la Organización a fin de garantizar que el programa de cooperación técnica responda a las situaciones y necesidades cambiantes de los países, además de que haya recursos disponibles tanto en los países como en la Organización. Este proceso de examen se emprende conjuntamente entre los países a nivel nacional, y las entidades técnicas y de apoyo a nivel regional.

19. El proceso de preparación, ejecución y seguimiento del Programa y Presupuesto de la OPS ofrece muchas oportunidades de promover una coordinación eficaz tanto dentro de las entidades técnicas de la Organización como entre ellas, así como de coordinar los diversos niveles funcionales e institucionales de la Organización.

Estructura del Programa y Presupuesto de la OPS

20. El alcance del trabajo de la OPS como organismo multilateral especializado en temas de salud abarca funciones normativas colectivas así como los objetivos comunes de salud pública de los Estados Miembros en su conjunto, además de las funciones de cooperación técnica encaminadas a brindar apoyo al desarrollo sanitario nacional en los países individuales. El primer aspecto incluye, entre otras cosas, establecer la visión y la orientación estratégica del desarrollo sanitario en la Región de las Américas, fijar las normas y los principios acordados por los Estados Miembros, vigilar la situación sanitaria y determinar las mejores prácticas en cuanto a la investigación. Por otra parte, las funciones de cooperación técnica propias de nivel de país son principalmente aquellas que están directamente relacionadas con la formación de capacidad institucional en los países y con el diseño y la aplicación de programas técnicos integrados para abordar situaciones sanitarias específicas.

21. El trabajo de la Organización se refleja en su Programa y Presupuesto, mediante tres perspectivas interrelacionadas:

- A. categorías programáticas,
- B. niveles funcionales, y
- C. niveles institucionales.

A. *Categorías programáticas*

22. Las categorías programáticas constituyen la clasificación programática de nivel más alto del trabajo de la Organización, y reflejan su respuesta a las necesidades mundiales y regionales en materia de salud. El número y el contenido de las categorías programáticas representan las alternativas elegidas con respecto al trabajo de la Organización durante un período determinado, y la Organización debe examinarlas regularmente para garantizar que sigan respondiendo a las necesidades cambiantes del entorno a lo largo del tiempo. Las categorías programáticas se fijan normalmente en el Programa General de Trabajo de la OMS y luego se adaptan en el Plan Estratégico de la OPS. Posteriormente, guían la formulación de programas a tanto a nivel funcional como institucional.

23. Las categorías programáticas son los elementos básicos fundamentales para la planificación, programación, presupuestación y presentación de información tanto en la OMS como en la OPS, en el marco del proceso de gestión basada en resultados. La fijación de prioridades debe influir la asignación de todos los recursos entre y dentro de las categorías programáticas. La articulación del Programa y Presupuesto de la OPS con el proceso de planificación mundial de la OMS, por intermedio del Plan Estratégico de OPS, hace que la convergencia de las respectivas categorías programáticas de la OPS y de la OMS sea un elemento fundamental en el proceso de gestión.

B. *Niveles funcionales*

24. Los niveles funcionales representan el alcance de las actividades de cooperación técnica que la Organización emprende en apoyo de sus mandatos. Hay cuatro niveles funcionales: de país, entre países, subregional y regional. Los tres primeros pueden agruparse en una categoría denominada “apoyo técnico directo a los países”, mientras que el nivel regional es una categoría en sí misma.

Apoyo técnico directo a los países (a nivel de país, entre países y subregional)

- a) ***A nivel de país:*** Los programas de cooperación técnica tienen como finalidad satisfacer las necesidades de un país específico en su intento de cumplir los

mandatos conjuntos de la Organización y los objetivos nacionales de desarrollo sanitario. El apoyo técnico a estas actividades se presta principalmente por medio de las representaciones de la OPS en los países, pero los centros panamericanos regionales de la OPS y otras entidades regionales también proporcionan apoyo.

- b) ***Entre países:*** El nivel de cooperación entre países atiende las necesidades de grupos de dos países o más que pueden tener una afinidad por razones geográficas, perfiles de enfermedades o algún otro factor. La cooperación entre países difiere de la cooperación subregional (véase abajo) puesto que no es necesariamente parte de un proceso político específico de integración subregional, ya que el conjunto específico de países que reciben apoyo puede encontrarse o no dentro de la misma subregión política. El propósito de esta labor es brindar las competencias específicas necesarias en respaldo de los programas prioritarios en los países. En general, los recursos están ubicados físicamente en las representaciones de la OPS.

- c) ***Subregional:*** Los programas de cooperación técnica tienen como finalidad satisfacer las necesidades de un grupo de países en su intento por alcanzar los objetivos subregionales de desarrollo sanitario en el marco de los mandatos conjuntos de la Organización. El apoyo técnico a este nivel puede ser prestado y coordinado por cualquier tipo de oficina de la Organización. Estos programas abarcan a todos o a algunos de los países pertenecientes a uno de los mecanismos legalmente establecidos de integración intergubernamental: la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), la Comunidad Andina de Naciones (CAN) o el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), al igual que otros como la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) y la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR). Este enfoque del trabajo de cooperación técnica brinda apoyo a los programas de salud de los diversos mecanismos intergubernamentales de integración. Debe desarrollarse con los países, por medio de los mecanismos responsables de planificar y ejecutar los respectivos programas de acción sanitaria. Se deben acordar con los grupos de países resultados y productos claramente definidos. El nivel de cooperación subregional se lleva a cabo físicamente desde todos los niveles institucionales dentro de la Organización y brinda apoyo técnico directo a las necesidades del país individual como se manifiesta en los respectivos programas de los mecanismos intergubernamentales de integración.

Regional

- d) ***Regional:*** El nivel regional de la cooperación comprende los programas con un componente técnico que tienen por objeto satisfacer las necesidades de todos los

Estados Miembros, no solo en cuanto al trabajo normativo sino también en cuanto al logro de sus metas y objetivos regionales de salud pública. A pesar de que este componente ha sido tradicionalmente llevado a cabo en la Organización por diversas entidades regionales, así como por los centros panamericanos regionales,² también puede llevarse a cabo en las representaciones.

C. *Niveles institucionales*

25. Hay tres tipos de presencia física que constituyen la estructura de la OPS, a saber: las representaciones de la OPS/OMS, las oficinas subregionales (por ejemplo, la Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe o la oficina de campo en la frontera entre México y los Estados Unidos en El Paso, Texas) y las oficinas regionales (tanto en la Sede de la OPS como en oficinas de campo descentralizadas). El trabajo realizado en cualquiera de los tres niveles institucionales puede contribuir a una o varias categorías programáticas o niveles funcionales.

26. El Programa y Presupuesto de la OPS se financia a partir de diversas fuentes: los fondos ordinarios de la OPS proporcionados por las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, la porción de fondos ordinarios de la OMS destinada a la Región de las Américas de sus contribuciones, y las contribuciones voluntarias movilizadas tanto por la OMS como por la OPS. Todos estos fondos se usan en apoyo de los programas o los proyectos dentro de un único Programa y Presupuesto, para que pueda apreciarse la relación lógica entre todas las intervenciones técnicas.

27. La función de la OPS/OMS debe ser principalmente servir de catalizador para movilizar los recursos científicos, técnicos y de gestión de los asociados nacionales apropiados, así como para ayudar en el diseño de intervenciones eficaces. Como tal, el programa y el presupuesto deben contemplarse como un instrumento flexible de gestión estratégica. Debe poder responder a un entorno cambiante, como las situaciones de desastre y las necesidades de salud emergentes, y tener en cuenta de manera oportuna la repercusión de los cambios económicos desfavorables y retos sociopolíticos. El Programa y Presupuesto debe servir de marco para movilizar los recursos y galvanizar los esfuerzos colaborativos con otros sectores y organismos.

Crterios de asignación de recursos

28. Los recursos de la OPS deben distribuirse entre las tres perspectivas incluidas en su Programa y Presupuesto: las categorías programáticas, los niveles funcionales y los

² Los centros regionales panamericanos de la OPS se centran en una o varias áreas técnicas mediante una variedad de funciones, como la investigación, el trabajo normativo y la cooperación técnica; algunos de ellos también prestan servicios. Algunos centros prestan servicios a la Región en su totalidad, mientras otros solo a alguna subregión.

niveles institucionales. Actualmente, está en marcha un importante proceso de reforma en la OMS que tiene por objeto abordar, entre otros temas importantes, las funciones y responsabilidades de los diferentes niveles de esa Organización en su totalidad; esto, a su vez, puede repercutir sobre el financiamiento de los distintos niveles funcionales e institucionales dentro de la OPS. Por otra parte, a falta de una evaluación eficaz de la proporcionalidad óptima entre los distintos niveles funcionales e institucionales de la OPS, la Organización no ve ninguna base firme para recomendar cambios en ese sentido. Sin embargo, a fin de fortalecer la cooperación con los países, la Organización deberá tratar continuamente de lograr y mantener —mediante evaluaciones internas y externas— una estructura orgánica y funcional óptima que le permita producir el mayor efecto posible en los países y, al mismo tiempo, responder eficazmente a los mandatos conjuntos regionales y subregionales.

Asignación entre categorías programáticas

29. La distribución de los recursos entre las categorías programáticas es normalmente el primer paso, puesto que refleja el nivel más alto de las necesidades relativas de los Estados Miembros de la OPS de acuerdo con las decisiones conjuntas de los Cuerpos Directivos. Estos niveles del presupuesto programático deben coincidir con el apoyo necesario para lograr las prioridades conjuntas tanto a escala mundial (por ejemplo, el Programa General de Trabajo de la OMS) como a escala regional (por ejemplo, el Plan Estratégico). Los niveles de financiamiento de las categorías programáticas luego marcan la pauta para el trabajo de la Organización, que es llevado a cabo por los diversos niveles funcionales e institucionales.

Asignación entre niveles funcionales e institucionales

30. A fin de cumplir los mandatos acordados, los niveles funcionales e institucionales son lo que determinan ya sea el enfoque o el tipo de la cooperación técnica que debe prestarse (nivel funcional), así como quién debe hacerlo (nivel institucional). Se propone una distribución inicial de fondos entre los cuatro niveles funcionales, equivalente a los niveles fijados en la política actual: el nivel regional (junto con el nivel entre países) recibiría 53% de los fondos, el nivel subregional 7% y el nivel de país 40%. El nuevo nivel entre países se mostrará por separado (actualmente está incluido en el nivel regional) y, junto con el nivel regional ajustado, no superará el 53%. Un debate exhaustivo sobre la estructura deseada de la cooperación técnica a prestarse durante un bienio dado debería dar lugar a la fijación de límites máximos de planificación presupuestaria entre las diversas entidades de gestión que constituyen el nivel institucional. La distribución entre el nivel funcional y el institucional debe ser dinámica y permitir que se ajusten los límites máximos del presupuesto a lo largo del proceso de planificación; además deben poderse tener en cuenta los cambios en el entorno y la nueva información, aunque siempre con el objetivo de mejorar los resultados en los países. Se

considera que este enfoque es uno de los puntos esenciales de la estrategia de cooperación centrada en los países; con el transcurso del tiempo, los resultados de las evaluaciones deben determinar los ajustes en la ponderación de los recursos para estos distintos enfoques del trabajo técnico específico.

Asignación entre países

31. El enfoque de la asignación de fondos entre los países se arraiga firmemente en los principios de la equidad y la solidaridad. El primero se refleja en la aplicación de criterios basados en las necesidades para la asignación de recursos entre los países; el segundo se reconoce al otorgarse un nivel básico de financiamiento para la cooperación que brindan los países y que se presta a ellos a nivel regional y subregional, al igual que la que se brindan entre sí.

32. El financiamiento a nivel de país se dividirá en dos partes: un financiamiento básico y otro variable.

- a) El **financiamiento básico** estará integrado por tres componentes: el componente mínimo, el componente basado en las necesidades y el componente basado en los resultados. *i)* El componente mínimo o asignación fija garantizará un nivel mínimo de presencia en el país para todos los Estados Miembros en los que se ha aceptado y establecido una presencia física. (Los cálculos basados en los costos actuales exigen 42% del presupuesto total del país; los cálculos del componente mínimo basados en los costos futuros pueden indicar un porcentaje ligeramente distinto.) *ii)* La asignación basada en las necesidades permitirá distribuir fondos entre los países, de conformidad con criterios según las necesidades económicas y de salud. (La asignación basada en las necesidades representará la diferencia entre 90% y el porcentaje reservado para el componente mínimo.) *iii)* El componente basado en los resultados apoyará a los países para que logren las metas programáticas acordadas por los Estados Miembros (inicialmente fijado en 5%). Los países que tienen una oficina de representación de la OPS/OMS oficial comenzarán con una asignación presupuestaria que cubrirá un nivel básico de cinco miembros del personal, más los costos operativos generales. Unos cuantos países que solo tienen un Oficial de Programas recibirán un componente mínimo equivalente a esos costos. En el caso de los Estados Miembros que tienen los ingresos más altos por habitante y no tienen presencia en el país, se asignará un nivel nominal del presupuesto para asegurar un nivel mínimo de cooperación. El financiamiento básico restante, sobre la base tanto del componente basado en las necesidades como del componente basado en los resultados, se distribuirá según los parámetros establecidos (en el anexo B se proporcionan detalles específicos de los factores y el cálculo de la distribución de estos componentes). El financiamiento básico se ha fijado inicialmente en 95% de la asignación total del

país: 90% se distribuye entre el componente fijo y el componente basado en las necesidades, con 5% para el componente basado en los resultados. La porción básica (95%) puede modificarse (conjuntamente con la porción variable) en cualquier programa bienal y ejercicio de planificación de presupuestos, con la justificación correspondiente y la aprobación de los Estados Miembros.

- b) El *financiamiento variable* proporcionará flexibilidad en el proceso de asignación. Este financiamiento representan los recursos comunes que pueden utilizarse para brindar apoyo a cualquier país por encima de su asignación señalada. El financiamiento variable es actualmente la fuente a partir de la cual se financian las iniciativas en apoyo de la cooperación técnica entre países y seguirá utilizándose como una manera de proporcionar un impulso a corto plazo en los recursos orientados hacia el cumplimiento de las prioridades y las necesidades imprevistas donde el financiamiento sea una limitación. Se hará un registro y seguimiento por separado del uso de estos fondos. El financiamiento variable se fija inicialmente en 5% de la asignación total del país, pero puede modificarse (conjuntamente con la porción básica) en cualquier programa bienal o ejercicio de planificación de presupuestos, con la justificación correspondiente y la aprobación de los Estados Miembros.

Mobilización de recursos adicionales

33. Los recursos adicionales que se movilizan habitualmente llegan en forma de contribuciones voluntarias negociadas con los asociados. Esta política no pretende regir estos recursos, puesto que están fuera del control absoluto de una política presupuestaria interna. Sin embargo, esta política sí permite que otros recursos del presupuesto que forman parte de ella puedan orientarse estratégicamente para que complementen las contribuciones voluntarias movilizadas por la Organización, en particular por medio del nuevo componente basado en los resultados. Además, la Organización tiene la responsabilidad continua de movilizar los recursos necesarios para alcanzar sus objetivos, lograr sus resultados y brindar los productos relacionados con las metas nacionales, subregionales y regionales en materia de salud.

34. Los recursos presupuestarios ordinarios de la Organización son insuficientes para ejecutar todo el mandato; por lo tanto, la Organización debe movilizar recursos de otras fuentes en el marco de un presupuesto por programas integrado único. En el caso de las contribuciones nacionales voluntarias (por medio de las cuales los Estados Miembros proporcionan recursos voluntarios para la ejecución de programas en su propio país), la Organización promueve su continuidad y aumento como una fuente adicional de financiamiento. Mediante las contribuciones voluntarias nacionales, se puede aumentar la cooperación técnica en los países mucho más de lo que podría lograrse con los recursos multilaterales limitados del presupuesto de la Organización.

35. La Organización también debe procurar movilizar recursos, ya sean humanos, institucionales o financieros. Estos recursos adicionales deben tener como finalidad brindar apoyo a las actividades de cooperación técnica regionales, subregionales y de país, siempre en conformidad con las políticas y los objetivos regionales y en respuesta a los mandatos de los Cuerpos Directivos de la Organización.

36. Los criterios para aceptar fondos procedentes de otras fuentes son los siguientes:

- a) su finalidad deberá ajustarse a las políticas y las prioridades técnicas de la Organización, así como a sus estrategias de gestión. En general, los fondos procedentes de otras fuentes deben complementar el presupuesto ordinario a fin de ampliar los esfuerzos para lograr los resultados nacionales, subregionales o regionales propuestos o realizar actividades complementarias;
- b) las condiciones establecidas para su uso deberán ajustarse a las políticas y las normas de la Organización;
- c) si los recursos están destinados a utilizarse dentro de un Estado Miembro, la finalidad debe ajustarse también a las políticas y las prioridades nacionales de ese Estado Miembro, y
- d) el costo de administrar esos recursos debe ser considerado, tanto por parte de la Organización como del Estado Miembro, así como cualquier otro costo conexo a largo plazo, si se pretende mantener los resultados.

37. La coordinación de los esfuerzos de movilización de recursos dentro de la Organización es fundamental si se pretende hacer un uso óptimo de los recursos limitados que se obtienen de los asociados bilaterales y multilaterales.

Ejecución, seguimiento y evaluación del Programa y Presupuesto

38. El Programa y Presupuesto regional aprobado debe aplicarse mediante planes de trabajo bienales específicos elaborados y ejecutados por todas las entidades de la Organización. Estos planes de trabajo, como el Programa y Presupuesto bienal al cual contribuyen, deben mostrar los vínculos con las categorías programáticas de alto nivel que figuran tanto en el Programa y Presupuesto como en el Plan Estratégico.

39. A nivel de país, la elaboración y ejecución de los planes de trabajo es responsabilidad conjunta tanto del país como de la Oficina Sanitaria Panamericana. Los países contraen el compromiso de llevar a cabo las actividades nacionales acordadas, que los recursos y la cooperación técnica de la Organización complementan y apoyan. Por medio de reuniones periódicas, procedimientos acordados y otros mecanismos eficaces

de gestión de proyectos, la Oficina y las autoridades nacionales colaboran a fin de lograr los resultados y los productos previstos y, en último término, que el país haga su propio aporte a la consecución de las metas regionales en el ámbito de la salud.

40. Se debe contemplar cierta flexibilidad en la fase de ejecución, a fin de que se pueda responder ante cambios súbitos en las condiciones nacionales o regionales y el surgimiento de necesidades no previstas anteriormente. Deben definirse claramente las situaciones que justifican una reprogramación y debe establecerse un proceso para examinar y aprobar el plan de trabajo modificado.

41. En épocas de necesidades urgentes e inesperadas en un país, pueden asignarse recursos de otros países así como del nivel de la Oficina a fin de satisfacer esa necesidad nacional particularmente acuciante.

42. La gestión de recursos es una responsabilidad compartida entre los Estados Miembros y la Oficina. Sin embargo, la Oficina retiene la responsabilidad final de administrar los fondos incluidos dentro del presupuesto de la Organización y, en último término, de rendir cuentas sobre esos fondos a los Cuerpos Directivos, que representan la voz conjunta de todos los pueblos de la Región.

43. Al menos cada seis meses, se debe hacer un seguimiento del avance logrado en la ejecución del Programa y Presupuesto bienal, independientemente de la procedencia de los fondos, a nivel de cada entidad de la Organización. Los análisis anuales del avance logrado en los distintos niveles institucionales deben alertar a la Oficina del Director sobre cualquier dificultad que pudiera estar experimentándose en la ejecución, a fin de facilitar la puesta en marcha de intervenciones correctivas técnicas o de gestión encaminadas a lograr los resultados y los productos previstos de manera oportuna.

44. Las evaluaciones deben ser un componente integral del ciclo de gestión y, al igual que en las otras fases del Programa y Presupuesto, deben emprenderse conjuntamente con los países en la medida en que sea posible. A menudo es difícil evaluar la repercusión del trabajo de la Organización por diversos factores:

- a) la naturaleza y la complejidad de los problemas de salud;
- b) el hecho de que la cooperación técnica de la OPS apoya principalmente los esfuerzos del país para alcanzar sus objetivos nacionales en materia de salud; y
- c) el hecho de que suele haber varios asociados involucrados.

45. La Organización debe usar los enfoques disponibles para determinar la eficacia y la eficiencia de sus programas. Las autoevaluaciones periódicas deben complementarse

por medio de evaluaciones exhaustivas del grado en el cual se han logrado las metas del programa, al mismo tiempo que se determinan objetivamente los factores que contribuyen a producir los resultados deseados. Es fundamental asegurar que en los futuros presupuestos por programas se aprovechen las enseñanzas extraídas en el proceso de cooperación y se reflejen con mayor precisión las necesidades y los recursos de los países.

Oportunidades para ejecutar, hacer el seguimiento y evaluar la política del presupuesto

46. Se están elaborando estrategias de cooperación en los países para todos los países, que se actualizarán ante algún cambio en la situación de ese país o en las políticas de la Organización. Las estrategias elaboradas determinarán, entre otras cosas, la combinación y el nivel de recursos técnicos necesarios para contribuir de manera significativa con los esfuerzos del país para abordar sus prioridades sanitarias.

47. El método que se emplea en toda la Organización para examinar los acuerdos, los programas y los proyectos financiados a partir de otras fuentes garantiza que las actividades que reciben apoyo se adhieran a sus políticas y mandatos actuales, y que la Organización pueda administrar el proyecto de manera eficaz y eficiente.

48. Los exámenes anuales de los planes de trabajo bienales permiten:

- a) hacer ajustes a mitad del período del programa que se está ejecutando, y
- b) perfeccionar las propuestas para que se ajusten a las prioridades de la Organización así como al entorno cambiante.

49. El uso cada vez mayor de marcos analíticos para estas evaluaciones mejorará tanto el rigor de la programación de la Organización como la calidad de sus informes cualitativos y cuantitativos.

50. El examen periódico del Programa y Presupuesto por parte de los Cuerpos Directivos permite centrarse en distintos momentos en sus aspectos técnicos, la orientación que se brinda a las políticas y la asignación de recursos. En este sentido, la función del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración es fundamental para garantizar la solidez de las propuestas.

51. La propuesta de política del presupuesto de la OPS debe elaborarse de acuerdo con el Plan Estratégico de la OPS, puesto que este último proporciona la orientación programática y estratégica para el trabajo de la Organización. Con el objeto de elaborar una nueva política presupuestaria basada en las recomendaciones de la evaluación de la política anterior y de que sea pertinente para un período de planificación específico, la

Organización recomienda evaluar la política presupuestaria al finalizar los dos bienios iniciales (es decir, tras cuatro años). Esto permitirá que la nueva política se elabore a tiempo para apoyar el comienzo del primer Programa y Presupuesto del Plan Estratégico siguiente.

52. En el anexo A se describe la estructura del Programa y Presupuesto y la relación matricial que existe entre los niveles funcionales y las categorías programáticas de la Organización.

53. El anexo B se dedica exclusivamente al modelo de asignación presupuestaria a los países y en él se describe detalladamente sus componentes y su justificación. También se incluyen tres cuadros: uno que ilustra el modelo conceptual y dos que muestran los resultados de aplicar los criterios del modelo.

Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana

54. Se solicita a la Conferencia Sanitaria Panamericana que examine la propuesta de política del presupuesto de la OPS, presente las observaciones que considere necesarias para completar este importante proceso, dé la aprobación definitiva de la política y apruebe la resolución que figura en el anexo C.

Anexos

Estructura del Programa y Presupuesto

Contribución de los niveles funcionales a las categorías programáticas			
Nivel funcional	Categoría programática * (a modo de ejemplo)		
	Enfermedades no transmisibles	Enfermedades transmisibles	Sistemas de salud
País *	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$
Entre países *	\$ \$	\$ \$	\$ \$
Subregional *	\$ \$	\$ \$	\$ \$
Regional	\$ \$ \$	\$ \$ \$	\$ \$ \$ \$
* Apoyo técnico directo a los países El signo de dólar (\$) representa la probable variación en las inversiones entre los distintos niveles funcionales.			

Asignación de los recursos del presupuesto de la OPS/OMS entre los países

1. La distribución de los recursos del presupuesto de la OPS a las representaciones en los países y entre ellas, en la que se procura satisfacer adecuadamente las necesidades de todos los países de manera justa y equitativa, constituye un verdadero reto en una región tan diversa como las Américas, donde hay una gama muy amplia de condiciones socioeconómicas y necesidades sanitarias, por no mencionar las diferencias en el tamaño de la población de los distintos países. En el modelo de asignación presupuestaria a los países previsto en la propuesta de política del presupuesto no solo se procura preservar los mismos principios de equidad y solidaridad que se incorporaron en la política actual, sino que además se agrega la capacidad de captar las desigualdades dentro de los países. La propuesta de política del presupuesto también introduce dos elementos normativos nuevos con la finalidad de:

- a) enfatizar el concepto de “compromiso de inclusión” al fijar normas relativas a un nivel mínimo de presencia en el país; y
- b) fortalecer y facilitar el logro de los resultados programáticos acordados en conjunto por todos los Estados Miembros.

Ajustes a los conceptos del modelo

2. En los siguientes párrafos se describen los ajustes principales que se han hecho al modelo actual de asignación presupuestaria a los países.

Mayor objetividad

3. Se ha mejorado la objetividad, considerada un aspecto central y necesario del modelo, al agregarse dos elementos importantes:

- a) se ha ampliado la fórmula basada en las necesidades, esencial en este modelo, con el fin de incorporar una tercera variable (el coeficiente de Gini) para captar el factor de desigualdad dentro de los países; y
- b) se ha diseñado un componente basado en los resultados a fin de brindar apoyo y acelerar el logro de las metas programáticas en los países acordadas en conjunto por los Estados Miembros.

Nivel de presencia mínima en el país

4. El tema de mantener una presencia mínima en el país y la cuestión conexas de las modalidades de cooperación técnica recibieron considerable atención en el debate en torno a la nueva política presupuestaria. Uno de los puntos débiles del modelo actual es su bajo umbral mínimo, que no permite proporcionar un financiamiento realista a todos los países donde la OPS mantiene una presencia física. En el modelo propuesto, se proporciona el financiamiento de una presencia mínima en el país, dondequiera que haya actualmente una presencia física, en lo que se refiere tanto a una dotación mínima de personal como a los requisitos operativos básicos, a fin de garantizar la participación de la Oficina y los Estados Miembros a nivel de país. Esta medida aumenta proporcionalmente el componente fijo del modelo (a aproximadamente 42% del presupuesto total del país según los costos actuales) y hace que sea comparable al componente basado en las necesidades (aproximadamente 48% del presupuesto total según los costos actuales).

Solución de las inquietudes suscitadas por la rigidez matemática

5. Una de las preocupaciones suscitadas por el modelo actual es que algunos de los métodos matemáticos usados en el cálculo de la asignación presupuestaria a los países, como el manejo del tamaño de la población y la progresividad, son muy rígidos y han llevado a niveles presupuestarios poco realistas e insostenibles en algunos países. Se ha ajustado la dimensión estadística del modelo de asignación presupuestaria a los países por medio de otras técnicas matemáticas que suavizan su poder distributivo (más adelante en este anexo se proporcionan detalles específicos sobre este tema).

El modelo de asignación presupuestaria a los países

6. En el modelo de asignación presupuestaria a los países se aborda la tarea, sumamente compleja, de equilibrar las condiciones socioeconómicas, la situación sanitaria, las desigualdades en materia de salud, el tamaño de la población, la presencia en el país y el logro de resultados. Esto puede explicarse mejor si se consideran tres dimensiones por separado:

- a) la dimensión basada en las necesidades,
- b) la dimensión estadística, y
- c) la dimensión normativa.

Dimensión basada en las necesidades

7. Se usa un parámetro basado en las necesidades para procurar que la necesidad relativa entre los países se mida objetivamente. Al considerarse un parámetro, las

condiciones generales de salud que imperan en un país, junto con su posición económica relativa, incluido el grado presente de desigualdad distributiva tanto entre como dentro de su población, capturarían mejor las necesidades sanitarias relativas de un país determinado. Esto se logra por medio del índice de necesidades de salud *ampliado* (INSa), un marcador substitutivo del grado de necesidades sanitarias presentes actualmente en un país determinado. En este índice se incorporan tres dimensiones amplias de la salud y sus determinantes, por intermedio de tres indicadores descriptivos bien conocidos: la esperanza de vida al nacer (esperanza de vida, e_0); el ingreso nacional bruto por habitante, ajustado en función de la paridad del poder adquisitivo (ingresos por habitante, $i\$$); y el coeficiente de Gini (índice de Gini). El índice de Gini es un elemento nuevo en la fórmula que permite captar el factor de desigualdad de la distribución de los ingresos, que se sabe que sirve también de sustituto adecuado para reflejar la desigualdad en materia de salud dentro de un país. (Es importante señalar que los datos del índice de Gini ahora son más fáciles de obtener que en el 2004, año en que se aprobó la política actual.) Por lo tanto, el INSa sirve de índice compuesto concebido para guiar una asignación más equitativa de los fondos de la OPS.

8. Para cada país, se computa una media aritmética de sus dos cálculos más recientes de esperanza de vida y de ingresos por habitante —según el Sistema Regional de Datos Básicos en Salud de la OPS—, y se toma el cálculo más reciente del índice de Gini. Para un país i dado, luego se calcula el INSa según la fórmula a continuación, donde *actual* es valor actual del país, *min* es el valor mínimo observado en el conjunto de datos regionales y *max* es el valor máximo observado en el conjunto de datos regionales.

Índice de necesidades de salud ampliado_i

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

leb = esperanza de vida al nacer

logipc = transformación logarítmica de los ingresos per cápita

9. Como se puede observar en la fórmula, el componente de cada índice (es decir, la esperanza de vida, los ingresos por habitante y el índice de Gini para un país determinado) se calcula al aplicar un procedimiento estándar de transformación estadística, en el cual se asigna un valor relativo. Este valor puede comprender desde 0, para el país con mayores necesidades, hasta 1 para el país con menos necesidades. Cabe

señalar que, de acuerdo con una recomendación bien establecida,³ se utiliza una transformación logarítmica de la distribución de los ingresos en lugar del valor real, con el fin de reflejar apropiadamente el extremo inferior de la distribución de los ingresos, es decir, los países más pobres. Por lo tanto, el índice de necesidades de salud *ampliado* está compuesto por la suma de los valores de sus tres componentes, tras haberseles asignado la misma ponderación (1/3 o un tercio).

10. La distribución del índice de necesidades de salud *ampliado* se usa posteriormente para definir una distribución en cuantiles, específicamente quintiles, y para clasificar los países según estos cuantiles de necesidades relativas de salud. (Véase el cuadro 2 en el que se muestra un ejemplo de la aplicación del INSa usando los últimos datos oficiales.)

Dimensión estadística

11. La dimensión estadística en el modelo de asignación presupuestaria a los países incluye tres técnicas matemáticas que se emplean generalmente en este tipo de *fórmulas* para la asignación de recursos.

12. La **primera técnica** es la *clasificación*, mediante la cual se agrupan los países con un grado similar de necesidades sanitarias de acuerdo con la definición del índice de necesidades de salud *ampliado* (INSa). Aunque un índice se considera una medida aceptable para determinar la situación relativa de los países, la aplicación directa de un único índice no se considera el medio más apropiado para la asignación total de los fondos entre los países. Los cálculos estadísticos subyacentes ofrecen distintos grados de confianza e incluso los incrementos en el INS no se ponderan sistemáticamente en toda la escala. Este modelo intenta evitar una interpretación excesivamente amplia del INS al usar el método de clasificación basado en cuantiles o en este caso, quintiles, puesto que hay cinco grupos que utilizan todos la fórmula estadística estándar para este fin. Los países que se clasifican dentro de un quintil dado recibirán todos el mismo tratamiento con respecto a la aplicación de los criterios basados en las necesidades. El método de clasificación usado en el modelo propuesto (es decir, cuantiles) es el mismo que se utilizaba en el modelo actual.

13. Para preservar el principio de la equidad, en el modelo propuesto se asignan recursos progresivamente a los quintiles, sobre la base de la necesidad relativa. En otras palabras, para dos países cualquiera con la misma población, al país que se clasifique en

³ Anand S, Sen A. The income component in the HDI –alternative formulations. Estudio especial. United Nations Development Programme, Human Development Report Office, Nueva York; 1999. Además: Sen A. Assessing human development. Contribución especial en: United Nations Development Programme. Human Development Report 1999: Globalization with a human face; Oxford University Press; Nueva York, 1999.

un quintil que refleje una mayor necesidad se le asignará una proporción mayor de recursos que al país que se clasifique dentro de un quintil de menor necesidad.

14. Para lograr esto, se emplea una **segunda técnica** llamada *progresividad* a fin de asignar el grado de cambio en la ponderación relativa de las necesidades sanitarias entre grupos de países. En el modelo propuesto de asignación presupuestaria a los países se utiliza un método en el cual la progresividad es proporcional a la distancia entre las medias ponderadas del INSa de los grupos (es decir, centroide). A diferencia del modelo actual, este método aprovecha la distribución natural de las necesidades sanitarias entre los grupos de países a fin de suavizar el grado de cambio de un grupo de países al grupo siguiente de mayor necesidad. (Es importante señalar que el elemento de progresividad de la fórmula tiene un efecto importante en el poder distributivo del modelo. Se eligió un método más suave de progresividad para el modelo propuesto porque el método de progresividad del modelo actual se considera demasiado rígido y, en algunos casos, ha contribuido a niveles insostenibles de asignación presupuestaria a los países.)

15. La **tercera técnica** es el *manejo del tamaño de la población*, también conocida como *suavizamiento*. Se trata de una técnica matemática que se utiliza para moderar el efecto que tiene en el modelo estadístico una distribución muy variada del tamaño de población de los países. En el modelo presentado se supone que, de ser iguales todos los demás factores, un país con mayor población requerirá más recursos que un país con menos población. Sin embargo, el modelo también supone que el efecto multiplicador que se produce en el tipo de cooperación que brinda la OPS a los Estados Miembros es tal que los países más pequeños necesitarán más recursos por habitante que los países más grandes. Estos supuestos se incorporan al modelo al ajustar las estadísticas reales de población, usando un método estadístico de manejo del tamaño de la población. Este método permite reducir eficazmente la variación del tamaño de la población antes de que se use para calcular los niveles de recursos. El método que se utiliza en el modelo propuesto es el *logaritmo cuadrático ajustado de la población* (ALPS, por sus siglas en inglés). El método de manejo del tamaño de la población que se usa en una fórmula también tiene un efecto distributivo considerable. El método ALPS tiene un efecto distributivo más suave que el método usado en el modelo actual (es decir, la raíz cuadrada de la población). Por lo tanto, se lo propone por las mismas razones mencionadas anteriormente con respecto a la técnica de progresividad. Cabe señalar que el método ALPS se usa en la política actual de la OMS en materia de asignación de recursos.

Dimensión normativa

16. La dimensión normativa en un modelo es el conjunto de criterios que sirven para aplicar los parámetros prácticos y lógicos deseados que están fuera del ámbito de las *fórmulas* matemáticas. Por ejemplo, el modelo propuesto incluye criterios normativos

para establecer niveles mínimos con respecto a la presencia en el país, así como el agregado de la objetividad basada en resultados. En el modelo propuesto, se mantiene el concepto de porción *básica* y porción *variable* del financiamiento. Sin embargo, la porción básica, que contiene el componente fijo o mínimo y el componente basado en las necesidades, ha sido ampliada a fin de incluir un componente mínimo más robusto que incorpora niveles para garantizar una presencia mínima en el país, incluido un componente de dotación mínima de personal y un presupuesto operativo mínimo. Esto eleva considerablemente el nivel mínimo de financiamiento con respecto a la política actual, a fin de abordar el factor de “compromiso” entre la Oficina y el Estado Miembro. Los Estados Miembros que tienen ingresos más altos por habitante y no tienen presencia física alguna en el país recibirán una asignación presupuestaria nominal para garantizar un nivel mínimo de cooperación.

17. Se ha introducido un nuevo criterio normativo, el componente *basado en los resultados*, que ofrece la posibilidad de reorientar un nivel predeterminado de recursos (propuesto en 5% de la porción total a nivel de país) en un bienio dado a fin de fortalecer y apoyar a los países en la consecución de las metas y los resultados programáticos acordados conjuntamente por los Estados Miembros (por ejemplo, las metas y resultados establecidos en el Plan Estratégico). Este componente, junto con el componente fijo y el componente basado en las necesidades, integra la porción básica del presupuesto del país.

18. Por último, se mantiene en la propuesta la porción variable que existe en la política actual. La porción variable ofrece cierto grado de flexibilidad que permite a la Organización usar un porcentaje pequeño del financiamiento de una manera estratégica y catalítica al abordar circunstancias inesperadas que surgen durante el bienio, en particular en los países con mayores necesidades. Se trata de financiamiento encaminado a brindar un impulso a corto plazo en los recursos del país para acelerar los avances que se están logrando hacia el cumplimiento de los mandatos conjuntos regionales y mundiales y el establecimiento de prioridades. Cabe señalar que, como se ha reforzado el componente fijo de la política propuesta a fin de garantizar una presencia mínima en el país, la porción variable de la política propuesta podrá destinarse a usos más estratégicos en los países, en lugar de usarse para compensar a los países donde las reducciones presupuestarias a causa de la política actual han excedido la capacidad de mantener las operaciones mínimas.

19. En el cuadro 1 se ilustra el modelo conceptual de la asignación presupuestaria a los países y en los párrafos a continuación se proporciona una explicación de los diversos elementos del modelo.

Resultados del modelo

20. Los dos elementos del modelo que afectan sustancialmente el grado de redistribución de los recursos entre los países de la Región son los métodos estadísticos usados (es decir, el manejo del tamaño de la población y la progresividad) y el nivel para garantizar una presencia mínima en el país. Los criterios utilizados para seleccionar estos métodos en el modelo propuesto han tenido como fin cumplir con dos objetivos principales:

- a) que haya equidad en la provisión y asignación de un mayor porcentaje ponderal a los países con mayores necesidades y
- b) que haya solidaridad al garantizar las normas para una presencia mínima en el país en todos aquellos países donde se necesita una presencia física de la OPS.

21. El método de progresividad usado (centroide) tiene un efecto de distribución más suave de un quintil de mayor necesidad al siguiente, en comparación con el modelo actual. La rigidez de la escala de ponderación utilizada en el modelo actual es uno de los factores principales que han contribuido a la reducción grave e insostenible del presupuesto sufrida por varios países a lo largo de los seis últimos años. El método centroide brinda una progresividad que es proporcional a la distancia entre las medias ponderadas del INSa de los grupos. Esta escala de progresividad genera una redistribución más equilibrada de los recursos, al mismo tiempo que sigue teniendo un efecto positivo en los grupos de países más necesitados.

22. En el modelo propuesto se usa como método para controlar estadísticamente el tamaño de la población de los países el logaritmo cuadrático ajustado de la población (ALPS). Este método de suavizamiento tiene un factor de compresión mayor, por lo que reduce la variación del tamaño poblacional más de lo que se hace en el método utilizado en el modelo actual (es decir, la raíz cuadrada de la población). Este método tiende a beneficiar a los países más pequeños y de tamaño mediano, ya que el tamaño de la población tiene menos influencia en el poder distributivo del modelo.

23. La porción básica de la asignación se muestra en términos proporcionales. En la columna J del cuadro 3 se muestra el componente fijo o mínimo de la porción básica, que representa el factor de presencia en el país. La columna K muestra el componente basado en las necesidades que se calcula usando la lógica contenida en el modelo. En la columna L se muestra una distribución tentativa del componente basado en los resultados. El total de estos tres componentes de la porción central representa 95% de la asignación presupuestaria total a los países. El 5% restante se asignará como la porción variable (columna N), sobre la base de los criterios mencionados anteriormente para este componente.

24. En este modelo (al igual que para calcular el índice de necesidades de salud), los datos estadísticos usados (esperanza de vida al nacer, ingresos por habitante en paridad del poder adquisitivo, índice de Gini y población) provienen del Sistema Regional de Datos Básicos en Salud, un sistema oficial de la OPS. Los datos más recientes disponibles en este sistema se usarán en cada reiteración del ciclo presupuestario al momento de formular la asignación de recursos al país.

25. El modelo propuesto sirve para indicar la porción proporcional de los recursos que se asignará a los países. La cantidad real de recursos presupuestarios asignados a cualquier país dado estará guiada por estos porcentajes. Sin embargo, dependerá de los niveles del presupuesto aprobados por el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana en los años venideros.

26. En los siguientes tres cuadros se ilustran las modificaciones propuestas para el modelo de asignación presupuestaria a los países:

- a) en el cuadro 1 se brinda un diagrama del modelo conceptual;
- b) en el cuadro 2 se muestra el cálculo del índice de necesidades de salud *ampliado*, con todos sus elementos, y
- c) en el cuadro 3 se muestra el modelo detallado y los porcentajes relativos de los componentes.

Cuadro 1: Modelo conceptual de la asignación presupuestaria a los países

País		Cuantil	Financiamiento básico			Financiamiento o variable
			Componente fijo o mínimo	Basado en las necesidades	Basado en los resultados *	
País A	(+) Parámetro basado en las necesidades (-)	Grupo 1 (menos necesitados)	\$	\$	%	
País B			\$		%	
País C			\$		%	
País J		Grupo 2	\$	\$\$	%	
País K			\$		%	
L del país			\$		%	
País X		Grupo 3 (más necesitados)	\$	\$\$\$	%	
País Y			\$		%	
País Z			\$		%	
			90%	5%	5%	

* El porcentaje por país puede variar de un período presupuestario a otro de acuerdo con las metas programáticas específicas que requieran apoyo en un bienio determinado.



Política del Presupuesto de la OPS

Índice de necesidades de salud ampliado (modelo propuesto con la fórmula del índice ampliado)

Cuadro 2

País ¹	Código	Núm. de habitantes en 2012	Esperanza de vida (Eo)			Ingresos por habitante (I\$)		Índice de Gini	logaritmo del ingreso	Ponderaciones estandarizadas		Índice ampliado		Grupos por índice	
			2010	2011	2009	2010	Eo			ingreso	Gini	2012	2004		
Territorios del Reino Unido	UKT	207.854	80,1	80,0	35.640	36.410	28,9	4,557	80,0	1,043	0,932	0,941	0,972	0	0
Territorios de Francia	FRT	1.116.756	79,3	79,4	33.870	34.440	28,9	4,533	79,3	1,000	0,917	0,941	0,953	0	0
Canadá	CAN	34.674.708	80,9	81,1	37.260	38.310	36,5	4,577	81,0	1,098	0,944	0,704	0,907	0	0
Territorios de los Países Bajos	NFT	313.125	76,1	76,2	39.720	41.900	28,9	4,611	76,1	0,816	0,965	0,941	0,907	0	0
Estados Unidos de América	USA	315.899.874	78,5	78,6	45.400	47.360	46,4	4,666	78,5	0,955	1,000	0,397	0,784	0	0
Puerto Rico	PUR	3.743.380	79,1	79,2	13.019	13.019	52,9	4,115	79,1	0,990	0,656	0,197	0,614	0	0
Barbados	BAR	274.530	76,8	76,9	17.960	19.000	28,9	4,267	76,9	0,858	0,751	0,941	0,850	1	1
Antigua y Barbuda	ANI	90.510	75,0	75,0	21.080	20.240	28,9	4,315	75,0	0,751	0,781	0,941	0,824	1	2
Cuba	CUB	11.249.266	79,0	79,2	6.117	6.330	27,0	3,794	79,1	0,987	0,455	1,000	0,814	1	4
Dominica	DOM	67.665	76,0	76,0	11.820	11.990	28,9	4,076	76,0	0,809	0,631	0,941	0,794	1	3
Saint Kitts y Nevis	SCN	53.697	74,0	75,0	16.740	15.850	28,9	4,212	74,5	0,722	0,716	0,941	0,793	1	1
Granada	GRE	105.303	75,9	76,0	9.640	9.890	28,9	3,990	75,9	0,805	0,578	0,941	0,774	1	4
Santa Lucía	SAL	177.794	74,5	74,7	10.080	10.520	28,9	4,013	74,6	0,727	0,592	0,941	0,753	1	3
San Vicente y las Granadinas	SAV	109.367	72,2	72,4	10.850	10.830	28,9	4,035	72,3	0,592	0,606	0,941	0,713	2	3
Bahamas	BAH	351.275	75,5	75,7	26.120	24.800	43,0	4,406	75,6	0,783	0,837	0,503	0,708	2	1
Uruguay	URU	3.391.428	76,9	77,1	12.920	13.990	45,3	4,129	77,0	0,866	0,664	0,431	0,654	2	1
Trinidad y Tabago	TRT	1.350.999	70,0	70,2	24.300	24.040	40,2	4,383	70,1	0,468	0,627	0,590	0,627	2	2
Costa Rica	COR	4.793.725	79,2	79,4	10.830	11.270	50,7	4,043	79,3	1,000	0,611	0,263	0,625	2	1
Argentina	ARG	41.118.986	75,8	76,0	14.230	15.570	48,3	3,888	75,9	0,802	0,692	0,339	0,611	2	1
Chile	CHI	17.423.214	79,1	79,2	13.270	14.590	54,6	3,930	79,1	0,989	0,674	0,144	0,602	3	1
México	MEX	116.146.768	76,8	77,0	13.570	14.290	51,1	3,930	76,9	0,862	0,674	0,252	0,596	3	2
Venezuela	VEN	29.890.694	74,3	74,5	12.410	12.150	47,6	4,089	74,4	0,716	0,640	0,360	0,572	3	2
Panamá	PAN	3.624.991	76,0	76,2	12.210	12.770	54,8	4,097	76,1	0,816	0,644	0,136	0,532	3	2
Perú	PER	29.733.829	73,8	74,1	8.270	8.930	48,1	3,934	73,9	0,689	0,543	0,344	0,525	3	4
Jamaica	JAM	2.761.331	73,0	73,2	7.280	7.310	45,5	3,863	73,1	0,639	0,499	0,425	0,521	3	3
Ecuador	ECU	14.864.987	75,6	75,7	7.590	7.880	53,4	3,888	75,6	0,787	0,514	0,179	0,494	3	5
Belize	BLZ	324.292	75,9	76,1	6.080	6.210	53,1	3,789	76,0	0,811	0,452	0,189	0,484	4	3
República Dominicana	DOR	10.183.339	73,3	73,5	8.390	9.030	51,9	3,940	73,4	0,658	0,547	0,228	0,477	4	4
Brasil	BRA	198.360.943	73,3	73,7	10.230	11.000	54,7	3,811	73,5	0,662	0,600	0,140	0,468	4	3
El Salvador	ELS	6.264.129	72,1	72,3	6.380	6.550	48,4	3,811	72,2	0,588	0,466	0,336	0,463	4	4
Colombia	COL	47.550.708	73,6	73,8	8.760	9.060	56,2	3,950	73,7	0,674	0,553	0,092	0,440	4	2
Guyana	GUY	757.623	69,7	70,0	3.270	3.450	44,2	3,360	69,8	0,450	0,288	0,466	0,402	4	5
Suriname	SUR	534.175	70,4	70,7	7.420	7.680	52,9	3,878	70,5	0,491	0,508	0,197	0,399	5	4
Paraguay	PAR	6.682.943	72,4	72,6	4.460	5.050	53,9	3,677	72,5	0,604	0,382	0,165	0,384	5	4
Nicaragua	NIC	5.954.898	73,8	74,1	2.610	2.790	52,3	3,431	74,0	0,691	0,229	0,215	0,378	5	5
Honduras	HON	7.912.032	73,0	73,3	3.720	3.770	57,0	3,573	73,1	0,642	0,318	0,070	0,343	5	5
Guatemala	GUT	15.137.569	71,0	71,3	4.600	4.650	55,9	3,665	71,2	0,528	0,375	0,103	0,335	5	5
Bolivia	BOL	10.248.042	66,5	66,8	4.510	4.640	56,3	3,660	66,6	0,265	0,372	0,091	0,243	5	5
Haití	HAI	10.255.644	61,9	62,2	1.140	1.180	59,2	3,064	62,0	0,000	0,000	0,000	0,000	5	5

¹ Los territorios de los Países Bajos incluyen Aruba y las Antillas Neerlandesas; los territorios de Francia incluyen Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica; los territorios del Reino Unido incluyen Anguila, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Bermuda, las Islas Caimán y las Islas Turcas y Caicos.
Eo = esperanza de vida al nacer; ingreso = ingreso nacional bruto ajustado según la paridad del poder adquisitivo (en dólares internacionales, I\$); *Iay = último año disponible



Política del Presupuesto de la OPS

Modelo de asignación presupuestaria a los países (INSA con componentes fijo, basado en necesidades y basado en resultados)

Cuadro 3

País	Código	Índice de necesidad de salud	Grupo según necesidades	Ponderación según necesidades		Núm. de habitantes (2012)	Logaritmo cuadrático ajustado de la población (ALPS)	Porcentaje de asignación basada en las necesidades	Asignación básica (asignación proporcional)			Asignación variable	Asignación total
				factor	%				Comp. fijo o mínimo	Comp. basado en necesidades	Comp. basado en resultados		
Territorios del Reino Unido	UKT	0,972	0						0,37	0,02	0,39		
Territorios de Francia	FRT	0,953	0						0,27	0,01	0,28		
Canadá	CAN	0,915	0						0,40	0,02	0,42		
Territorios de los Países Bajos	NET	0,907	0						0,27	0,01	0,28		
Estados Unidos de América	USA	0,784	0						0,27	0,01	0,28		
Puerto Rico	PUR	0,614	0						0,13	0,01	0,14		
Barbados	BAR	0,850	1	1,00	2,3	275	0,0	0,0	0,00	0,36	0,36	0,02	0,38
Antigua y Barbuda	ANI	0,824	1	1,00	2,3	91	0,0	0,0	0,10	0,23	0,33	0,02	0,35
Cuba	CUB	0,814	1	1,00	2,3	11.249	1,9	3,2	1,40	1,12	2,52	0,14	2,66
Dominica	DOM	0,794	1	1,00	2,3	68	0,0	0,6	0,10	0,20	0,30	0,02	0,32
Saint Kitts y Nevis	SCN	0,793	1	1,00	2,3	54	0,0	0,5	0,10	0,18	0,28	0,02	0,30
Granada	GRE	0,774	1	1,00	2,3	105	0,0	0,5	0,09	0,25	0,34	0,02	0,36
Santa Lucía	SAL	0,753	1	1,00	2,3	178	0,0	0,9	0,10	0,31	0,41	0,02	0,43
San Vicente y las Granadinas	SAV	0,713	2	1,24	2,8	109	0,0	0,7	0,10	0,32	0,42	0,02	0,44
Bahamas	BAH	0,708	2	1,24	2,8	351	0,1	1,1	1,53	0,49	2,02	0,11	2,13
Uruguay	URU	0,654	2	1,24	2,8	3.391	0,6	2,3	1,43	0,98	2,41	0,13	2,54
Trinidad y Tabago	TRT	0,627	2	1,24	2,8	1.351	0,2	1,7	1,38	0,75	2,13	0,12	2,25
Costa Rica	COR	0,625	2	1,24	2,8	4.794	0,8	2,5	1,34	1,08	2,42	0,13	2,56
Argentina	ARG	0,611	2	1,24	2,8	41.119	6,9	5,3	1,47	2,28	3,75	0,21	3,96
Chile	CHI	0,602	3	1,29	3,0	17.423	2,9	3,7	1,59	1,67	3,26	0,18	3,44
México	MEX	0,596	3	1,29	3,0	116.147	19,4	9,2	1,70	4,40	6,10	0,34	6,44
Venezuela	VEN	0,572	3	1,29	3,0	29.891	5,0	4,6	1,92	2,06	4,20	0,22	4,20
Panamá	PAN	0,532	3	1,29	3,0	3.625	0,6	2,3	1,44	1,04	2,48	0,14	2,62
Perú	PER	0,525	3	1,29	3,0	29.734	5,0	4,6	1,87	2,06	4,14	0,22	4,14
Jamaica	JAM	0,521	3	1,29	3,0	2.761	0,5	2,1	1,38	0,96	2,47	0,13	2,47
Ecuador	ECU	0,494	3	1,29	3,0	14.865	2,5	3,5	1,43	1,58	3,18	0,17	3,18
Belize	BLZ	0,484	4	1,43	3,3	324	0,1	1,1	1,26	0,55	1,92	0,10	1,92
República Dominicana	DOR	0,477	4	1,43	3,3	10.183	1,7	3,1	1,45	1,55	3,17	0,17	3,17
Brasil	BRA	0,468	4	1,43	3,3	198.361	33,2	15,4	2,14	7,36	10,03	0,53	10,03
El Salvador	ELS	0,463	4	1,43	3,3	6.264	1,0	2,8	1,42	1,34	2,92	0,15	2,92
Colombia	COL	0,440	4	1,43	3,3	47.551	8,0	5,7	1,83	2,83	4,92	0,26	4,92
Guyana	GUY	0,402	4	1,43	3,3	758	0,1	1,5	1,28	0,73	2,12	0,11	2,12
Suriname	SUR	0,399	5	1,67	3,8	534	0,1	1,6	1,30	0,76	2,18	0,11	2,18
Paraguay	PAR	0,384	5	1,67	3,8	6.683	1,1	2,7	1,49	1,59	3,25	0,17	3,25
Nicaragua	NIC	0,378	5	1,67	3,8	5.955	1,0	3,2	1,35	1,54	3,05	0,16	3,05
Honduras	HON	0,343	5	1,67	3,8	7.912	1,3	2,9	1,52	1,67	3,37	0,18	3,37
Guatemala	GUT	0,335	5	1,67	3,8	15.138	2,5	4,3	1,62	2,05	3,88	0,20	3,88
Bolivia	BOL	0,243	5	1,67	3,8	10.248	1,7	3,1	1,50	1,81	3,49	0,18	3,49
Haití	HAI	0,000	5	1,67	3,8	10.256	1,7	3,1	1,74	1,81	3,75	0,20	3,75
TOTAL				43,78	100,0	597.747	100,0	100,0	42,09	47,91	95,00	5,00	100,00



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



28.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA **64.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012

CSP28/7 (Esp.)
Anexo C
ORIGINAL: INGLÉS

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

POLÍTICA DEL PRESUPUESTO DE LA OPS

LA 28.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la propuesta de *Política del presupuesto de la OPS* (documento CSP28/7), en la que se propone una política del presupuesto regional modificada que define una nueva manera de asignar recursos dentro de la Organización Panamericana de la Salud;

Observando las recomendaciones de la evaluación de la política existente llevada a cabo por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación de la OPS;

Reconociendo que, aunque los países con mayores necesidades han recibido un flujo mayor de recursos durante el período de la política existente, otros países han sufrido reducciones presupuestarias a un grado tal que no pueden mantener una presencia mínima en el país y que, de todas maneras, en apoyo del espíritu de solidaridad, han estado totalmente de acuerdo con una distribución de recursos que sea funcional dentro de entornos realistas y prácticos;

Consciente de la necesidad de alinearse con el proceso de reforma en marcha en estos momentos en la Organización Mundial de la Salud y sus posibles repercusiones para la Organización Panamericana de la Salud;

Considerando las observaciones formuladas por el Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Agradecer al Grupo Consultivo para la formulación de una nueva política del presupuesto de la OPS y a la Oficina Sanitaria Panamericana sus esfuerzos por recomendar modificaciones e introducir nuevos criterios para la asignación de los fondos del presupuesto ordinario y las contribuciones voluntarias, tanto entre los niveles funcionales de la OPS como entre las representaciones en los países.
2. Tomar nota del modelo propuesto de asignación presupuestaria a los países para asignar recursos entre los países.
3. Aprobar la nueva Política del presupuesto de la OPS con el siguiente énfasis:
 - a) la asignación del presupuesto ordinario entre los cuatro niveles funcionales de la Organización (es decir, el nivel de país, entre países, subregional y regional) se hará de manera tal que, con el propósito de fortalecer la cooperación en los países, la Oficina Sanitaria Panamericana se esforzará continuamente por mantener las estructuras funcionales y orgánicas óptimas mediante evaluaciones internas y externas encaminadas a lograr el mayor nivel de repercusión en los países, al mismo tiempo que seguirá respondiendo eficazmente a los mandatos conjuntos regionales y subregionales;
 - b) la porción mínima del presupuesto regular asignada al nivel de país se fija inicialmente en 40% del presupuesto ordinario total, el mismo porcentaje que en la actualidad. La distribución entre el nivel funcional e institucional sigue siendo dinámica, lo que permite que se puedan hacer ajustes a lo largo del proceso de planificación a los límites superiores establecidos en el presupuesto, de ser necesario, siempre con el objeto de mejorar los resultados en los países;
 - c) en la reasignación de los recursos del presupuesto ordinario entre los países, la asignación básica de ningún país se reducirá en más de 50% de su asignación proporcional entre los países, según lo aprobado en el Programa y Presupuesto 2012-2013. Además, en ningún caso puede la asignación del presupuesto ordinario resultante ser menor que el componente fijo o mínimo calculado (concebido para proporcionar una presencia mínima en el país, tal como se define en la política) de la porción básica;
 - d) con respecto a los países clave (aquellos identificados originalmente en el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007: Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua), la Oficina se esforzará por movilizar recursos adicionales dirigidos a estos países de manera tal que la

- asignación neta de recursos totales no sea inferior al monto total de recursos en el bienio 2012-2013;
- e) los objetivos para el uso de la asignación variable entre los países serán los indicados en el documento CSP28/7, todo ajuste futuro al uso del financiamiento variable se someterá a la consideración del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración al momento de que se presente un proyecto de programa y presupuesto bienal.
4. Garantizar que las asignaciones a los países en los futuros programas y presupuestos de la OPS estén guiadas por el modelo aprobado en el párrafo 3 anterior de la parte dispositiva y se escalonen a lo largo de dos bienios en consulta con los Estados Miembros a fin de procurar que la transición para los programas de cooperación técnica sea lo más gradual posible.
5. Promover que en la asignación de los recursos se prioricen las categorías programáticas que concuerdan con los mandatos conjuntos e individuales de los Estados Miembros como se ha establecido en los documentos de planificación estratégica de la OPS.
6. Solicitar a la Directora que:
- a) aplique la nueva política del presupuesto de la OPS cuando se formulen las propuestas de programas y presupuestos futuros para la consideración del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana;
 - b) presente al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana una evaluación minuciosa de la Política del presupuesto de la OPS cuando hayan transcurrido dos bienios de ejecución, a fin de procurar que siga respondiendo a las necesidades cambiantes en materia de salud y que se asignen sistemáticamente los recursos en forma equitativa;
 - c) colabore con los Estados Miembros a fin de promover modalidades más eficaces de cooperación, así como para:
 - i) fortalecer la capacidad de aquellos países que estarán recibiendo más recursos del presupuesto ordinario con el objeto de garantizar su uso eficaz y eficiente;
 - ii) prestar apoyo a aquellos países que estarán recibiendo menos recursos del presupuesto ordinario mediante esfuerzos específicos de movilización de recursos dirigidos tanto a fuentes internas como externas.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, la Oficina Regional del

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CSP28/7 (Esp.)

Anexo D

Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Oficina de los proyectos de resolución

1. Punto del orden del día: Punto 4.2, Política del Presupuesto de la OPS
2. Relación con el Programa y Presupuesto <ul style="list-style-type: none">a) Área de trabajo: Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos (PBR)b) Resultado previsto: 16.1 y 16.2
3. Repercusiones financieras <ul style="list-style-type: none">a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): La repercusión financiera es el propio presupuesto aprobado.b) Costo estimado para el bienio 2012-2013 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): US\$ 160.000c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?: Todo.
4. Repercusiones administrativas <ul style="list-style-type: none">a) Indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas: Un grupo de trabajo integrado por seis delegados de los Estados Miembros de la OPS, además de un equipo de cinco funcionarios de la OPS a nivel regional.b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal): Ninguna.c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación): Se ejecutará a lo largo de dos bienios (cuatro años), tras lo cual se hará una evaluación.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, la Oficina Regional del
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CSP28/7 (Esp.)
Anexo E

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

- 1. Punto del orden del día:** 4.2 Política del Presupuesto de la OPS
- 2. Unidad a cargo:** Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos (PBR)
- 3. Funcionario a cargo:** Román Sotela
- 4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:**
Todos los ministerios de salud
- 5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:**
La política del presupuesto es el instrumento que distribuye los recursos internos de la OPS a fin de financiar la cooperación técnica establecida en la Agenda de Salud para las Américas.
- 6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2008-2012:**
La política del presupuesto se adhiere específicamente a la orientación programática proporcionada en el Plan Estratégico; en este caso, la política del presupuesto se basará en el próximo Plan Estratégico 2014-2019.
- 7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de países de la Región de las Américas:**
N/C
- 8. Repercusiones financieras del punto del orden del día:**
No se agrega ningún requisito financiero nuevo.
