



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 38ª SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 24 al 26 de marzo de 2004*

---

*Punto 4 del orden del día provisional*

SPP38/3, Add. I (Esp.)  
22 marzo 2004  
ORIGINAL: INGLÉS

### **INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS POR EL GRUPO DE TRABAJO SOBRE LA POLÍTICA PRESUPUESTARIA REGIONAL**

1. Se celebró en Washington, D.C. los días 4 y 5 de marzo de 2004 una reunión inicial del Grupo Consultivo sobre la Política Presupuestaria Regional por Programas de la OPS. Este grupo, integrado por expertos en planificación y presupuesto de la Región, se reunió para reexaminar las políticas vigentes de presupuesto por programas de la OPS y dar orientación sobre los factores que deberán incluirse en una propuesta de revisión. Los expertos que participaron en la primera reunión eran procedentes de Canadá, Guatemala y Trinidad y Tabago; otros venían de Argentina, Bolivia, Chile y Estados Unidos de América, así como de otras organizaciones internacionales.
2. La principal preocupación del grupo era proponer criterios para establecer prioridades entre las áreas de trabajo a nivel de toda la Organización y para asignar recursos entre los programas de país, a la vez que se mantenía la flexibilidad necesaria para responder a las nuevas necesidades especiales de los países, las subregiones y la región en general. Al considerar las asignaciones entre los países se trataron las diferentes necesidades de los Estados Miembros. Por un lado, es necesario que los programas de país cuenten con una asignación presupuestaria predecible para sufragar el desempeño de sus funciones y operaciones básicas. Por otro lado, se consideró necesario modificar las asignaciones de países individuales de un bienio a otro, de manera que la Organización pueda responder ante las necesidades especiales y prioritarias de los Estados Miembros.
3. Para satisfacer este doble requisito de estabilidad y flexibilidad, se propuso y se debatió un mecanismo de asignación presupuestaria de dos partes, según el cual todos los países tendrían una asignación básica o central que se distribuiría usando criterios de equidad objetivos acordados previamente. Esta asignación básica estaría sujeta a ajustes periódicos pero proporcionaría una referencia bastante estable para efectos de planificación en los países. A fin de proporcionar la flexibilidad necesaria para una

respuesta focalizada ante las necesidades especiales y prioritarias de los Estados Miembros, se propuso un segundo nivel de recursos que se asignarían entre los países de manera transparente y equitativa pero que variaría de un bienio a otro.

4. Se analizaron detenidamente los posibles criterios para distribuir las asignaciones básicas. En aras de la equidad la distribución debería tener en cuenta tanto las necesidades de cooperación técnica de los países para cumplir con las prioridades colectivas de la Organización como la necesidad económica relativa.

5. En condiciones ideales, un modelo deberá incorporar varios indicadores que reflejen diferentes clases de situación de salud además de los niveles demográficos y de la necesidad económica: situación de salud de la población, situación de los sistemas de salud, niveles de acceso a los servicios y desarrollo institucional. En la actual política presupuestaria regional por programas se utilizan como variables de distribución, la población, el producto interno bruto (PIB), la mortalidad infantil y el número de médicos y camas de hospital per cápita. De estos factores, los primeros tres se siguen considerando pertinentes, aunque deberán añadirse otros criterios para identificar mejor las necesidades. Se consideró que las últimas dos variables de distribución, los indicadores sobre número de médicos y camas de hospital per cápita, no son mediciones particularmente significativas del desarrollo de los sistemas de salud ni del acceso a los servicios de salud en todo el país. Entre los otros indicadores posibles tratados para su consideración adicional figuran:

- La proporción de la población que vive por debajo de un nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (como medida alternativa de la pobreza relativa) .
- La proporción de nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (como medida del acceso a los sistemas de salud y sustituto de la calidad).

6. Se analizaron los criterios empleados en otras organizaciones internacionales, específicamente el PNUD y UNICEF, aunque se observó que las comparaciones deberán hacerse con cautela dado que ninguna de las dos opera sobre la base de un presupuesto ordinario con contribuciones determinadas. Se examinó asimismo el Índice de Desarrollo Humano ajustado (IDH) que aplica la OMS en su fórmula de reasignación regional conforme a la Resolución WHA 51.31 y el consenso fue que no es el medio más útil para sopesar las asignaciones entre los países en esta Región. El IDH no se relaciona especialmente con la salud y no tiene en cuenta las tendencias sanitarias, lo que puede ser significativo en algunos países de la Región cuya situación actual de salud es bastante buena pero en una tendencia decreciente. También se observó que la metodología se había revisado recientemente y que los ajustes podrían provocar interrupciones en las asignaciones entre los países, atentando contra el objetivo de basar las asignaciones en indicadores transparentes. El Grupo Consultivo identificó la necesidad de contar con

información más detallada y análisis de las políticas presupuestarias vigentes de organizaciones pertinentes similares.

7. Se consideró la idea de elaborar un índice compuesto de la situación de salud para reflejar la índole multisectorial del desarrollo sanitario. Reconociendo que hay un número limitado de indicadores disponibles para todos los países que son relativamente fiables y actualizados, se observó que no podría optarse por ningún modelo que sea demasiado sensible a una determinada variable relacionada con la salud. En lugar de procurar una precisión excesiva, podría considerarse la opción de dividir a los países en grupos únicamente en función de la situación sanitaria o de una combinación de la situación de salud y de la economía. Se requeriría seguir trabajando para elaborar y modelar las opciones.

8. El Grupo Consultivo acordó que, entre otros temas del financiamiento básico que necesitarían consideración adicional, figuraría el nivel de ese financiamiento en relación con el financiamiento total del país, así como la frecuencia y las bases en las que se harían ajustes para modificar la distribución relativa entre los países.

9. La parte variable del presupuesto del país le permitiría a la Organización acelerar las acciones en cuanto a los temas prioritarios y especiales, por ejemplo, las prioridades de cooperación técnica establecidas en el Plan Estratégico 2003-2007 y la Estrategia de Gestión para el Trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007; acciones relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y respuestas a los problemas de salud que vayan surgiendo. Cada país recibiría financiamiento básico o central, pero no todos los países recibirían financiamiento de la porción variable del presupuesto del país. Por sus características mismas, un país no podría suponer que recibiría el mismo nivel de recursos variables de un bienio al próximo, aunque el hecho de que los reciba en un bienio no le impediría recibirlo en el siguiente. Al mismo tiempo, la parte variable del presupuesto debería beneficiar a una serie de países y no centrarse en unos pocos. Se planteó la idea de asignar y programar algunos fondos subregionalmente, como medio posible de asegurar una distribución adecuada entre las subregiones y de atender las crecientes necesidades subregionales de integración.

10. Se trató el tema de las desigualdades sanitarias dentro de los países y se debatió la manera de abordarlo en el contexto de la asignación de recursos. En las deliberaciones se prefirió tomar esto en consideración en la parte variable del presupuesto, y no como un factor en la asignación básica o central. Dado que las principales disparidades en la situación sanitaria dentro de los países tienden a reflejar diferencias similares en la distribución del ingreso, se manifestó cierta preocupación al incluir esos factores en el

cálculo central, porque ello podría perjudicar injustamente a países con una distribución más equitativa del ingreso.

11. Se consideraron asimismo las implicaciones de la asignación de recursos en relación con la presencia en el país, reconociendo que había dos temas separados: la necesidad de cierto nivel de presencia en el país en términos de cooperación técnica para brindar apoyo eficaz al desarrollo sanitario nacional, y la necesidad de sufragar el costo de mantener una presencia física. Además, se advirtió que los costos actuales de operación de la oficina que se cargan a las asignaciones presupuestarias del país miembro de la OPS no deben considerarse fijos ni considerarse al calcular las asignaciones centrales porque eso perjudicaría a los países que están prestando un apoyo directo significativo. Este tema deberá examinarse aún más en el contexto de las opciones de modelos para tener la seguridad de que los países que no pueden sufragar la presencia física de la OPS en el país, pese a que es necesaria para proporcionar una cooperación técnica eficaz, cuenten con fondos suficientes en su asignación central para cubrir las necesidades mínimas de esa presencia y seguir contando con recursos suficientes para la cooperación técnica.

12. Otro aspecto que debería examinarse en el contexto de la elaboración del modelo es cómo podrían ponerse en práctica estos mecanismos revisados que se proponen sin interrumpir la cooperación técnica que se presta en la actualidad. Probablemente haya que contemplar un período de transición para introducir paulatinamente las asignaciones revisadas, quizá durante varios bienios.

13. Debido a la limitación de tiempo, la mayoría del debate se centró en las asignaciones entre los países, pero será necesario seguir considerando las maneras de resolver las cuestiones de las porciones del presupuesto que se asignan entre un país y otro y la distribución de recursos entre las áreas de trabajo.

14. Como siguiente paso del proceso, la Secretaría realizará el trabajo analítico, incluida la definición de modelos, con base en las conversaciones iniciales con el Grupo Consultivo y teniendo en cuenta las observaciones recibidas del Subcomité de Planificación y Programación. El diálogo con el Grupo Consultivo continuará mediante correo electrónico y concluirá en una reunión de seguimiento prevista para principios de mayo. Seguidamente, se enviará una propuesta revisada de la política presupuestaria regional por programas de la OPS a la próxima reunión del Comité Ejecutivo.