

# I

## INTRODUCCIÓN

## **Panorama general**

1. El Documento oficial 317 (OD 317) presenta al 46.º Consejo Directivo el proyecto de presupuesto bienal por programas (BPB) de la OPS/OMS para 2006-2007. Este documento ha sido objeto de importantes revisiones como resultado del diálogo continuo con los Estados Miembros. El primer análisis del BPB para 2006-2007 se realizó en marzo de 2005 en la 39.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo, antes de la aprobación de la parte del presupuesto ordinario correspondiente a la OMS. Posteriormente, en su 136.ª sesión, que tuvo lugar en Buenos Aires en junio de 2005, el Comité Ejecutivo examinó el nuevo proyecto con la parte aprobada de la OMS y proporcionó orientación sobre varios asuntos relativos al contenido y el monto del presupuesto por programas. El Comité Ejecutivo solicitó más consultas y la Oficina Sanitaria Panamericana invitó a los Estados Miembros a enviar comentarios por escrito antes del 15 de julio de 2005. Asimismo, el 22 de julio de 2005 se celebró una reunión de información con la Oficina en Washington, D.C., en videoconferencia con cinco lugares de América Latina. El presente documento revisado aborda esos asuntos y refleja el punto de vista de los Estados Miembros que participaron en las consultas recientes.

2. A raíz de priorización y reducción de ciertos programas, el proyecto de presupuesto bienal por programas para 2006-2007 **no requiere aumentos de las cuotas de los Estados Miembros de la OPS**. Además, la Oficina desea llamar la atención de los Estados Miembros con respecto a algunos compromisos regionales fundamentales que podrían abordarse mejor si los Estados Miembros desean considerar un aumento de 2% de las cuotas. Al final de la introducción se presentan los detalles presupuestarios correspondientes a ambas opciones.

3. El proyecto de BPB para 2006-2007 se basa en el **enfoque de la OMS orientado a la consecución de resultados en toda la Organización** y se ha beneficiado también de un proceso participativo e iterativo que abarca homólogos nacionales, los distintos niveles de la secretaría de la OPS y la Sede de la OMS. El proceso de planificación y programación ha permitido tener en cuenta los vínculos entre las distintas partes de la institución. Los resultados esperados específicos de cada oficina, derivados de planes de las representaciones, centros y unidades regionales, están vinculados a los resultados esperados a escala regional que se describen en las áreas de trabajo de la sección II. Los resultados esperados a escala regional, a su vez, están vinculados a los resultados esperados a nivel de toda la Organización que se señalan en el presupuesto por programas aprobado de la OMS para 2006-2007. Este marco permite dar seguimiento a las contribuciones de todas las oficinas de la OPS a la consecución de los resultados esperados a escala regional y, a su vez, de los resultados esperados a nivel de toda la Organización Mundial de la Salud.

4. En la formulación del proyecto actual se tuvieron en cuenta las enseñanzas extraídas del examen de fin de bienio de la ejecución del presupuesto bienal por programas para 2002-2003. La Gestión Ejecutiva examinó oficialmente el desempeño de cada unidad en diciembre de 2003, pero el informe refundido no estuvo listo antes de la 136.ª sesión del Comité Ejecutivo y no pudo presentarse a los Estados Miembros en esa oportunidad. La evaluación del desempeño en 2002-2003 ahora está a disposición de los Estados Miembros en el documento de información CD46/INF/1.

5. Antes de concluir las propuestas para las unidades regionales se hizo un examen multidisciplinario de las propuestas para los países, a fin de que las unidades regionales y los centros panamericanos pudieran armonizar sus programas con las necesidades de los países. Este proceso ha facilitado la

colaboración entre las unidades regionales y los centros, en consonancia con el enfoque centrado en los países.

6. En consonancia con uno de los principios fundamentales de la **gestión basada en la obtención de resultados**, y tal como se establece en la política del presupuesto regional por programas, en este proyecto se presenta un presupuesto unificado; en otras palabras, **un presupuesto por programas que refleja varias fuentes de financiamiento**. El proyecto de presupuesto por programas presenta un panorama completo de la cooperación técnica que la Oficina administrará durante el bienio 2006-2007 y de los recursos necesarios para alcanzar los resultados esperados a escala regional. Este presupuesto total incluye fondos del presupuesto ordinario, derivados de contribuciones señaladas a los Estados Miembros más ingresos varios, así como fondos de “otras fuentes”, que consisten en contribuciones voluntarias y se dividen en dos categorías: 1) las contribuciones aproximadas que es razonable esperar como consecuencia del diálogo permanente con colaboradores o del interés de los donantes habituales y 2) una parte “sin financiamiento”. Esta segunda parte **constituye el foco del aumento en las actividades de movilización de recursos de la Oficina**.

7. Antes de la preparación del BPB para 2006-2007, la norma para calcular las contribuciones voluntarias (que antes se denominaban fondos extrapresupuestarios) consistía en usar únicamente los compromisos conocidos en el momento de la preparación del BPB. Eso significaba que el BPB contenía sumas relativamente pequeñas de otras fuentes en comparación con el monto del presupuesto ordinario. Este nivel de recursos propuestos de otras fuentes era mucho menor que las contribuciones voluntarias que en realidad se recibían durante el bienio, razón por la cual los cálculos nunca presentaban un panorama exacto de los fondos disponibles para los programas de la Organización (véase el cuadro que figura a continuación).

**Cuadro 1. Contribuciones voluntarias a la OPS/OMS en bienios recientes**

	<b>2000-2001</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2004-2005</b>	<b>2006-2007</b>
<b>Incluidas en el proyecto</b>	\$68.600.000	\$55.500.000	\$55.800.000	\$265.544.000
<b>Reales</b>	\$130.420.000	\$140.309.000	\$180.000.000 *	

\* Datos hasta el 30 de junio de 2005.

8. El enfoque de presupuesto por programas único adoptado en la preparación del BPB para 2006-2007 presenta un panorama completo de los recursos necesarios para ejecutar el programa de cooperación técnica en el bienio.

9. **El programa de cooperación técnica de la OPS/OMS se presenta en las tres secciones siguientes:** II. Áreas de trabajo, III. Programas subregionales y IV. Programas de país. En la segunda parte se presentan 37 áreas temáticas de trabajo y, en relación con cada una, se analizan los temas y desafíos que es necesario abordar y se definen los objetivos de la OPS, las estrategias, los resultados esperados a escala regional y los indicadores. En esta sección se amalgama el trabajo de toda la Organización. Mientras que el objetivo de la OPS es una expresión del compromiso combinado de los Estados Miembros y la Oficina (representaciones, unidades regionales y centros panamericanos), los

resultados esperados a escala regional describen la contribución de la Oficina a ese objetivo y constituyen la base de la determinación de los costos y el cálculo de los recursos necesarios para el bienio. Se señalan de forma explícita los indicadores del desempeño y se han agregado niveles de referencia y metas a fin de que se pueda dar seguimiento a los logros mediante la ejecución del presupuesto por programas.

10. En la sección III se presenta el programa subregional, que se introduce por primera vez, de acuerdo con la política del presupuesto regional por programas de la OPS. Esta sección representa la primera iteración del trabajo de la Organización para apoyar los planes de acción en materia de salud de los diversos procesos de integración subregional de las Américas. Estos planes se perfeccionarán junto con las respectivas instituciones subregionales: la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Comunidad Andina de Naciones (CAN). Esta sección incluye también los recursos destinados a los tres centros subregionales (INCAP, CFNI y CAREC) y a la Oficina de Campo de la OPS en la frontera entre México y Estados Unidos, en El Paso.

11. La sección IV está dedicada a los programas de país. Esta sección incluye, para cada país de la Región, un resumen de las prioridades nacionales en cuanto a la cooperación técnica de la OPS, así como la respuesta de la Oficina a nivel de país. El programa de cooperación técnica se presenta con el enfoque lógico y se indican el propósito o el objetivo en cuanto al efecto y los resultados esperados. Los planes de trabajo de cada una de las representaciones de la OPS contienen información adicional, como un análisis completo de la situación, la estrategia de cooperación técnica y actividades específicas para cada resultado esperado.

12. La sección V presenta información detallada sobre el presupuesto por programas en forma de cuadros y gráficas.

### **El contexto sanitario regional**

13. La Región se encuentra en una etapa de expansión económica, con una tasa de crecimiento anual de 4,3% en promedio, que se prevé que continuará durante el próximo bienio. De hecho, se prevé que el crecimiento del producto interno bruto (PIB) per cápita de América Latina y el Caribe entre 2003 y 2006 será de 10%. Sin embargo, esta región sigue siendo la más inequitativa del mundo en cuanto a la distribución de la riqueza. En la actualidad hay indicios de que la desigualdad de ingresos está creciendo a un ritmo más rápido que el crecimiento económico medido según el ingreso nacional bruto.

14. Como consecuencia de los cambios dinámicos en los perfiles demográficos y epidemiológicos de la Región, la mayor carga de mortalidad y morbilidad consiste ahora tanto en enfermedades transmisibles como enfermedades no transmisibles, incluidos los accidentes y la violencia. A pesar de las mejoras de la salud de la población, que se reflejan en el aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer, persisten grandes desigualdades en la cobertura y la calidad de los servicios de salud vinculadas a desigualdades del acceso y otras formas de exclusión social. Estas desigualdades en la salud son una expresión de desigualdades estructurales fundamentales que causan la exclusión social y económica en los países y segmentos de la población y entre ellos. No se pueden llevar a cabo reformas nacionales del sector de la salud aisladamente de problemas estructurales mayores de la Región que es necesario abordar con urgencia de forma integrada.

15. Existe una necesidad creciente de que los grupos regionales, los países y las localidades desarrollen y fortalezcan su capacidad de alerta temprana para anticiparse y responder mejor a las epidemias y los desastres naturales o causados por el hombre. Se necesitan sistemas locales, nacionales y regionales sólidos de información sanitaria e intercambio de información especial que abarquen también el seguimiento de los riesgos para la salud asociados al comercio, los viajes y la migración dentro de la Región y fuera de ella. Debido al resurgimiento de antiguas enfermedades y la aparición de enfermedades nuevas, los efectos de los cambios ambientales relacionados con la urbanización creciente, los cambios climáticos y la contaminación accidental o intencional del medio ambiente, es indispensable que los países y la OPS inviertan debidamente en la evaluación de los riesgos y los preparativos para casos de desastre.

16. En vista de que muchos factores determinantes de la salud pública exceden la capacidad que los países pueden manejar individualmente, la cooperación regional es cada vez más imprescindible para influir y participar eficazmente en los debates mundiales y regionales y en las decisiones que afectan a la salud de la gente. Es necesario analizar con prontitud las consideraciones sanitarias de las llamadas “políticas de consenso sobre la globalización” (austeridad fiscal, estabilización macroeconómica, inversiones extranjeras directas y liberalización del comercio) en el contexto regional a fin de que la aplicación de políticas de ese tipo que trascienden las fronteras nacionales no tengan efectos negativos imprevistos en la salud. La mejor forma de abordar estos asuntos son los foros regionales y subregionales, que posibilitan el diálogo, el seguimiento colectivo, el intercambio de información y la adopción de decisiones. La Oficina continúa ofreciendo sus servicios para apoyar esta forma de cooperación regional.

17. Los grandes cambios que se han producido en el marco internacional de la cooperación para el desarrollo y las tendencias de la asistencia oficial para el desarrollo están influyendo en la cooperación en el ámbito de la salud pública en las Américas y en el papel que la OPS debe desempeñar a nivel de país y regional. Se han formado varias alianzas entre los sectores público y privado para el desarrollo y la salud pública. Todas las partes interesadas están aprendiendo a trabajar más eficazmente en este entorno nuevo e innovador de la cooperación, a fin de servir a los países y los intereses sanitarios de la gente. El Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI ha abordado algunos de estos temas en sus deliberaciones y la Oficina ha tomado nota de sus recomendaciones.

18. La Oficina continuará dando prioridad a la cooperación técnica directa a fin de ayudar a los países y a distintos segmentos de la población con las necesidades más acuciantes en materia de salud a acelerar la acción para alcanzar las metas convenidas mejorando los sistemas, los servicios y las condiciones para la salud.

## **Orientación estratégica y prioridades**

### **Marco normativo**

19. El BPB para 2006-2007 se formula en el marco de las políticas mundiales y regionales pertinentes. **El plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para 2003-2007** es la brújula que guía el trabajo técnico y el establecimiento de prioridades. Este BPB impulsa la labor de la Oficina para ayudar a los países a reducir las inequidades dentro de ellos y entre ellos, poniendo de relieve los grupos especiales de la población: los pobres, las poblaciones indígenas, las mujeres, los niños y los ancianos.

Se presta especial atención a los países clave (Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua) indicados en el plan estratégico. Presupuestos de cuatro de las cinco países clave se basan en las estrategias de cooperación en los países (marco a mediano plazo para la respuesta de la OPS a nivel de país). Además, en las áreas de trabajo se indican los países clave entre los resultados esperados en los casos en que corresponde. Aunque en la preparación del plan estratégico se tuvieron en cuenta los seis **Objetivos de Desarrollo del Milenio** (ODM) relacionados con la salud, durante la formulación del BPB se trató de que el apoyo a los países se centrara en las metas específicas correspondientes a esos objetivos.

20. La preparación del BPB para 2006-2007 concluyó junto con la *Evaluación de mitad de período de la aplicación del plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007*, CD46/8. En el análisis de las prioridades programáticas y asignaciones presupuestarias del BPB se tuvieron en cuenta las conclusiones preliminares de dicha evaluación. Aunque la consecución de los objetivos de la cooperación técnica establecidos en el plan estratégico para el período 2003-2007 depende de los programas y recursos de muchos participantes en el sector de la salud (entre ellos la OPS), esos objetivos son fundamentales para el proceso de elaboración del BPB para 2006-2007 y proporcionan un contexto para la asignación de los recursos limitados de la Oficina. Los resultados de la evaluación de mitad de período en lo que concierne al grado de consecución de los objetivos de la cooperación técnica influyeron en la redefinición de los resultados esperados en algunas áreas de trabajo que se presentan en este proyecto.

21. Este es el primer presupuesto por programas que se guía por la **política del presupuesto regional por programas** aprobada por el 45.º Consejo Directivo en septiembre de 2004. Los objetivos principales de la política del presupuesto por programas son promover la equidad y solidaridad en la mejora de la situación sanitaria de los países de las Américas y poner de relieve el efecto a nivel de país en las operaciones de la Organización.

22. Los elementos fundamentales de la política, tal como se define en los documentos CD45/7 y CD45/7 Corrig.1 y en la resolución CD45.R6, son los siguientes:

- Aumento de la atención prestada a los países, en parte al asignar una mayor parte de los recursos de la Organización a las actividades de país y al incorporar una asignación subregional en el presupuesto por programas. Las asignaciones a los países aumentarán hasta alcanzar la meta de 40% de los recursos del presupuesto ordinario, y se prevé que la asignación subregional aumente a 7% del total del presupuesto ordinario. El objetivo primordial es aumentar la asistencia de la OPS para el cumplimiento del programa de acción en materia de salud de los procesos de integración subregional de las Américas.
- Introducción de un modelo nuevo para asignar recursos entre países basado en el principio de que los países con mayores necesidades sanitarias deben recibir una parte proporcionalmente mayor de recursos, ajustados según el número de habitantes, y los países que gozan de una situación sanitaria relativamente mejor cederán una parte de sus asignaciones para satisfacer las necesidades de los países más pobres.
- La asignación de los recursos a los países en la nueva política del presupuesto regional por programas se divide en dos componentes: fondos básicos y fondos variables.

- Los fondos básicos representan 95% de la asignación a los países y consta de dos partes: una asignación fija y una asignación basada en las necesidades.

- La asignación variable, que no excederá de 5% del total de los recursos asignados al país, procura dar flexibilidad al proceso de asignación. La distribución debe basarse en criterios aprobados.

- Al reasignarse los recursos entre países, ninguna de las asignaciones básicas de país debe reducirse más de 40% de la asignación proporcional que se aprobó en el presupuesto bienal por programas correspondiente a 2004-2005.
- La asignación de recursos a los países clave especificados en el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007 (Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua) estará protegida de modo que la parte proporcional del presupuesto básico de estos países no experimente una reducción respecto del presupuesto bienal por programas correspondiente a 2004-2005.
- La política se ejecutará a lo largo de tres bienios para reducir al mínimo las perturbaciones y garantizar una utilización más eficaz de los recursos en los países que obtuvieron aumentos.

23. Por consiguiente, para 2006-2007 se han trasladado recursos a programas de país de la forma indicada en el cuadro 2 a continuación.

**Table 1. Aplicación de la política del presupuesto regional por programas 2006-07 al 2010-11**

	2006-07	2008-09	2010-11
País	38.0%	39.0%	40.0%
Subregional	6.4%	6.7%	7.0%
Regional	55.6%	54.3%	53.0%
	100.0%	100.0%	100.0%

24. Los procesos subregionales que recibirán apoyo inicialmente en 2006-2007 son los que representan CARICOM en el Caribe, el SICA en América Central, el MERCOSUR en el Cono Sur y CAN en la región andina. El propósito primordial es colaborar con los órganos subregionales intergubernamentales oficiales en programas centrados en prioridades subregionales en el campo de la salud que sean congruentes con los mandatos y las prioridades de la OPS. Estos programas, que se presentan en forma de proyecto en el presente documento, se elaborarán en consulta con las autoridades respectivas. En esta etapa inicial se ha tratado de reducir al mínimo la alteración de los acuerdos subregionales existentes. Sin embargo, en bienios subsiguientes se efectuarán cambios a fin de distribuir los recursos de forma equitativa entre subregiones.

25. La OPS proporcionará cooperación técnica a nivel subregional por medio de lo siguiente:
- un nuevo programa subregional de cooperación técnica para apoyar los programas de acción sanitaria subregionales;
  - el apoyo a los centros panamericanos subregionales: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC);
  - el apoyo a la Oficina de Campo de la OPS en la frontera entre México y Estados Unidos (El Paso, Texas).
26. Tal como se estableció en la política del presupuesto regional por programas en marzo de 2005, **el Subcomité de Planificación y Programación, en su 39.<sup>a</sup> sesión, aprobó los tres criterios siguientes para la asignación de la parte variable por la Directora durante el bienio:**
- Para los países que estén afrontando trastornos inesperados de gran magnitud en su economía, como un desastre natural, inestabilidad social o civil transitoria o un empeoramiento repentino de su situación fiscal. A este respecto, los países que ya están resintiendo el efecto de las reducciones presupuestarias tendrían prioridad sobre aquellos que recibirán un aumento de la parte básica de su asignación presupuestaria.
  - Apoyar a los países cuyos planes de trabajo correspondientes al bienio 2006-2007 reflejen un esfuerzo concertado para emprender labores fundamentales dirigidas a lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y las metas correspondientes. Dentro de este grupo, se dará prioridad a los países que estén más lejos de las metas alcanzables. Este criterio tiene como finalidad servir de incentivo para que los países tomen parte activa en las actividades relacionadas con el cumplimiento de los ODM.
  - Apoyar a los países cuya parte básica del presupuesto sufrirá aún más reducciones y que de por sí tienen presupuestos relativamente pequeños. El objetivo de este criterio es permitir ajustes operativos pequeños, aunque necesarios, para ayudar a los países a adaptarse sin problemas al nuevo presupuesto y reducir al mínimo las alteraciones de sus actividades de cooperación técnica.
27. La asignación del financiamiento variable será objeto de seguimiento y se vigilará por separado, y la Directora informará anualmente al Subcomité de Planificación y Programación sobre su utilización.
28. Otra política importante que orienta este proyecto es la **estrategia de gestión 2003-2007**, que define nuevas modalidades de trabajo que deben adoptarse en toda la Oficina para llevar a cabo el plan estratégico eficazmente y responder a las necesidades de los países. En la estrategia se señalan cinco objetivos internos del cambio institucional. Debido a la índole intersectorial del cambio institucional necesario, no siempre es fácil indicar todos los aspectos de la estrategia en el presupuesto por programas. Sin embargo, durante el bienio se están llevando a cabo once proyectos de transformación relacionados entre sí a fin de alcanzar los objetivos del cambio institucional. La relación entre los objetivos estratégicos y los once proyectos de transformación se muestra en el cuadro 2, a continuación, y los proyectos de la Hoja de ruta se señalan en la sección sobre áreas de trabajo a nivel de resultados esperados.

**Cuadro 2. Relación entre los cinco objetivos estratégicos institucionales y los once proyectos de transformación**

<b>Objetivo estratégico del cambio institucional</b>	<b>Proyecto de transformación</b>
1. Responder mejor a las necesidades de los países	1. Cooperación centrada en los países 2. Examen de la organización de la CSU
2. Establecer un foro regional	3. Foro regional
3. Convertirse en una organización basada en el conocimiento y el aprendizaje	4. Aplicación de estrategias de información y gestión del conocimiento 5. Formación de líderes y aprendizaje
4. Fomentar modalidades nuevas de cooperación técnica	6. Programas regionales
5. Mejorar las prácticas de gestión	7. Estrategia de movilización de recursos 8. Estrategia de recursos humanos 9. Normas de responsabilidad y transparencia 10. Estrategia de comunicación para la movilización de la Organización 11. Comunicación externa

29. Como resultado de estas iniciativas, se prevé una mayor armonización y eficacia de las estructuras de gestión, los procesos y los mecanismos de cooperación técnica, que aumentarán la capacidad de la Organización para satisfacer las expectativas de los Estados Miembros en el siglo XXI. En otro documento (CD46/15) se explica con pormenores el progreso realizado hasta la fecha con el proceso de cambio institucional en curso.

30. Además, en el proyecto de BPB se tienen en cuenta las muy diversas recomendaciones de tres iniciativas orientadas a mejorar el desempeño de la Oficina: **el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, la evaluación realizada por la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas de la aplicación de la gestión basada en la consecución de resultados en la Oficina y la auditoría externa especial** realizada en 2004. Estos se examinarán en el 46.º Consejo Directivo y sus deliberaciones se reflejarán en la planificación operacional del BPB.

31. La Oficina ha participado también en la renovación del Marco de Gestión de la OMS. Por consiguiente, se han tomado medidas adicionales para armonizar los procesos de planificación mundial y regional para distintos períodos. La formulación del BPB para 2006-2007 se benefició de las mejoras de la coordinación de los recursos y programas necesarios con el proceso mundial. La mayor convergencia con la OMS facilitará el diálogo en todas las áreas de la Organización y en todas las etapas de la planificación, la ejecución, el seguimiento y la preparación de informes.

## **Estructura y orientación de los programas**

32. Las **áreas de trabajo** son los temas de desarrollo de la salud y gestión que la Oficina ha seleccionado con el propósito de concentrar su trabajo. Son los elementos fundamentales para la planificación y presupuestación programáticas. La modificación de las áreas de trabajo para 2006-2007 es el resultado de un amplio proceso consultivo interregional realizado bajo la dirección de la OMS. El enunciado de las áreas de trabajo de la OPS constituyó el marco del aporte de la Región al proceso mundial de elaboración del presupuesto por programas de la OMS para toda la Organización. Antes de la reunión del Comité Ejecutivo, las áreas de trabajo de la OPS se habían reducido de 42 a 38, lo cual permitió la congruencia con las 36 áreas de trabajo en toda la Organización definidas por la OMS para 2006-2007, a las que se suman dos áreas de trabajo agregadas para conferir mayor especificidad a la labor de la secretaría de la OPS a nivel de país. Como resultado de la tarea de asignación de prioridades que se describe más adelante en este documento, el número de áreas de trabajo se ha reducido a 37. No habrá un área de trabajo separada para las investigaciones sobre enfermedades transmisibles. El ámbito completo de todas las áreas de trabajo está a disposición del Consejo Directivo como documento de información (CD46/INF/2).

33. Es importante destacar que, además de basarse en las áreas de trabajo, **el presupuesto por programas se prepara desde la óptica de cada uno de los tres niveles funcionales, y los fondos se asignan en consecuencia:** 1) país, 2) subregional y 3) regional. La frase “toda la Región” se refiere a la totalidad del trabajo, en toda la institución, que combina la labor de las representaciones, los centros panamericanos regionales y subregionales, y las unidades regionales en Washington. La palabra “regional” se refiere a la labor de las unidades regionales y los centros panamericanos regionales, incluidos los aportes de los asesores regionales que trabajan fuera de Washington. Para mostrar esta distinción, en la sección II de este documento se presenta el BPB para toda la Región por área de trabajo, es decir, el trabajo combinado de toda la Oficina. Los recursos indicados para cada área de trabajo correspondiente a toda la Región también representan el costo total de la obtención de los resultados esperados conexos a escala regional en todos los niveles funcionales de la institución.

34. El diagrama que se presenta a continuación muestra la relación entre las áreas de trabajo y los niveles funcionales y pone de relieve el significado de la frase “toda la Región”.

Estructura básica del presupuesto por programas

Nivel AdeT	Regional	Subregional	De país	TOTAL (Toda la Región)
AdeT 1	\$	\$	\$	\$\$
AdeT 2	\$	\$	\$	\$\$
⋮				
AdeT 38	\$	\$	\$	\$\$
TOTAL	\$\$\$	\$\$\$	\$\$\$	\$\$\$

16

35. Las 37 áreas de trabajo modificadas han sido agrupadas en categorías de asignación que reflejan las bases conceptuales del trabajo de la OPS. Esto da a la estructura de programas del BPB para 2006-2007 un aspecto diferente de la que tenía en el bienio anterior, aunque muchas de las áreas de trabajo son comunes a ambos bienios. La estructura de programas sigue siendo independiente de la estructura de la Oficina, lo cual facilita la cooperación interfuncional y permite a esta dar una respuesta integrada a las necesidades de los países en el ámbito de la cooperación técnica.

36. En los párrafos siguientes se resumen las **nueve secciones revisadas de la resolución de apertura de créditos en relación con las áreas de trabajo** (en el documento de información CD46/INF/2 se presenta el alcance completo de las áreas de trabajo).

***Sección 1: Enfermedades transmisibles***

37. Esta sección incluye la prevención y el control, así como la investigación, en relación con las enfermedades transmisibles, además de un área de trabajo sobre la alerta y respuesta ante epidemias, que aborda principalmente temas concernientes a brotes epidémicos, y la revisión del Reglamento Sanitario Internacional. Esta sección también incluye áreas específicas de trabajo para la malaria, la tuberculosis y la infección por el VIH/SIDA, la fiebre aftosa y otras enfermedades zoonóticas que revisten importancia para la salud humana.

***Sección 2: Enfermedades no transmisibles y reducción de los riesgos***

38. Esta sección incluye la vigilancia, prevención y atención de las enfermedades crónicas no transmisibles. También incluye actividades vinculadas con la salud mental y el abuso de sustancias; el tabaco; la nutrición; y la violencia, traumatismos y discapacidades.

### ***Sección 3: Desarrollo sostenible y salud ambiental***

39. Esta sección comprende las áreas de trabajo que abordan factores determinantes de la salud y en las cuales, por consiguiente, la cooperación técnica depende de la participación multisectorial: promoción de la salud, salud y medio ambiente e inocuidad de los alimentos.

### ***Sección 4: Salud familiar y comunitaria***

40. Esta sección incluye ahora las áreas de salud reproductiva; reducción de los riesgos del embarazo; género, mujer y salud; salud del niño y del adolescente; e inmunización y obtención de vacunas. El área de infección por el VIH/SIDA está ahora ubicada en la sección 1, Enfermedades transmisibles.

### ***Sección 5: Tecnologías sanitarias***

41. Esta sección antes formaba parte de la sección 6. Ahora comprende dos áreas de trabajo: medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias esenciales. Esta área abarca la tecnología clínica, la seguridad hematológica y los laboratorios.

### ***Sección 6: Desarrollo de sistemas de salud***

42. Esta sección incluye áreas importantes como la formulación de políticas para la salud en el desarrollo; políticas relacionadas con los sistemas de salud y prestación de servicios sanitarios; recursos humanos para la salud; e información sanitaria, pruebas científicas y políticas de investigación. También se ha incluido un área sobre financiación de la salud y protección social, así como la de preparación y respuesta frente a emergencias.

### ***Sección 7: Gestión del conocimiento y tecnología de la información***

43. Esta sección consta de sólo un área de trabajo que abarca los dos componentes interrelacionados que guiarán a la Organización en su esfuerzo por convertirse en una organización basada en los conocimientos y el aprendizaje. La gestión de los conocimientos partirá de la labor de BIREME y de diversas publicaciones. En cuanto a la tecnología de la información, se procurará que se disponga de la infraestructura necesaria.

### ***Sección 8: Procesos de gestión y administración***

44. Esta sección agrupa todas las áreas de trabajo necesarias para llevar a cabo la gestión institucional y las funciones reglamentarias esenciales de la Organización: la planificación, coordinación de recursos y supervisión; la gestión de recursos humanos; la gestión presupuestaria y financiera; la infraestructura y logística; los Cuerpos Directivos; las relaciones externas; y la dirección.

## **Sección 9: Presencia básica en los países**

45. Para apoyar la orientación a los países y en consonancia con el área de trabajo “Presencia de la OMS en los países”, en el BPB para 2006-2007 se define la sección de la resolución de apertura de créditos titulada “Presencia básica en los países”. En las tres áreas de trabajo comprendidas en esta sección se especifican mejor las actividades y los recursos asignados para garantizar la presencia de la OPS/OMS en los países y contribuir a impulsar procesos orientados a fortalecer el desarrollo de la salud a nivel nacional por encima del trabajo que se realiza a nivel de país en las otras 35 áreas de trabajo. Este es el único punto de desviación respecto de las 36 áreas de trabajo de la OMS. La OPS ha ampliado el área de la OMS “Presencia básica de la OMS en los países” y la ha convertido en tres áreas de trabajo diferentes: liderazgo y coordinación de la cooperación en los países, operaciones de las representaciones de la OPS/OMS y cooperación técnica entre países. El concepto de presencia básica en los países abarca las tres áreas de trabajo y persiste como título de la sección de la resolución de apertura de créditos.

### **Asignación de prioridades**

46. **De conformidad con el plan estratégico para 2003-2007, la Oficina debe centrarse en tres prioridades: grupos especiales, países clave y áreas técnicas.** En la mayoría de los casos, los grupos especiales se indican de forma explícita a nivel de área de trabajo; en el caso de las poblaciones indígenas y los ancianos, el apoyo a los países se encuentra en el nivel de resultados esperados en las áreas de trabajo de políticas de sistemas de salud, y prestación de servicios y promoción de la salud, respectivamente. La cooperación técnica para ayudar a los países a abordar las necesidades de los pobres es evidente en las áreas de trabajo de formulación de políticas para el desarrollo de la salud y financiamiento de la salud y protección social. Se indican los cinco países clave que deben recibir atención prioritaria en las áreas de trabajo pertinentes a sus prioridades sanitarias nacionales, y todos los objetivos de las áreas técnicas prioritarias se encuentran en el área de trabajo de metas, objetivos de la OPS o entre los resultados esperados. En vista del papel central de la salud en los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** (ODM) y la índole intersectorial e interdisciplinaria de la respuesta necesaria, los resultados esperados en muchas áreas de trabajo reflejan o apoyan la consecución de las metas de los ODM.

47. Además de esta asignación de prioridades en un nivel más elevado, la Directora de la Oficina ha establecido **un marco para la cooperación técnica** con tres componentes: **1) abordar la agenda pendiente, 2) hacer frente a los nuevos desafíos y 3) proteger los logros.**

- **La agenda pendiente** se refiere a las enfermedades y problemas de salud para los cuales se dispone ampliamente de soluciones eficaces en función del costo que se utilizan en casi todo el mundo. La persistencia de estos problemas muestra las desigualdades y los derechos no realizados en materia de salud de grandes sectores de la población. Este componente abarca lo siguiente:
  - los ODM relacionados con la salud, excepto la infección por el VIH/SIDA, que corresponden a las principales causas de la carga de morbilidad de los países clave;
  - las enfermedades “descuidadas”, o sea un grupo de enfermedades parasitarias e infecciosas que, debido a la “tiranía de los promedios nacionales”, subsisten en focos que afectan a los sectores más pobres de la población; y
  - la vigilancia de enfermedades y la respuesta frente a epidemias.

- **Hacer frente a los nuevos desafíos** se refiere al liderazgo y la comprensión de los nuevos problemas de salud pública. Algunos de ellos, como las enfermedades no transmisibles, la violencia y la salud mental, se benefician de un enfoque de promoción de la salud y requieren la participación colectiva e individual. Los países deben estar en condiciones de planificar y administrar la acción pertinente a nivel nacional y subnacional, manteniendo al mismo tiempo el vínculo con las iniciativas mundiales y regionales a fin de abordar los riesgos mundiales. Los nuevos retos ponen de relieve la urgente necesidad de reorientar los sistemas de salud a fin de aumentar la equidad en el acceso a los servicios y la protección social sin dejar de mejorar la eficacia y eficiencia de los sistemas. Asimismo, los países deben optimizar los recursos y las oportunidades que ofrece una gama ampliada de participantes en el campo de la salud pública, combinando los recursos de distintos sectores para formular y aplicar políticas públicas que surtan efecto y garanticen la eficacia de las intervenciones.
- Para **proteger los logros** hay que cerciorarse de que los resultados obtenidos perduren y se amplíen en beneficio de la Región y las instituciones nacionales. Los adelantos en el campo de la salud no son necesariamente acumulativos y permanentes. Hay que protegerlos de las crisis sociales y económicas, la inestabilidad política y los desastres. Se trata de reducir la vulnerabilidad y aumentar la adaptabilidad del sistema de salud.
- **En un entorno de recursos limitados, la Oficina se concentrará en las áreas de trabajo relacionadas con la agenda pendiente y los nuevos desafíos.** Impulsará a otros organismos y colaboradores a que ayuden a los países a mantener logros tales como una cobertura de vacunación elevada.

48. Con este marco en mente, y después de analizar los comentarios de los Estados Miembros durante todo el ciclo de preparación del presupuesto por programas, **la Oficina profundizó en la asignación de prioridades** y llevó a cabo un proceso transparente para racionalizar la asignación de recursos entre áreas de trabajo. Las áreas de trabajo se dividieron en dos grupos: 1) cooperación técnica y 2) servicios auxiliares de gestión y administración. Se establecieron criterios separados (siete para las áreas técnicas y cinco para las áreas auxiliares) para cada grupo, algunos objetivos y otros subjetivos.

### **Criterios para las áreas técnicas de trabajo**

- i. Potencial de la OPS para mejorar los resultados sanitarios en la Región
- ii. Apoyo específico a grupos especiales y países clave a fin de reducir las inequidades
- iii. Uso óptimo de los recursos en lo que concierne al efecto de la cooperación técnica actual, especialmente a nivel de país
- iv. Amenazas mundiales y problemas nuevos
  - v. Poca accesibilidad de otros recursos para los países
- vi. Dificultad para reemplazar la cooperación técnica actual de la OPS
- vii. Mandatos mundiales y regionales que vencen a fines de 2007.

## **Criterios para los campos de gestión y administración**

- i. Relación gerencial con proyectos de la Hoja de ruta
- ii. Capacidad actual para aumentar la eficiencia de la cooperación técnica de la OPS
- iii. Capacidad actual para mejorar la eficacia de la cooperación técnica de la OPS
- iv. Poco acceso a otras fuentes (excluida la asignación de costos indirectos)
- v. Requisitos reglamentarios.

49. Se evaluó cada área de trabajo en función de estos criterios y se asignó un valor de 0 a 5 a cada criterio (5 es el valor que requeriría un nivel más alto de financiamiento con recursos del presupuesto ordinario). Por lo tanto, la gama total de valores que pueden alcanzarse para las áreas técnicas de trabajo va de 0 a 35, en tanto que la gama para las áreas de servicios auxiliares de gestión y administración va de 0 a 25.

50. Cabe señalar que este examen afectó únicamente al componente regional del presupuesto por programas. Aunque se conoce el total de las reducciones necesarias para mantenerse dentro de los límites de una situación de crecimiento cero para los niveles subregional y de país (444.000 y 2.634.000 respectivamente) y dicho total se refleja en el proyecto de presupuesto, la asignación de prioridades a los programas se deja a las representaciones y entidades subregionales a fin de que los cambios reflejen las prioridades nacionales y subregionales. (Este proceso concluirá en los meses siguientes a la aprobación del presupuesto.)

51. El esquema de prioridades resultante, de baja a alta, se comparó con el esquema de la distribución de los niveles de financiamiento con recursos del presupuesto ordinario a nivel regional para las áreas de trabajo respectivas. El diagrama de ambos esquemas puso de relieve algunas áreas en las cuales faltaba armonía entre el presupuesto y las prioridades relativas. Por lo tanto, se reajustó la distribución del presupuesto ordinario a fin de compensar esa falla. Las áreas de trabajo en las cuales el presupuesto excedía el esquema de prioridades se redujeron a un nivel que permitiera reasignar fondos a otras áreas de trabajo a las cuales se había asignado gran prioridad pero para las cuales había pocos recursos del presupuesto ordinario.

**La propuesta presentada anteriormente al Comité Ejecutivo en su 136.<sup>a</sup> sesión se ha ajustado del siguiente modo:**

**Reducciones en las áreas de trabajo (se aplican a todas las áreas de trabajo o a partes de ellas)**

Investigación sobre enfermedades transmisibles	(500.000)
Salud pública veterinaria	(800.000)
Salud y ambiente	(600.000)
Recursos humanos para la salud	(800.000)
Formulación de políticas para la salud en el desarrollo	(360.000)
Política de investigación	(250.000)
Género, mujer y salud	(130.000)
Financiación de la salud y protección social	(170.000)
Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo	(800.000)
Gestión del conocimiento y tecnología de la información	(400.000)
Gestión financiera	<u>(174.000)</u>
Total parcial, reducciones	(4.984.000)

**Aumentos en las áreas de trabajo**

Alerta y respuesta ante epidemias	500.000
Nutrición	200.000
Malaria	200.000
Tuberculosis	80.000
Enfermedades crónicas	<u>150.000</u>
Total parcial, aumentos	<u>1.130.000</u>

**Reducción neta a nivel regional (3.854.000)**

**Más eficacia y eficiencia para mejorar la ejecución de programas**

52. Uno de los objetivos de la transformación institucional dentro de la Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana en el período 2003-2007 es mejorar continuamente la eficacia y la eficiencia de las operaciones de la Oficina a fin de aprovechar al máximo los recursos para la cooperación técnica.

**53. A continuación se señalan algunas iniciativas que ya se están emprendiendo en este bienio:**

- a. Colaboración con la OMS para renovar el marco de gestión orientada a la consecución de resultados con una mayor rendición de cuentas, coordinación y simplificación de los procesos de planificación. Esto se ha complementado por un proceso de garantía de la calidad en toda la Oficina para los programas que se proponen en el BPB 2006-2007 y por mejores procesos de revisión del desempeño.

- b. Adopción de políticas basadas en la competencia para la gestión de los recursos humanos que repercutirán en la contratación, clasificación, evaluación del desempeño y desarrollo del personal.
- c. Elaboración de una estrategia de tecnología de la información y proceso de gobernanza para que los recursos escasos se inviertan conforme a las necesidades del sistema de gestión institucional y las prioridades estratégicas de información y conocimiento.
- d. Mejores competencias de gestión mediante la amplia participación de la OPS en el Programa de Liderazgo Mundial de la OMS.
- e. Rediseño de los procesos administrativos, lo que da lugar a eficiencias y definición de un nuevo perfil de los puestos de apoyo, toda vez que sea posible, sin poner en riesgo las normas y controles internos.
- f. Un examen constante de las opciones de infraestructura y logística en la Sede y en las oficinas de país. Esto ya ha reducido costos en la Sede por concepto de alquiler de oficinas y la operación de la cafetería y la imprenta.

**54. La Oficina emprenderá otras actividades durante el bienio 2006-2007 para seguir mejorando la eficacia y la eficiencia técnicas y de gestión.**

La Oficina se ocupará de:

- Ejecutar los 11 proyectos de transformación en la Hoja de ruta para el cambio institucional a fin de producir las modificaciones deseadas y de esa manera afrontar mejor los múltiples retos de la salud pública en el siglo XXI.
- Tomar las medidas necesarias para alinear los perfiles de recursos humanos con las orientaciones estratégicas y aprovechar las oportunidades que surgen del desgaste natural para seguir ajustando la distribución presupuestaria en conformidad con la evaluación de prioridades.
- Poner en práctica las prioridades recomendadas en la evaluación externa de los sistemas de gestión orientada a la consecución de resultados de la OPS que realizó la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas. Se hará un gran esfuerzo para capacitar al personal en la gestión orientada a la consecución de resultados y en la planificación de su trabajo cotidiano, así como para fortalecer la capacidad institucional de seguimiento y evaluación.
- Seguir delegando y evaluando ciertas funciones regionales y consolidar las operaciones en los centros respectivos, tales como: 1) el programa de saneamiento básico que funciona en el CEPIS; 2) el programa de salud materna y de la mujer que funciona en el CLAP y 3) el programa de inocuidad de los alimentos que funciona en PANAFTOSA.
- Redistribuir algunos puestos de asesores regionales para centrar mejor la atención en los países.

- Seguir haciendo hincapié en los grupos transfuncionales de trabajo y de estudio, incluidas las misiones conjuntas interprogramáticas y el mayor uso de las plataformas de tecnología como SharePoint y las comunidades de práctica.

### Recursos necesarios

55. Según se menciona en la introducción, la Directora está presentando un **proyecto de presupuesto por programas** de la OPS/OMS **que no requiere ningún aumento de las cuotas asignadas a los Estados Miembros**. La otra situación presupuestaria alternativa que se incluye en este proyecto requiere un aumento de 2% de dichas cuotas.

56. La propuesta requiere un presupuesto total de \$531,1 millones y consta de un presupuesto ordinario de la OPS/OMS de \$265,6 millones y una estimación de \$265,5 millones de Otras Fuentes. El nivel propuesto del presupuesto ordinario representa un aumento de 2,3% en comparación con el bienio anterior. Esto tiene en cuenta un aumento de 7,4% en ingresos varios previstos, y un aumento de 6,9% en la porción que le corresponde a la OMS; las cuotas de la OPS no aumentan. En el cuadro 3 se presenta la propuesta de financiamiento del proyecto de presupuesto por programas para 2006-2007 y una comparación con el monto aprobado de financiamiento del bienio anterior.

**Cuadro 3. Financiamiento del presupuesto ordinario**

Fuente	2004-2005	2006-2007	% de cambio
Cuotas asignadas a los Estados Miembros	173.300.000	173.300.000	0,0%
+ Ingresos varios	13.500.000	14.500.000	7,4%
= Total de cuotas de la OPS	186.800.000	187.800.000	0,5%
+ Parte de la OMS	72.730.000	77.768.000	6,9%
= Total OPS/OMS	259.530.000	265.568.000	2,3%



57. La porción correspondiente a la OMS (la parte del presupuesto total de la OMS asignada a la Región de las Américas) que se incluye en el proyecto de presupuesto es de \$77,8 millones. Esta es la cantidad revisada para la Región de las Américas (AMR) que fue presentada por el Director General de la OMS y aprobada por la 58.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005. La cuota para AMR de \$77,8 millones representa un aumento de 6,9% con respecto al bienio anterior y es similar, en términos nominales, a la cuota para AMR recibida de la OMS en el bienio 2000-2001.

58. Por consiguiente, la porción de la OPS que se propone asciende a \$187,8 millones y representa un aumento de \$1,0 millones, o sea 0,5% con respecto a la del bienio anterior de \$186,8 millones. Se propone financiar la porción de la OPS de \$187,8 millones del siguiente modo: \$14,5 millones en ingresos varios previstos y \$173,3 millones provenientes de las cuotas asignadas a los Estados Miembros. La proyección de los ingresos varios es de \$1.000.000 más que la cantidad presupuestada para 2004-2005 y refleja una proyección cautelosa con respecto al clima de las inversiones externas. La porción del presupuesto financiado con las cuotas asignadas a los Estados Miembros queda al mismo nivel para 2004-2005: \$173,3 millones.

59. Para llegar al nivel de presupuesto propuesto, y de acuerdo con la orientación de los Estados Miembros, se han hecho varios ajustes para dar cabida a aumentos significativos de costo pero a la vez reducir al mínimo la repercusión de las reducciones propuestas en tanto se mantiene un nivel básico y estratégico de cooperación en los programas. Hacer malabarismo con las variables no es nada sencillo y plantea riesgos en cuanto al nivel de la respuesta de la Oficina a los retos de salud pública de la Región.

60. En consecuencia, el ejercicio de ajuste del presupuesto por programas, que se ha explicado previamente en este documento, se ha centrado en la asignación de prioridades, la racionalización y la unificación de programas en toda la Oficina. Este análisis ha conducido a una mayor descentralización y unificación de programas, que incluye una serie de propuestas de reubicación y eliminación de puestos que afectan a varias áreas programáticas.

61. Algunos de los cambios más significativos son los siguientes:

- En el Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, se está descentralizando y consolidando el trabajo sobre saneamiento básico con el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) en Lima.
- En el Área de Salud Familiar y Comunitaria, se está descentralizando y consolidando el trabajo sobre salud reproductiva y reducción de los riesgos del embarazo con el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) en Montevideo, Uruguay.
- En el Área de Salud Pública Veterinaria, se está suprimiendo el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) y se está redefiniendo el programa de inocuidad de los alimentos, lo cual permitirá reducir el número de puestos de contratación internacional y local.

62. Para el bienio 2006-2007, las consideraciones sobre costos están teniendo una repercusión significativa sobre el poder adquisitivo del presupuesto. Solo el aumento total de costos en el presupuesto para puestos 2004-2005 se calcula en \$16,2 millones, un aumento de alrededor del 10%. Sin embargo, al avanzar hacia un presupuesto de crecimiento nominal cero para la porción correspondiente a la OPS en 2006-2007, la Directora ha reducido en 41 el número total de puestos de contratación por un plazo fijo, lo que representa un aumento con respecto a los 34 puestos mencionados al Comité Ejecutivo. Esta reducción representa un ahorro de \$6,5 millones y reduce a \$9,7 millones el aumento neto de costos en puestos de trabajo del proyecto.

63. El drástico incremento del costo de los puestos de contratación internacional por un plazo fijo es el resultado de una combinación de dos factores principales. Primero, los costos de los puestos de personal de nivel profesional basados en Washington han registrado un fuerte aumento en los últimos dos o tres años tal como lo ha establecido la Comisión de Administración Pública Internacional de las Naciones Unidas. Esto se debe a que se hizo un ajuste del método basado en el lugar de destino que se aplica a Washington después de varios años de calcular costos lineales con poco aumento o sin aumento. Segundo, la reducción del precio del dólar de Estados Unidos en todo el mundo ha elevado significativamente los costos de los puestos de contratación internacional en el extranjero, un factor que en años anteriores tuvo una repercusión mínima en el presupuesto.

64. Como consecuencia del aumento neto del costo de los puestos y del proyecto de presupuesto de crecimiento nominal cero, la porción del presupuesto no asignada a puestos se reduce en \$2,7 millones. La reducción real efectiva del presupuesto no asignado a puestos, cuando se tiene en cuenta una inflación de \$3,8 millones en los costos que no son de personal, es de \$6,5 millones. Cuando se combina con la reducción de los puestos que representa otros \$6,5 millones, el proyecto para 2006-2007 contempla una reducción total en programas de \$13 millones con respecto al bienio 2004-2005.

En el cuadro 4 se resumen los diferentes criterios aplicados en el proyecto de presupuesto ordinario.

**Cuadro 4. Proyecto de presupuesto ordinario de la OPS/OMS para 2006-2007**

En miles de dólares EE.UU.				
	<u>2004-2005</u>	<u>Cambio</u>	<u>2006-2007</u>	<u>%</u>
<b><u>Financiado con:</u></b>				
Contribuciones señaladas	173,300	0	173,300	0.0%
Ingresos varios	13,500	1,000	14,500	7.4%
OMS/AMR	<u>72,730</u>	<u>5,038</u>	<u>77,768</u>	6.9%
Total	<u>259,530</u>	<u>6,038</u>	<u>265,568</u>	2.3%
<b><u>Por tipo de costo principal</u></b>				
Puestos	159,060	9,742	168,801	6.1%
No asignado a puestos	94,471	(2,704)	91,767	-2.9%
Seguro de salud de los jubilados	<u>6,000</u>	<u>(1,000)</u>	<u>5,000</u>	-16.7%
Total	<u>259,530</u>	<u>6,038</u>	<u>265,568</u>	2.3%
<b><u>Por nivel funcional</u></b>				
País	96,323	4,593	100,916	4.8%
Subregional	15,688 *	1,308	16,996	8.3%
Regional	<u>147,519</u>	<u>137</u>	<u>147,656</u>	0.1%
Total	<u>259,530</u>	<u>6,038</u>	<u>265,568</u>	2.3%

Nota \* Si bien el nivel subregional no existía formalmente en 2004-2005, se incluye una aproximación para facilitar la comparación con 2006-2007.

65. La propuesta para 2006-2007 incluye una estimación de \$265,5 de Otras fuentes. De esta cantidad, se prevé recibir \$120 millones de la OMS, que representan la porción correspondiente a la Región de las Américas que se incluye en la estimación general de Otras fuentes (\$2.300 millones) presentada ante la 58.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005. El resto, aproximadamente \$145 millones, es una estimación de las contribuciones voluntarias que serán objeto de negociaciones directas entre la OPS y sus socios financieros. Del total de la estimación de \$265,5 millones de otras fuentes, cabe esperar que

se reciba aproximadamente el 70%, o sea, cerca de \$190 millones, si se tienen en cuenta las tendencias y relaciones históricas. El resto pertenecería a la categoría “sin financiamiento” del presupuesto por programas y representa una cantidad que será objeto de mayores esfuerzos de movilización de recursos.

66. El presupuesto de operación de la Organización para las actividades programáticas se ha menguado en los últimos bienios porque denle los presupuestos aprobados sólo se han considerado los aumentos de los costos netos de personal. La mengua es particularmente evidente en las unidades regionales, donde la razón entre los fondos asignados a puestos y no asignados a puestos es mayor que en los países. Este efecto empeora con la ejecución de la Política del Presupuesto Regional por Programas, que da a los países la proporción más grande de todos los aumentos del presupuesto, a pesar de que son relativamente mayores los costos de las operaciones regionales. En la propuesta actual, aun con un aumento del presupuesto ordinario general de 2,3%, los presupuestos para las actividades de las unidades regionales siguen siendo, en promedio, 30% inferiores que en los bienios anteriores.

67. La realidad del presupuesto actual es que la Política del Presupuesto Regional por Programas seguirá reduciendo el presupuesto ordinario disponible para las actividades regionales que se centran en la labor normativa de la Organización y en el apoyo para satisfacer las necesidades de los países. A medida que aumenta el costo de los puestos de contratación por un plazo fijo, es cada vez más difícil para la Oficina aumentar la eficiencia en las unidades regionales mediante la simplificación de las operaciones y la realineación de las áreas programáticas. De hecho, será esencial el cambio continuo para que la Organización pueda alcanzar sus objetivos en la situación presupuestaria actual. Nuestro reto seguirá siendo el encontrar otras formas de asegurar la eficiencia y eficacia en el alcance de los resultados esperados aprobados por los Estados Miembros.

### **Otra situación presupuestaria posible**

68. La Directora recomienda que el Consejo Directivo considere la situación presupuestaria hipotética que se presenta a continuación, en la cual se requiere un presupuesto de \$269.034.000, que representa un monto adicional de \$3.466.000 con respecto al proyecto y un aumento de las cuotas de 2%.

69. El aumento de \$3.466.000 se aplicaría a los tres niveles funcionales en la proporción requerida para mantener los porcentajes proyectados que se están incorporando progresivamente en conformidad con la Política del Presupuesto Regional por Programas: el nivel de país (38%) tendría una asignación de \$1.317.000; el nivel subregional (6,4%) \$222.000 y el nivel regional (55,6%) \$1.927.000.

70. La asignación de prioridades descrita anteriormente en este documento es un mecanismo objetivo para realinear el presupuesto y, por consiguiente, también se empleó para determinar cuáles son las áreas de trabajo de alta prioridad que deberían recibir mayor financiamiento del presupuesto ordinario. Siguiendo esos mismos principios y criterios para la situación presupuestaria hipotética, se determinaron seis áreas de trabajo (cinco áreas técnicas y una gerencial) que recibirían financiamiento adicional del presupuesto ordinario: control de enfermedades crónicas, salud mental, control del tabaco, reducción de los riesgos del embarazo, infección por el VIH/SIDA, y Dirección (Iniciativa sobre la Transparencia y Responsabilidad).

71. En el cuadro se ilustra la aplicación del aumento de 2% del presupuesto por nivel funcional y por área de trabajo para el nivel regional.

**Cuadro 5. Asignación propuesta de los recursos para la situación presupuestaria hipotética con un aumento de cuotas de 2%**

A nivel de país	
Básica <sup>a</sup>	\$1.251.000
Variable <sup>b</sup>	\$66.000
Total parcial, nivel de país	\$1.317.000
Nivel subregional	
Región Andina	\$50.000
Caribe	\$50.000
Centroamérica	\$50.000
Cono Sur	\$50.000
Oficina de campo: Frontera México-Estados Unidos	\$22.000
Total parcial, nivel subregional	\$222.000
Nivel regional	
Vigilancia, prevención y atención de enfermedades crónicas	\$450.000
Salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas	\$400.000
Tabaco	\$300.000
Reducción de los riesgos del embarazo	\$250.000
Infección por el VIH/SIDA	\$250.000
Dirección (Transparencia y Responsabilidad)	\$277.000
Total parcial, nivel regional	\$1.927.000
Total	\$3.466.000

<sup>a</sup>Véanse en el anexo las cuotas asignadas y las implicaciones de las asignaciones de cuotas a los países.

<sup>b</sup>Los criterios de aplicación de la asignación variable a los países son los que fueron aprobados por el Subcomité de Planificación y Programación en su 39.<sup>a</sup> sesión.

72. El aumento a los niveles de país y subregional se programará conjuntamente con las contrapartes respectivas durante el período octubre-diciembre 2005, si el Consejo Directivo decide aprobar la situación presupuestaria hipotética que incluye un aumento de 2%.

73. En cuanto al nivel regional, el aumento propuesto de \$1.927.000 se aplicaría para incrementar el apoyo directo a países para ejecutar las políticas y estrategias disponibles en las áreas de trabajo de alta prioridad. En algunos casos, la Oficina tendrá que trabajar con todos los países (por ejemplo, en el control del tabaco) y en otros se centrará en los países clave y otros en los cuales el problema en cuestión es peor que en la mayoría de los países de la Región. A continuación se destacan los resultados esperados en los cuales el aumento de 2% tendrá una repercusión positiva:

- **Vigilancia, prevención y atención de enfermedades crónicas: \$450.000**

El aumento en esta área se usaría para acelerar la puesta en práctica de programas integrales para la prevención de enfermedades crónicas. Específicamente, la cooperación adicional dará lugar a un aumento de las metas en los siguientes resultados esperados (RE):

RE2 Intervenciones y programas para la prevención integral, detección temprana y tratamiento de las ENT.

Indicador 1: Número de países que crean un sitio de demostración para la prevención integral de ENT. **El objetivo aumentará de 5 a 10.**

RE3 Se habrán establecido sistemas locales de vigilancia de ENT y condiciones de riesgo, haciendo hincapié en los comportamientos.

Indicador 1: Número de países que publican datos periódicos sobre la prevalencia de ENT y sus factores de riesgo. **El objetivo aumentará de 8 a 10.**

Indicador 2: Número de países con sistemas de información para vigilar las ENT, sus factores de riesgo y los servicios de salud. **El objetivo aumentará de 8 a 10.**

RE4 Modelos de gestión basados en la población dentro de la atención primaria para la detección y el control de enfermedades seleccionadas.

Indicador 1: Número de países con sitios de demostración para una mejor detección o tratamiento de la diabetes, la hipertensión arterial, el cáncer del cuello uterino u otros cánceres graves. **El objetivo aumentará de 4 a 8.**

- **Salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas: \$400.000**

En el caso de esta área, como la movilización de los recursos de Otras Fuentes es difícil, se propone usar cualquier fondo adicional del presupuesto ordinario principalmente para tener una probabilidad mayor de lograr los resultados esperados que son clave. Por consiguiente, no se han aumentado todos los objetivos.

RE1 Se habrá mejorado la capacidad de los países para recopilar y difundir datos pertinentes para apoyar, de una manera eficaz en función de los costos, la elaboración de intervenciones y la formulación de políticas en el área de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas.

Indicador 2: Número de países donde se han recopilado y analizado los datos sobre la prevalencia y la carga de los trastornos mentales y el abuso de sustancias psicotrópicas.

Indicador 3: Número de países donde se ha recopilado y analizado la información sobre la prestación de los servicios para la salud mental y el abuso de sustancias psicotrópicas. **Los objetivos no cambian.**

RE3 Se habrá fortalecido la capacidad de los países para ejecutar las políticas y los planes de salud mental.

Indicador 2: Número de países donde los planes de salud mental se pusieron en práctica con el apoyo de la OPS. **El objetivo aumentó de 20 a 24.**

RE4 Los países habrán ayudado a elaborar y evaluar programas para prevenir y tratar los trastornos mentales y satisfacer las necesidades especiales de grupos vulnerables.  
Indicador 1: Número de países que han elaborado, con asistencia de la OPS, programas para mejorar la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales. **El objetivo aumentó de 8 a 12.**

RE4 Se habrá fortalecido la capacidad de los países para sancionar nuevas leyes sobre salud mental y proteger los derechos humanos de las personas aquejadas de trastornos mentales.  
Indicador 1: Número de países que han examinado o actualizado la legislación sobre salud mental con apoyo de la OPS. **El objetivo no cambia.**

• **Control del tabaco: \$300.000**

El mayor financiamiento para el área de trabajo sobre el tabaco se usaría para:

1. Prestar cooperación técnica, que incluye capacitación, en apoyo del CMCT y entornos sin humo de tabaco en los jóvenes, a un mayor número de países (22 en vez de 15).
2. Apoyar un mayor número de investigaciones y actividades de vigilancia para respaldar las metas de políticas y llevar registro del avance. La Oficina se centrará en ayudar a los países a finalizar estudios sobre la economía del control del tabaco y en elevar el número de países que participan en la encuesta mundial de profesionales de la salud.
3. Actualizar la base de datos sobre control del tabaco para todos los países de la región (PATIOS) anualmente, en vez de hacerlo cada dos años.

• **Reducción de los riesgos del embarazo: \$250.000**

Esta área se centraría en dos resultados esperados:

RE1 Se habrá proporcionado orientación para la formulación de políticas públicas y planes para la maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido  
Indicador 1: Países prioritarios que reciben apoyo para ejecutar las políticas y programas encaminados a mejorar la salud materna y neonatal. **El objetivo aumentará de 6 a 10 países.**

RE2 Se habrán formulado o actualizado y difundido normas y pautas adecuadas, basadas en datos probatorios, sobre la salud materna y perinatal.  
Indicador 2: Número de países con elevada razón de mortalidad materna que han recibido cooperación técnica para poner en práctica normas y pautas de mortalidad materna y de los recién nacidos. **El objetivo aumentará de 15 a 18 países.**  
Indicador 3: Número de países prioritarios donde los trabajadores de salud en entornos urbanos y rurales se capacitaron como instructores para la prevención de la hemorragia puerperal. **El objetivo para este indicador aumentará de 10 a 15 países prioritarios.**

• **Infección por el VIH/SIDA: \$250.000**

El aumento para esta área se aplicará de tal manera que se mantenga el equilibrio entre el énfasis que pone la Oficina en el tratamiento y las actividades de prevención y la asistencia a los países para aplicar los modelos y las normas existentes. Las intervenciones específicas que recibirán el aumento serían:

RE2 Se habrá apoyado el fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud, incluida la adaptación y la aplicación de las herramientas apropiadas.

Indicador 1: Número de países que recibieron ayuda de la OPS para ejecutar planes de incremento operativo. **El objetivo para este indicador aumentará de 25 a 30 países.**

Indicador 5: Número de países que adoptaron o adaptaron las pautas, los protocolos y las recomendaciones sobre las intervenciones sanitarias y los planes de tratamiento preparados y facilitados por la OPS. **El objetivo aumentará de 30 a 35 países.**

Indicador 7: Número de laboratorios que recibieron ayuda de la OPS para incrementar el tratamiento y vigilar los resultados en los pacientes. **El objetivo aumentará de 6 a 8 laboratorios.**

RE4 Se habrá fortalecido la prevención de la infección por el VIH por vía sexual, haciendo hincapié en grupos vulnerables que reciben apoyo, y la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la sífilis congénita.

Indicador 2: Número de países que aplican nuevos modelos de prevención de la infección por el VIH por vía sexual y las ITS con el apoyo de la OPS. **El objetivo aumentará de 18 a 20 países.**

Indicador 3: Número de países que ejecutan, con el apoyo de la OPS, planes de capacitación para aumentar la capacidad de los equipos de salud de llevar a cabo las actividades de prevención. **El objetivo aumentará de 8 a 15 países.**

• **Dirección (Transparencia y Responsabilidad) - \$277.000**

RE8 Recomendaciones del reporte especial de los Auditores Externos 2004 ejecutadas  
Indicador 1: Capacidad sostenible para ejecutar el Sistema de Integridad y Manejo de Conflicto

Indicador 2: Implementación del proyecto de transformación institucional en los aspectos de transparencia y responsabilidad

Dentro de la propuesta, la Oficina solamente podrá establecer las funciones recomendadas en apoyo al resultado RE8 a través del uso de puestos existentes dentro de las áreas técnicas. En el caso hipotético del 2% de crecimiento en las cuotas, este propósito se podrá alcanzar con menos impacto negativo en las áreas técnicas.

