



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **34.ª SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO**

*Washington, D.C., 29 al 31 de marzo de 2000*

---

*Punto 3 del orden del día provisional*

SPP34/3 (Esp.)  
28 febrero 2000  
ORIGINAL: INGLÉS

### **POLÍTICA SOBRE EL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

En el presente documento se examina el desarrollo histórico de la política vigente sobre el presupuesto por programas de la OPS, que fue aprobada por el Consejo Directivo en 1985. Se destacan los acontecimientos recientes vinculados con la decisión de revisar la política, entre ellos la adopción, por la Asamblea Mundial de la Salud, de una fórmula para redistribuir los fondos de la OMS a las regiones, lo cual ha dado lugar a una reducción de los fondos asignados a la Región de las Américas.

Se analizan también ciertas características de la política presupuestaria vigente y se resume la experiencia adquirida con el empleo de fórmulas para las asignaciones presupuestarias de la OPS a los países.

Se examina el contexto general dentro del cual habrá de elaborarse la política revisada y se resumen los problemas y las tendencias en los ámbitos externo e interno. Se proponen los principios básicos que deben guiar la formulación de una política revisada sobre el presupuesto por programas.

Se pide al Subcomité de Planificación y Programación que considere: a) la idoneidad y pertinencia de los principios recomendados para guiar la elaboración y evaluación de la política revisada; b) la pertinencia y oportunidad de la iniciativa de revisar la política; c) el contexto actual que se debe tener en cuenta al elaborar la política; y d) el criterio que está aplicando la Oficina.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Antecedentes .....	3
2. Acontecimientos recientes .....	4
3. Panorama general de la política vigente .....	5
4. Evaluación de la aplicación de la política vigente .....	7
4.1 Asignaciones a los países .....	7
4.2 Asignaciones regionales .....	8
4.3 Aplicaciones de otras pautas de la política vigente .....	8
5. El contexto de la política revisada .....	9
5.1 Entorno externo .....	9
5.2 Entorno interno .....	12
6. Principios básicos a la política revisada sobre el presupuesto por programas .....	13
7. Temas para la consideración el Subcomité de Planificación y Programación .....	14

Anexo

## **1. Antecedentes**

El tema de la política sobre el presupuesto por programas se había tratado de manera intermitente por los Cuerpos Directivos desde 1976, pero no fue sino hasta 1985 que el Consejo Directivo, en su 31.<sup>a</sup> sesión, aprobó (resolución CD31.R10) la política vigente y pidió encarecidamente su ejecución inmediata de conformidad con lo señalado en el documento CD31/29. El largo período de gestación transcurrido (1976-1985) refleja la complejidad del tema y el estudio exhaustivo que se ha hecho del asunto. Las primeras instrucciones dadas a la Oficina Sanitaria Panamericana para que cambiara el método de asignar los fondos datan de 1983, cuando el Consejo Directivo instó explícitamente al Director a que tuviese en cuenta las recomendaciones contenidas en el documento "Distribución de los recursos financieros de la OPS" (CD29/15) en cuanto al establecimiento de niveles autorizados para el presupuesto del bienio 1986-1987. También pidió al Director que informara sobre las repercusiones de esas recomendaciones en la ejecución del mencionado presupuesto.

El documento mencionado daba cuenta de un estudio estadístico que se había planteado esta pregunta: ¿Qué variables explican la distribución real, entre los países beneficiarios, de las partidas asignadas a este nivel en el presupuesto por programas? Usando el presupuesto 1980-1981 como base y centrándose en la distribución de los recursos programáticos por país, se efectuó una serie de análisis de regresión lineal con un conjunto de variables combinadas de diversas maneras. Las variables fueron: número de habitantes, producto interno bruto (PIB) per cápita, tasa de mortalidad infantil, médicos por 1.000 habitantes y camas de hospital por 1.000 habitantes. El análisis puso de manifiesto que el número de habitantes era la variable más significativa que explicaba la distribución del presupuesto por programas entre los países. Cuando se hicieron los ajustes del caso para tener en cuenta el número de habitantes, la única otra variable estadísticamente significativa fue la mortalidad infantil.

En el documento se recomendaba que, al establecer los límites máximos de planificación para los países para el presupuesto correspondiente a 1986-1987, el financiamiento que sobrepasase el monto correspondiente en el presupuesto de 1984-85 se asignase sobre la base de una combinación de indicadores que atribuyera un peso relativo de 75% a la mortalidad infantil y de 25% al número de habitantes.

La política sobre el presupuesto regional por programas aprobada entonces (1985) no incluyó los pormenores de esa recomendación y el tema no se ha vuelto a abordar por los Cuerpos Directivos desde entonces.

## 2. Acontecimientos recientes

En mayo de 1998, la 51.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA51.R31 ("Revisión de la Constitución y arreglos regionales de la Organización Mundial de la Salud: Asignaciones del presupuesto ordinario a las regiones"), por la cual recomienda que, mundialmente, la asignación regional, interpaíses y de país en los futuros presupuestos por programas aprobados por la Asamblea de la Salud se guíe "en su mayor parte" por un modelo que:

"3. ...

- a) esté basado en el Índice de Desarrollo Humano del PNUD, a ser posible ajustado en función de la cobertura de inmunización;
- b) incorpore datos demográficos de los países calculados de acuerdo con métodos comúnmente aceptados, como el "alisamiento logarítmico";
- c) pueda aplicarse gradualmente de forma que la reducción para cualquier región no rebase el 3% por año y se extienda a lo largo de un periodo de tres bienios."

Cabe señalar que en el párrafo 4 de la resolución se pide al Director General de la OMS que presente una evaluación minuciosa de ese modelo a la 57.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en 2004.

La aplicación de la resolución anterior ha dado lugar a una redistribución de los fondos entre las regiones de la OMS. La asignación a la Región de las Américas se redujo en más de US\$ 10 millones a lo largo de tres bienios, a partir de un monto de US\$ 82,6 millones en el período 1998-1999.

De conformidad con el espíritu de esta resolución, en 1999 el Comité Regional de la OMS para el Pacífico Occidental aprobó la resolución WPR/RC50/SR/4, por medio de la cual la fórmula aprobada por la Asamblea de la Salud se aplicará solo a 60% del presupuesto de país, mientras que el 40% restante se determinará según los siguientes criterios:

- el ajuste de las asignaciones se hará a lo largo de tres bienios;
- los países menos desarrollados no deben recibir un monto inferior al que recibían anteriormente;

- debe considerarse una asignación "mínima" para el caso de que la aplicación de la fórmula arroje cero como resultado para algunos países;
- se tendrán en cuenta las necesidades sanitarias concretas de cada país.

En la Región de las Américas, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana encargó a la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP) que emprendiera un examen de la política sobre el presupuesto por programas de la OPS y, en octubre de 1999, estableció un grupo de trabajo sobre este asunto. Este último está formado por representantes de DAP, el Departamento de Presupuesto y Finanzas (ABF) y el Programa Especial de Análisis de Salud (SHA), un representante de la OPS/OMS y dos miembros del Subcomité de Planificación y Programación (Ecuador y Canadá). El objetivo del grupo de trabajo es el de preparar una propuesta de revisión de la política vigente sobre el presupuesto por programas de la OPS. Para ello se reunió una vez en la Sede, en Washington, D.C., y mantuvo debates colectivos sobre el tema valiéndose de medios electrónicos, en consulta también con otros miembros del SPP. A la fecha, el grupo de trabajo ha efectuado el análisis retrospectivo de las asignaciones presupuestarias reales y evaluado el grado en que se aplica la política; ha examinado los resultados de exámenes similares en el pasado; y ha estudiado las políticas sobre el presupuesto por programas aplicadas por organismos semejantes en el pasado reciente.

### **3. Panorama general de la política vigente**

La política vigente sobre el presupuesto por programas incluye cuatro secciones que se enumeran a continuación; la sección 2 se explica con más detalles.

- Sección 1. Antecedentes de la política sobre el presupuesto por programas
- Sección 2. Planificación, programación y preparación del presupuesto: Se describen los procesos de planificación de la OPS y se dictan pautas para la elaboración del presupuesto por programas basadas en los principios de la estrategia de gestión para el empleo óptimo de los recursos de la OPS/OMS en apoyo directo de los países Miembros, aprobada por el Consejo Directivo en 1983.

Las normas para la asignación de recursos entre la Región y los países y entre los países son las siguientes:

- a) La prioridad fundamental de la Organización sigue siendo los programas de país, cuya asignación general no será inferior a 35% del presupuesto ordinario total. Se procurará incluso aumentar esa proporción.
- b) La asignación de los fondos a los programas regionales deberá justificarse por dos razones fundamentales: la prestación de apoyo directo a los objetivos y las prioridades de los programas de país; y el cumplimiento de los mandatos regionales y colectivos.
- c) La distribución de los fondos para los programas de país y los programas regionales entre los distintos países debe hacerse de acuerdo con los siguientes criterios:
  - El *compromiso mostrado por los países en el cumplimiento de los mandatos* adoptados por virtud de sus decisiones colectivas a los niveles regional y mundial, y en su aplicación de los recursos nacionales para cumplir con dichos mandatos.
  - El grado de las necesidades sanitarias de los diversos países reflejado en indicadores tales como la *mortalidad infantil* y el *tamaño de la población*, y en el monto de los *recursos nacionales disponibles*.
  - El *nivel de las actividades de cooperación técnica anteriormente autorizadas se mantendrá en cada país de un año al siguiente* cuando no haya circunstancias insólitas que reduzcan la necesidad o aumenten los recursos disponibles.

Los principios claves de la estrategia de gestión incluidos fueron: a) la necesidad de concebir el presupuesto como un instrumento flexible; b) la obligación fundamental de la Organización de movilizar recursos nacionales adicionales en favor de las metas nacionales y, con este fin, el uso de los fondos ordinarios como un catalizador; c) el empleo de los fondos de la OPS para apoyar directamente la cooperación técnica entre países en esta etapa, además de ayudar a los países a identificar oportunidades para esta cooperación; y d) lograr la actuación complementaria entre los diferentes niveles de la Organización, incluidos los centros panamericanos.

En esta sección también se describe la política relativa a la movilización y el uso de los fondos extrapresupuestarios, y se recomienda el uso de mecanismos administrativos flexibles e innovadores para potenciar los recursos.

- Sección 3. Ejecución y evaluación. Se describen los procesos relacionados con el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), se destaca la responsabilidad conjunta de los Estados

Miembros y la OPS/OMS en la ejecución y la evaluación de los programas de país, y se señala la necesidad de establecer un sistema internacional de seguimiento y evaluación.

- Sección 4. Mecanismos para aplicar las pautas. En esta sección se describe la necesidad de fortalecer las estructuras y los mecanismos actuales.

#### 4. Evaluación de la aplicación de la política vigente

La evaluación de los aspectos cuantitativos de la política se ve obstaculizada por el uso limitado de objetivos cuantificables o la especificidad operativa en cuanto a cómo aplicar las pautas establecidas. Aunque se mencionan parámetros cuantitativos como el tamaño de la población, la tasa de mortalidad infantil y la disponibilidad de recursos nacionales, hay pocos indicadores específicos.

##### 4.1 Asignaciones a los países

*Un objetivo cuantificable es que un mínimo de 35% del total debe ser asignado a los países.* Esto se ha logrado, y durante el período 1982-2001 esa proporción del presupuesto ha pasado de 36,3 a 47%, es decir, un aumento de \$48,8 millones en 1982-1983 a \$106,4 millones en 2000-2001. Debe señalarse que la tasa de aumento de las cuotas asignadas a los países fue a menudo mayor (en siete de los nueve bienios evaluados) que la tasa de aumento aprobada para la asignación general del presupuesto, como puede comprobarse en el cuadro 1.

**Cuadro 1. Aumento porcentual de las cuotas de los países y del presupuesto total**

De:	1982-83	1984-85	1986-87	1988-89	1990-91	1992-93	1994-95	1996-97	1998-99
A:	1984-85	1986-87	1988-89	1990-91	1992-93	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01
País	19%	11%	5%	7%	15%	14%	6%	3%	2%
Total	15%	10%	6%	8%	15%	9%	2%	1%	2%

Otro criterio que parece haberse aplicado es el requisito de mantener el nivel de las actividades de cooperación técnica anteriormente autorizado. El análisis de las asignaciones presupuestaria efectivas a los países en los veinte últimos años revela que, en términos generales, la distribución de los fondos entre los países se ha mantenido igual de un bienio al siguiente (ver Anexo). En unos cuantos casos la razón de los cambios es evidente, por ejemplo, en 1994-1995, el establecimiento de una oficina en Puerto Rico, la

inclusión de la Oficina de Campo de la OPS en la Frontera México-Estados Unidos bajo el rubro de asignaciones de países y un cambio de la responsabilidad con relación a las Islas Turcas y Caicos.

No hay indicios de que en las asignaciones se haya aplicado la recomendación de atribuir un peso relativo de 75% a la mortalidad infantil y de 25% al número de habitantes, formulada en 1983 por el Consejo Directivo.

#### **4.2 *Asignaciones regionales***

Resulta difícil evaluar las tendencias en el uso del marco mencionado para la distribución de las asignaciones a nivel regional. El análisis de los fondos asignados a los programas regionales durante los seis últimos bienios puso de manifiesto cambios menores que fueron el resultado de la adición de programas nuevos para apoyar nuevas prioridades, como el de la Mujer, la Salud y el Desarrollo y el de Tabaco y Salud, o los cambios estructurales como la nueva designación de HRC, HRE y HRP en vez de HMA, HMC y HME.

#### **4.3 *Aplicación de otras pautas de la política vigente***

Cabe destacar que en la programación y presupuestación se ha seguido casi al pie de la letra el marco cualitativo de la política. Por ejemplo:

- La Oficina del Director y las representaciones de la OPS/OMS han recalcado constantemente que la labor de la Organización se centra en la cooperación técnica.
- Por otro lado, la amplia gama de actividades técnicas en los países y entre estos es un signo de la capacidad de respuesta y la flexibilidad de la programación y, por ende, de la presupuestación.
- La OPS es reconocida como líder en el campo de la cooperación técnica entre países (CTP). La cantidad asignada del presupuestó ha aumentado de \$1.798.464 en 1988-1989 a \$4.001.100 en 1998-1999, o sea, 122%. En el presupuesto de todos los programas de país se incluye ahora un componente de CTP.
- La Oficina, en colaboración con los países, ha tenido un historial impresionante en la movilización de recursos durante los 15 últimos años, pues la cifra correspondiente pasó de \$69,7 millones en 1982-1983 a \$156,8 millones en 1998-1999, con un nivel máximo de \$170,1 millones en 1988-1989. En este último bienio, los fondos extrapresupuestarios representaron aproximadamente 40% del

presupuesto total. La Organización ha formado la capacidad necesaria en los países y la Oficina para lograr que los proyectos respondan a las prioridades nacionales o regionales reflejadas en las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP). La variedad de asociados a nivel de país, dentro y fuera del sector de la salud, ha aumentado significativamente.

## **5. El contexto de la política revisada**

Son complejas las tendencias que determinan el gobierno, la dirección estratégica, la estructura orgánica, la relación con los interesados directos y los productos de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud. En consecuencia, para elaborar una política revisada sobre el presupuesto por programas es necesario considerar los elementos claves del entorno externo e interno de la Organización. Habida cuenta de que el presupuesto es el instrumento que demuestra la coherencia entre la misión, la visión y los planes estratégicos y operativos, debe ser sensible a los cambios en los ámbitos mundial, regional y nacional, así como estar de acuerdo con los valores que defiende la Organización.

A continuación se describen los aspectos principales que determinan la cuantía del presupuesto de la OPS, así como las políticas para su asignación.

### **5.1 Entorno externo**

La globalización es el inductor más paradójico del cambio, y sus efectos sobre la economía, el comercio, el trabajo, los modos de vida y la sociedad no se han cuantificado a cabalidad. La intensificación del comercio interregional y las iniciativas subregionales aumentará la presión para que se den respuestas rápidas e integrales a las inquietudes comunes. Estas podrían incluir la formulación de normas y procedimientos para facilitar la cooperación entre los países por medio de mecanismos flexibles y eficaces (por ejemplo, desplazamiento de profesionales de la salud, reciprocidad en la cobertura del seguro de enfermedad y una reglamentación común de los productos farmacéuticos o los dispositivos médicos).

Las comunicaciones son más móviles, personales y miniaturizadas, y están más entrelazadas. La Internet lidera la economía digital para algunos, y la comunicación inalámbrica está echando por tierra algunas disparidades. La realidad virtual permitirá reunir a organizaciones y personas de cualquier lugar del mundo. La repercusión de estas tendencias ya se está sintiendo en la OPS, donde la inversión en la tecnología y las aptitudes institucionales en materia de comunicaciones requiere planificación constante y gran capacidad de previsión, y donde se aprecia una demanda notoria para aumentar el uso de la Internet como un medio para prestar cooperación técnica.

Los cambios demográficos y las polarizaciones motivadas por las transiciones epidemiológicas han venido a empeorar los problemas que los gobiernos tienen para distribuir recursos públicos con respecto a los cuales hay una gran competencia. A pesar de las ganancias logradas en la esperanza de vida y la reducción de las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad general, las amenazas que plantean las enfermedades infecciosas nuevas o reemergentes causadas por microorganismos resistentes coexisten con una mayor importancia de las enfermedades crónicas. En realidad, según afirman algunos estudiosos de la carga global de morbilidad<sup>1</sup>, las afecciones coronarias, la depresión y los accidentes de tránsito asumirán la delantera en todo el mundo en los próximos veinte años. El presupuesto de la OPS, en su calidad de instrumento para la asignación de recursos, está afrontando problemas similares ya que las necesidades están aumentando en variedad e importancia relativa, y los recursos tienen que usarse donde produzcan las mayores ganancias sanitarias.

Al mismo tiempo, la capacidad nacional de respuesta a los problemas de salud pública ha aumentado, y el apoyo que los países esperan de las organizaciones internacionales en los programas de cooperación técnica plantea nuevos retos no solo para las modalidades de cooperación técnica sino para la asignación de recursos a esos programas.

Los expertos pronostican que aumentará la frecuencia de los desastres naturales. La devastación causada por algunos de los que afectaron a América Latina y el Caribe en los dos últimos años no tiene paralelo y puso en peligro los adelantos sociales y económicos logrados durante el último decenio. Aunque ha aumentado la cooperación entre los países en respuesta a los desastres, la OPS necesitará seguir teniendo la flexibilidad y capacidad de apoyar la movilización oportuna de expertos, el suministro de información y la instalación de sistemas técnicos.

Los movimientos políticos de carácter ecológico han logrado avances en cuanto a cambios de conducta y de política; en el ámbito de la salud, se presta ahora más atención a la búsqueda activa del bienestar, el autocuidado, las comunidades sanas y los sistemas sanitarios integrados. Los proveedores de servicios de salud necesitarán incorporar nuevos paradigmas para prevenir y pronosticar posibles amenazas para la salud, así como enfoques multisectoriales de la salud personal y la salud pública, y la detección temprana y el manejo óptimo de los problemas que llegan a presentarse. Los adelantos científicos y tecnológicos tienen implicaciones para la política y la asignación de recursos; cambiarán el ejercicio de la medicina, la organización de los hospitales, la enseñanza, las creencias y el comportamiento de las personas y, por consiguiente, el modelo de la cooperación técnica sanitaria.

---

<sup>1</sup> C.J.L. Murray, A.D. Lopez. *Global Burden of Disease*. [Ciudad, editorial] 1996, p. 4.

Los adelantos que hace poco sólo parecían al alcance de los países "ricos" se están produciendo también en los demás países y las posibilidades de aplicarlos para disminuir las desigualdades pueden ser mayores conforme los costos bajan y las aplicaciones se amplían rápidamente. Por ejemplo, la telemedicina está vinculando a los proveedores de servicios médicos y los pacientes en zonas apartadas; se están diseñando medicamentos nuevos gracias a los adelantos en la genética; y se están creando vacunas de ADN para prevenir y curar algunas enfermedades crónicas e infecciosas. Estas situaciones aumentarán considerablemente la demanda de diferentes tipos de cooperación y, para mantener el compromiso con nuestra misión y metas, la Organización necesita invertir en la tarea de desarrollo necesaria para trasladar oportunamente las ventajas mencionadas al campo de la salud pública.

El llamamiento persistente a reformar las organizaciones internacionales ha afectado la cuantía del financiamiento que reciben estas. Los contribuyentes principales han venido insistiendo en un crecimiento nominal cero de los presupuestos. En el caso de la OPS, este modo de proceder ha dado lugar a una reducción de 16,6% de los fondos disponibles para los programas de cooperación técnica durante el último decenio. Esta reducción continua de los recursos exige que las organizaciones internacionales examinen sus enfoques estratégicos y políticas internas para asignar los recursos.

Los fondos extrapresupuestarios. Si bien el análisis de las tendencias de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) revela un aumento de 30% en la proveniente de los Estados Unidos entre 1997 y 1998, la tendencia general entre los 10 principales países donantes es una disminución constante de dicha ayuda, incluida la destinada a la salud en las Américas. Aunque las fundaciones privadas están cambiando y en el pasado reciente ha habido un período de abundancia para el sector social, los antecedentes no bastan para hacer un pronóstico más certero. Por otro lado, siguen aumentando los fondos canalizados por conducto de las organizaciones no gubernamentales (ONG).

La OPS ha tenido una larga historia de colaboración con las ONG. En América Latina, estas desempeñaron una función clave en el proceso de transición a la democracia plena en muchos países. Además, se han convertido en una fuerza a tener en cuenta en los planos mundial y regional, como lo demostró la experiencia reciente en Seattle. En este sentido, es oportuno que la Organización examine sus relaciones con las ONG.

La reforma de las Naciones Unidas está afectando a la OPS de diversas maneras y puede afectarla aun más en su estructura, objetivos y modalidades de cooperación. La ejecución de la reforma generará tensiones si los organismos no están preparados para funcionar en un nuevo marco de cooperación para el desarrollo con recursos, objetivos, autoridad y responsabilización compartidos. Aún es temprano para prever las ventajas y

los inconvenientes de la reciente afiliación de la Organización Mundial de la Salud al Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

## **5.2 Entorno interno**

### *5.2.1 Políticas pertinentes aprobadas por el Consejo Directivo: Orientaciones Estratégicas y Programáticas*

El mandato actual más importante relacionado con la formulación de la política sobre el presupuesto por programas está contenido en las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) vigentes, aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1998 e inspiradas en la meta de salud para todos. En ellas, los países se comprometen a alcanzar metas regionales específicas y se define el trabajo de la Oficina en cinco áreas prioritarias: la salud en el desarrollo humano; desarrollo de los sistemas y servicios de salud; promoción y protección de la salud; protección y desarrollo ambiental; y prevención y control de enfermedades. Por consiguiente, estas prioridades deben no solo ser evidentes en la estructura del presupuesto sino regir la asignación de los recursos a todos los niveles.

### *5.2.2 Los valores que defiende de la Organización: Panamericanismo y equidad*

La búsqueda de la equidad en los países y entre ellos es uno de los valores centrales de la Organización. Se prevé que las brechas sociales, económicas y ahora tecnológicas serán cada vez mayores entre los sexos, las personas de diferentes edades, las culturas y las creencias religiosas. La OPS necesitará orientar su trabajo a cerrar esas brechas y, por consiguiente, será preciso asignar una cantidad considerable de recursos a los países y las zonas aquejados por las peores inequidades.

El otro valor central, el panamericanismo, es fundamental en el debate acerca de la preparación de una política sobre el presupuesto por programas. Como ha dicho el Director, el tema crucial en el panamericanismo “es que los países deben ‘ser convencidos’ del concepto de la participación y la asistencia y el apoyo mutuos”. . . El debate sobre el presupuesto, por consiguiente, debe prever y considerar la posibilidad de un desplazamiento de los recursos para apoyar a los países que requieren más recursos para lograr el mismo nivel de equidad sanitaria que otros han logrado.

### *5.2.3 Prioridades de gestión*

Actualmente se otorga un gran valor a la transparencia en la adopción de decisiones y al debido proceso, y se hace hincapié en el criterio de gestión por resultados. Además, se considera prioritario fortalecer la lógica del diseño de proyectos y mejorar la

eficiencia de su gestión, incluida la rendición de cuentas, para velar por que los gastos se justifiquen por las actividades aprobadas. Con el tiempo, esto facilitará la notificación financiera para demostrar el uso eficaz y eficiente de los recursos para producir los resultados previstos.

## **6. Principios básicos de la política revisada sobre el presupuesto por programas**

Considerando la experiencia adquirida con la política presupuestaria vigente, los acontecimientos recientes en el seno de la OMS y el contexto que la OPS afronta en el umbral del nuevo milenio, el grupo de trabajo ha identificado ciertos principios básicos para guiar la preparación de la política revisada.

1. Dada la naturaleza de la Organización Panamericana de la Salud, que es un organismo de cooperación técnica y no una institución financiera, la asignación de los fondos regionales y de país debe responder oportunamente a las prioridades técnicas regionales corrientes y a las que vayan surgiendo, así como a las necesidades cambiantes de los países. Esta capacidad de respuesta, especialmente en el caso de los países, no puede lograrse mediante la aplicación de una fórmula matemática.
2. Si se usan varios criterios cuantificables, la fórmula para su aplicación debe ser explícita en la política. En la elección de los indicadores se debe procurar orientar la distribución con la finalidad de mitigar las inequidades sanitarias.
3. La política sobre el presupuesto por programas debe mencionar mecanismos que permitan la flexibilidad y faciliten la capacidad de respuesta a las necesidades rápidamente cambiantes, por ejemplo, el fortalecimiento de fondos como el del Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo.
4. La política debe equilibrar, por una parte, el método de asignación aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS —de la cual forman parte los Estados Miembros de la OPS— con la necesidad, por la otra parte, de reorientar el programa de la OPS y, por consiguiente el presupuesto, para apoyar el objetivo de ayudar a los países a reducir las inequidades en la esfera sanitaria. Sin embargo, cualquier consideración del método de la OMS debe tener en cuenta que este aún está pendiente de evaluarse, como lo prescribe la resolución WHA51.31.
5. Aun cuando la política sobre el presupuesto por programas es un marco de referencia, debe ser coherente con la dirección estratégica y los criterios acordados en la planificación estratégica, es decir, las OEP vigentes.

6. La política presupuestaria debe apoyar el principio de mantener la ventaja comparativa de la Organización que representa su presencia en los países, a fin de cooperar técnicamente con los Estados Miembros y facilitar la cooperación entre ellos en favor del panamericanismo y la CTP.

7. La cantidad de recursos asignados a diferentes niveles de la Organización se debe corresponder con la naturaleza de sus funciones, como sigue: *nivel de país*; cooperación técnica con programas nacionales; *nivel técnico regional*; función normativa y apoyo a la cooperación técnica; *gestión y coordinación regional*; apoyo a los otros dos. La política presupuestaria revisada debe permitir que la distribución entre el nivel regional y el de país pueda cambiar en respuesta a las circunstancias prevalecientes, pero al mismo tiempo debe preservar los logros de la política vigente.

8. La política presupuestaria debe apoyar una cultura de asignación de prioridades en la Organización.

9. La estructura del presupuesto debe racionalizarse para simplificar la gestión y facilitar la notificación cuando se alcancen los resultados previstos; esto incluirá, entre otras cosas, la racionalización de la clasificación de programas de la OPS.

#### **7. Temas para la consideración del Subcomité de Planificación y Programación**

Los siguientes temas se proponen con miras a estimular el debate sobre este trabajo en curso que aún se encuentra en su etapa inicial:

1. El Subcomité de Planificación y Programación tal vez quiera formular observaciones sobre la pertinencia y oportunidad de la iniciativa de revisar la política sobre el presupuesto por programas.

2. ¿Ha determinado el grupo de trabajo todo el contexto que se debe tener en cuenta en este momento para elaborar una política sobre el presupuesto por programas?

3. ¿Son adecuados y pertinentes los principios por los que se guía la elaboración y evaluación de la política revisada sobre el presupuesto por programas?

4. El SPP tal vez quiera hacer comentarios sobre los criterios que está aplicando la Oficina.

Anexo

