



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SEGUNDA SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PROGRAMA, PRESUPUESTO Y ADMINISTRACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 10 al 12 de marzo del 2008

Punto 4.5 del orden del día provisional

SPBA2/7 (Esp.)
25 de febrero de 2008
ORIGINAL: INGLÉS

LA ASIGNACIÓN DE PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS Y LOS CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS

Introducción

1. Durante la preparación del Plan estratégico para el período 2008-2012 (*Documento Oficial 328*) y del Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2008-2009 (*Documento Oficial 327*) se llevó a cabo la asignación de prioridades programáticas con el fin de ayudar a determinar la asignación de los recursos a los objetivos estratégicos descritos en estos documentos. Además, la clasificación resultante de los objetivos estratégicos se usará para la asignación y coordinación de los recursos durante el bienio 2008-2009. Establecer prioridades entre las muchas causas dignas de atención del campo de la salud pública en la Región es una tarea difícil pero ineludible, habida cuenta de que los recursos existentes son limitados.

2. Durante la elaboración del presupuesto por programas correspondiente a los ejercicios 2006-2007 y 2008-2009, los Cuerpos Directivos solicitaron a la Oficina que estableciera las prioridades relativas de los objetivos programáticos con el fin de asignar estratégicamente los recursos. En el ejercicio 2006-2007, los objetivos programáticos de nivel más alto se denominaron “áreas de trabajo”, y en el ejercicio 2008-2009 pasaron a llamarse “objetivos estratégicos”. La Oficina incluyó la asignación de prioridades en los documentos¹ respectivos, que fueron aprobados por el 46.º Consejo Directivo y la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. En el anexo 1 se reproduce la sección del Plan Estratégico relativa a la asignación de prioridades, incluidos los criterios y la ponderación

¹ Bienio 2006-2007: *Documento Oficial 317* (Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2006-2007); bienio 2008-2009: *Documento Oficial 328* (Proyecto de plan estratégico 2008-2012) y *Documento Oficial 327* (Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009).

usados para efectuarla. La finalidad del presente documento es documentar la evolución del proceso y solicitar sugerencias para su mejoramiento continuo.

El fundamento de la asignación de prioridades

3. En un mundo caracterizado por recursos limitados y necesidades prácticamente ilimitadas, es imposible atender plenamente todos los problemas de salud pública que interesan a la OPS. La asignación de prioridades implica determinar qué objetivos estratégicos deben recibir más recursos, a fin de orientar las actividades de movilización de recursos. Con anterioridad al bienio 2004-2005, la distribución de recursos se hacía por unidades administrativas y no por objetivos programáticos, lo cual daba lugar a una asignación de prioridades *de facto* —basada por lo común en las asignaciones que se habían hecho con anterioridad o en otro criterio implícito— que a menudo pasaba por alto las prioridades estratégicas. Para lograr la convergencia entre las prioridades programáticas y los recursos y fomentar la transparencia, a mediados del 2007 se llevó a cabo una asignación de prioridades, cuyos resultados se describen en el anexo 1. Con base en esos resultados, se ajustaron los montos de los recursos para apoyar las prioridades establecidas, teniendo presente que otros factores también influyen en la asignación de los recursos (véase la sección “Financiamiento del Plan Estratégico” en el *Documento Oficial 328*). Además, según el desempeño durante la ejecución, los objetivos estratégicos clasificados por orden de prioridad constituyen una base para administrar los recursos y asignar las contribuciones voluntarias. La Oficina llama “coordinación de recursos” al proceso continuo de determinar cómo asignar y cambiar los recursos durante un ejercicio económico, y es una función que está fortaleciéndose en el 2008.

4. Los recursos asignados a cada objetivo estratégico provienen tanto del presupuesto ordinario como de las contribuciones voluntarias. La clasificación de las prioridades atañe a la totalidad de los recursos. Los importes del presupuesto ordinario a veces no siguen el orden de las prioridades, ya que se depende de las contribuciones voluntarias que se proyecta que se recibirán.

La asignación de prioridades

5. En virtud de los miles de factores, tanto internos como externos a los interesados directos de la OPS, que influyen en la determinación de las prioridades programáticas de la Organización, no fue factible preparar una serie “objetiva” de criterios ni aplicar una fórmula matemática para lograr un ordenamiento de los objetivos estratégicos. La Oficina tiene que considerar varios mandatos diferentes al asignar los recursos a los objetivos estratégicos. Por ejemplo, algún objetivo estratégico está relacionado con las enfermedades y puede vincularse con indicadores como los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Sin embargo, hay otros, como los relacionados con los sistemas y servicios de salud, que no se vinculan a tales medidas. Dada la

complejidad de los factores involucrados, se pidió a los expertos en salud pública de la Oficina que dieran a conocer su punto de vista que, si bien es subjetivo, en conjunto representa un aporte válido.

6. La asignación de prioridades se limitó a los 14 objetivos estratégicos relacionados con la salud pública. No se incluyeron los objetivos estratégicos 15 y 16, que abarcan el funcionamiento de la Oficina. Los criterios aplicados a los demás objetivos estratégicos no se aplican a los objetivos 15 y 16.

7. Se adoptó un método de Delfos modificado. Para hacer una asignación más completa se habrían necesitado varias rondas de consulta, cosa que no pudo hacerse en vista del poco tiempo disponible. La asignación hecha de este modo comprendió dos etapas: 1) la concordancia colectiva con respecto a los criterios y su ponderación, y 2) la calificación por cada miembro del grupo de cada objetivo estratégico en una escala del 1 al 5 (en la que el 5 representaba la prioridad más alta) y según cada uno de los criterios. Luego se efectuó una clasificación compuesta de los objetivos estratégicos, en la que se tomaron en cuenta los aportes de cada experto.

8. La asignación de prioridades incluyó tres elementos decisivos:

- a) ***Selección de los participantes:*** Participaron los representantes de la OPS/OMS, los Gerentes de Área de la Sede, los directores de centro y la Gestión Ejecutiva.
- b) ***Selección de los criterios:*** La serie de criterios y ponderaciones fue acordada por todos los participantes y puede consultarse en el anexo 1.
- c) ***Clasificación:*** Se pidió a los participantes que asignaran a cada objetivo una puntuación entre 1 (la más baja) y 5 (la más alta) según cada criterio. A continuación se calculó el promedio de cada objetivo estratégico y cada criterio, y luego se elaboró un índice para cada objetivo estratégico promediando los valores de los diferentes criterios basados en sus ponderaciones respectivas. El resultado de este proceso fue la clasificación de los objetivos estratégicos en orden de prioridad.

Enseñanzas extraídas y propuestas

9. Las enseñanzas extraídas son las siguientes:

- Como se mencionó, aunque la asignación de prioridades ha recibido la opinión favorable de todo el personal, hay una renuencia generalizada entre los gerentes a priorizar los objetivos estratégicos. Hay que seguir sensibilizando y formando a

los funcionarios de nivel superior de la Oficina en cuanto a la necesidad de la asignación de prioridades y las consecuencias que tiene.

- Los gerentes de área tienden a priorizar los objetivos estratégicos con los cuales están más involucrados. Esto es de esperar, pero señala la necesidad de conocer puntos de vista neutrales. Los representantes de la OPS/OMS se consideraron partes internas neutrales, y su votación reflejó este supuesto. Anteriormente se realizaron consultas externas oficiosas para evaluar las orientaciones estratégicas. No obstante, en la asignación de prioridades descrita no participaron personas ajenas a la Oficina. Aunque la consulta con entidades externas puede ser aconsejable, entrañaría una complejidad mayor y aumentaría los costos del proceso.
- Una proporción muy alta (más de 80% en algunos casos) del presupuesto ordinario se asigna a los costos de personal, por lo que, en la práctica, esto significa que es difícil hacer cambios importantes del presupuesto a corto plazo. Por consiguiente, los ajustes a la distribución de los recursos se han hecho en gran parte mediante la asignación de las contribuciones voluntarias. Como resultado, la asignación de prioridades constituye la base de la movilización y la coordinación de recursos, actividades ambas que están fortaleciéndose dentro de la Oficina.

Intervención del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración

10. En el contexto de la necesidad constante de asignar y administrar los recursos para lograr la mayor repercusión posible sobre la salud pública en las Américas, la Oficina somete este documento a la consideración del Subcomité. En concreto, la Oficina recibiría con beneplácito los aportes de los Estados Miembros con respecto a: a) si la asignación de prioridades para bienios futuros debe seguir aplicando el método descrito líneas arriba; b) si deben incorporarse participantes externos, y, en tal caso, indicar las características profesionales que deben reunir; y c) otras propuestas para mejorar la asignación de prioridades sobre la base de los procedimientos existentes en los países.

Anexo

**SECCIÓN DE ASIGNACIÓN DE PRIORIDADES DEL PLAN ESTRATÉGICO
PARA EL PERÍODO 2008-2012**

**PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DE LA OFICINA SANITARIA
PANAMERICANA**

1. Durante la elaboración de este plan, la Oficina llevó a cabo dos ejercicios para priorizar los Objetivos Estratégicos. Los resultados del primer ejercicio (circunscritos a los gerentes de la sede central de la OSP) fueron la base para las asignaciones presupuestarias en el proyecto del Plan Estratégico presentado al Comité Ejecutivo. Los resultados del segundo ejercicio, en el cual se invitó a todos los gerentes de la Oficina a participar, se usaron para establecer las prioridades del presupuesto en la versión final del Plan Estratégico. Aunque se empleó un método similar en ambos ejercicios, los criterios y los resultados específicos que se describen a continuación corresponden al segundo de ellos.

Método

2. La finalidad del ejercicio era que los gerentes de la Oficina clasificaran jerárquicamente los Objetivos Estratégicos sobre la base de criterios acordados, usando el método Delphi modificado.

3. Primero se elaboró un borrador del conjunto de criterios (basados en los utilizados en el primer ejercicio, más los aportes recibidos posteriormente) con ponderación, para reflejar, la importancia relativa de cada uno. Estos fueron examinados por todos los gerentes de la Oficina, incluidos los representantes de país, los directores de centros, los gerentes de área de la Sede y la Dirección. Hubo un alto grado de participación y se hicieron cambios en los criterios y en su ponderación teniendo en cuenta la retroalimentación recibida.

4. Después, se clasificó cada Objetivo Estratégico con una escala de 1 a 5 (siendo 5 la prioridad más alta) para cada uno de los criterios acordados. Todos los gerentes tuvieron la oportunidad de clasificar los Objetivos Estratégicos por correo electrónico. Se compilaron y se analizaron sus respuestas, obteniéndose una clasificación jerárquica de los Objetivos Estratégicos.

Criterios

5. Los siguientes criterios, que se usaron en la asignación de prioridades, reflejan los aportes recibidos de toda la Oficina. El peso indicado entre paréntesis refleja la importancia relativa de cada criterio.

- a. Apoya la Agenda de Salud para las Américas y otros mandatos regionales (x4).
- b. Aborda la carga de enfermedad en la Región (x2).
- c. Apoya a grupos vulnerables de la población o a países clave, promoviendo la equidad (x3).
- d. Contribuye a la seguridad sanitaria mundial (x2).
- e. Apoya el cumplimiento de los ODM relacionados con la salud (x2).
- f. La cooperación técnica de la OPS es un medio costo-eficaz para mejorar los resultados sanitarios (x2).
- g. Apoya el acceso universal a bienes y servicios relacionados con la salud (x2).

- h. Los países tienen poco acceso a recursos fuera del ámbito de la OPS y dificultades para reemplazar la cooperación técnica de la OPS (x1).
- i. Tiene potencial para una colaboración transversal fructífera: interprogramática, entre países, intersectorial, interregional o interinstitucional (x1).
- j. Es difícil obtener acceso a las contribuciones voluntarias (x1) (criterio adicional, usado sólo para la asignación de cantidades del presupuesto ordinario con respecto al presupuesto total).

Resultados

6. Los resultados de la segunda etapa se analizaron junto con los de la primera (más limitada), considerando las observaciones formuladas por los Estados Miembros en los Cuerpos Directivos. A continuación se presenta la clasificación jerárquica resultante de los Objetivos Estratégicos, en la que el primero de la lista tiene la máxima prioridad para la Oficina.

Jerarquía	OE#	Objetivos Estratégicos
1	OE4	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas
2	OE1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles
3	OE2	Combatir la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria
4	OE3	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos
5	OE7	Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos
6	OE13	Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las necesidades y productivo, con miras a mejorar los resultados sanitarios
7	OE10	Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud
8	OE8	Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud
9	OE6	Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud
10	OE14	Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible

11	OE11	Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud
12	OE12	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias
13	OE5	Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico
14	OE9	Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible

7. Esta clasificación se ha usado como base para establecer las prioridades presupuestarias para el bienio 2008-2009 y se usará en bienios posteriores, pudiendo ajustarse si las circunstancias internas o externas lo requieren.