

## 55.º CONSEJO DIRECTIVO

### 68.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2016

---

*Punto 4.2 del orden del día provisional*

CD55/6

27 de junio del 2016

Original: inglés

### EVALUACIÓN PROVISIONAL DE LA APLICACIÓN DE LA POLÍTICA DEL PRESUPUESTO DE LA OPS

#### Introducción

1. La 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, por medio de la resolución CSP28.R10 (2012), adoptó la nueva *Política del presupuesto de la OPS* (documento CSP28/7), que entró en vigor con el Programa y Presupuesto 2014-2015. En esta nueva política del presupuesto se definió y se introdujo un modelo actualizado para asignar el presupuesto ordinario a los distintos niveles funcionales de la Organización y a los países individuales.

2. En la resolución CSP28.R10 se solicitó a la Directora que, entre otras cosas, presentase al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana una evaluación provisional de la ejecución de la política del presupuesto de la OPS al finalizar el primer bienio. En la evaluación se debía procurar poner de manifiesto los posibles retos o factores de éxito que pudieran contribuir a mejorar aún más esta política. En este documento se presentan los resultados de dicha evaluación provisional.

#### Antecedentes

3. En una evaluación de la política del presupuesto de la OPS anterior (cuyo período inicial de aplicación, del 2006 al 2011, luego se prolongó hasta el 2013) se determinó que, aunque se la había aplicado correctamente, había retos para garantizar niveles presupuestarios adecuados para todos los países y para las entidades regionales. Esto se atribuyó al modelo de asignación presupuestaria a los países que aplicaba métodos matemáticos como el *suavizamiento del tamaño de la población* y la *progresividad*, que habían dado lugar a una importante redistribución de los recursos entre los países. Si bien algunos países se beneficiaron considerablemente de esta asignación particular de los recursos, otros con una situación de salud relativamente mejor, según las mediciones del índice de necesidades de salud *ampliado* (INSA), vieron sus presupuestos reducidos, en algunos casos a niveles insuficientes para mantener una presencia mínima.

---

4. La política actual se elaboró sobre la base de los principios fundamentales de la política anterior, pero se introdujeron ajustes y elementos nuevos para abordar ciertos puntos débiles inherentes. En concreto, en el modelo revisado de la asignación presupuestaria a los países, se hicieron cambios en los conceptos de asignación, así como en los criterios fundamentales de la fórmula. En estos ajustes se intentó mantener y mejorar la justicia, la transparencia y la equidad en la distribución de recursos, al mismo tiempo que se procuró que la política fuera realista y práctica.

5. En la nueva política del presupuesto se ha abordado solo la asignación del presupuesto ordinario a las entidades en los tres niveles de la Organización, y no se ha abordado la asignación de recursos movilizados externamente, como las contribuciones voluntarias y los fondos procedentes de otras fuentes, que constituyen casi la mitad del total del Programa y Presupuesto. Se consideró que las contribuciones voluntarias y los fondos procedentes de otras fuentes estaban fuera del control absoluto de una política presupuestaria interna y de los Estados Miembros.

6. No obstante, la Organización debe movilizar recursos de otras fuentes para financiar plenamente su Programa y Presupuesto. A diferencia de otras regiones del mundo, el predominio de los países de ingresos medianos hace que la Región de las Américas sea menos atractiva para muchos donantes internacionales. Esta realidad hace que haya una mayor presión para que el presupuesto básico de la OPS garantice que todos los programas y las oficinas en todos los niveles reciban un financiamiento adecuado.

#### **Criterios de asignación de recursos en la política actual del presupuesto de la OPS**

7. Según la *Política del presupuesto de la OPS*, el alcance del trabajo de la Organización se refleja en su Programa y Presupuesto mediante tres perspectivas interrelacionadas: las categorías programáticas, los niveles funcionales y los niveles institucionales. Las categorías programáticas constituyen la clasificación programática de nivel más alto y reflejan la respuesta a las necesidades mundiales y regionales en materia de salud. Estas categorías (de la 1 a la 6) se derivan del programa general de trabajo de la OMS y se adaptan a las características regionales específicas en el Plan Estratégico de la OPS. Los Estados Miembros determinan la distribución de los recursos entre las distintas categorías programáticas al aprobar el Programa y Presupuesto.

8. Los niveles funcionales representan el alcance de las actividades de cooperación técnica que la Organización emprende en apoyo de sus mandatos. Hay cuatro niveles funcionales: regional, subregional, de país y entre países. En la política del presupuesto se asigna un mínimo de 40% del presupuesto ordinario al nivel de país, 18% al nivel entre países, 7% al nivel subregional y 35% al nivel regional. Los niveles subregional, de país y entre países reciben 65% de la asignación del presupuesto ordinario, lo que se conoce como el apoyo técnico directo a los países.

9. Los niveles institucionales son aquellas entidades que constituyen la estructura orgánica de la OPS. Estos niveles son responsables del logro de los resultados y de la

rendición de cuentas. Los niveles institucionales y funcionales están interrelacionados; los niveles funcionales y las entidades forman parte de la estructura orgánica.

10. En la política del presupuesto se divide la asignación a los países en tres componentes: básico o basado en las necesidades, orientado a la consecución de resultados y variable. El componente básico representa 90% de la asignación a los países; el componente orientado a la consecución de resultados y el componente variable representan 5% cada uno de la asignación a los países. El componente básico se asigna a los países individuales usando el índice de necesidades de salud ampliado (INSA) como un índice compuesto.

11. La *Política del presupuesto de la OPS* se aplicó en la formulación y la ejecución del Programa y Presupuesto 2014-2015 y en la formulación del Programa y Presupuesto 2016-2017. A fin de aplicar, hacer el seguimiento y evaluar la política del presupuesto, se ha puesto en marcha una serie de mecanismos para asegurar que el financiamiento apoye los programas y niveles institucionales de una manera eficiente, equitativa y eficaz. Se realizan evaluaciones anuales de todos los planes de trabajo bienales de la Organización a fin de hacer ajustes proactivos a la ejecución programática y abordar las prioridades emergentes o cambiantes de la Organización.

### **Evaluación provisional de la política del presupuesto de la OPS correspondiente al bienio 2014-2015**

12. La evaluación provisional de la *Política del presupuesto de la OPS* se basa en los US\$ 279,1 millones<sup>1</sup> consignados en el bienio 2014-2015, menos los \$5,0 millones destinados al seguro de enfermedad del personal jubilado, lo que significa que quedaron \$274,1 millones que debían asignarse de acuerdo con la política del presupuesto. La OMS proporcionó otros \$2,9 millones, por lo que el presupuesto ordinario disponible fue de \$277,0 millones en total para el bienio 2014-2015.

13. Los resultados correspondientes a la evaluación de fin del bienio 2014-2015 muestran un alto grado de cumplimiento de la *Política del presupuesto de la OPS* en cuanto a la asignación final del presupuesto ordinario a los niveles funcionales (véase el cuadro más abajo). Los \$277,0 millones del presupuesto ordinario disponibles para el bienio 2014-2015 se asignaron de la siguiente manera: \$113 millones (41%) al nivel de país, \$50,0 millones (18%) al nivel entre países, \$20,0 millones (7%) al nivel subregional y \$94,0 millones (34%) al nivel regional. La proporción del presupuesto que se asignó al nivel regional se redujo en 1%, mientras que la asignación a los países aumentó en 1%, por lo que representó 41% en total.

---

<sup>1</sup> A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente documento se expresan en dólares de los Estados Unidos.

**Cuadro. Comparación de la política del presupuesto y las asignaciones reales del presupuesto ordinario por nivel funcional (en millones de dólares de los Estados Unidos)**

Nivel funcional	Asignación según la política del presupuesto	Porcentaje según la política del presupuesto	Asignación real en el 2014-2015	Porcentaje real de asignación en el 2014-2015	Aumento (disminución) netos
País	109,6	40%	113,0	41%	3,4
Entre países	49,3	18%	50,0	18%	0,7
Subregional	19,2	7%	20,0	7%	0,8
Regional	95,9	35%	94,0	34%	(1,9)
<b>Subtotal</b>	<b>274,1</b>	<b>100%</b>	<b>277,0</b>	<b>100%</b>	<b>2,9</b>
Seguro de enfermedad de los jubilados	5,0		5,0		0
<b>Total general</b>	<b>279,1</b>		<b>282,0</b>		<b>2,9</b>

14. La asignación a los países individuales, que representa 90% del componente básico, se mantuvo de acuerdo con lo establecido en la política del presupuesto. La asignación a las categorías y áreas programáticas dentro de un país se basa en las prioridades y el plan de trabajo bienal acordado de manera conjunta con las autoridades nacionales. La proporción del presupuesto asignada a una categoría y área programática específicas a nivel regional puede ser distinta de la que se aplica a nivel de cada país debido a las diferencias en las prioridades. Se aseguró un nivel mínimo de presencia en los países al aumentar el nivel de financiamiento a los países, principalmente a partir de fuentes fuera del presupuesto ordinario, mismo que ya no cubre las necesidades de todos los países. Los territorios de Aruba, Curaçao y San Martín se han convertido en Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud desde que se adoptó la política del presupuesto en el 2012 y fueron incluidos en el 41% de la asignación a los países.

15. Se aumentó el nivel de financiamiento de los países clave (Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname) en el contexto de la estrategia de cooperación con los países clave a pesar de la reducción progresiva de la asignación presupuestaria como resultado de aplicación de la fórmula de la política del presupuesto. Los países clave recibieron más de \$34,0 millones, lo que representa 31% de la asignación total a los países.

16. El financiamiento del componente orientado a la consecución de resultados —5% de la asignación general a los países— se proporcionó para brindar apoyo a los países en el logro de metas específicas, para aprovechar el progreso positivo demostrado o para promover las actividades interprogramáticas. La asignación variable a los países y los ahorros acumulados se pusieron a disposición para brindar apoyo a los países con respecto a necesidades imprevistas y por única vez de los programas prioritarios. Los países clave se consideraron primero en la asignación de los fondos variables.

**Observaciones en anticipación de la evaluación de la política del presupuesto a fin del bienio 2016-2017**

17. Los resultados iniciales de la evaluación provisional de la *Política del presupuesto de la OPS* respaldan la decisión de continuar su aplicación en el Programa y Presupuesto 2016-2017. Se ha programado una evaluación exhaustiva de esta política para el 2018, tras dos bienios de aplicación, a fin de asegurar que siga respondiendo a las necesidades cambiantes de salud y que siga sistemáticamente asignando los recursos en forma equitativa.

18. Desde que comenzó su aplicación, se han registrado varios cambios en las políticas y los procedimientos que pueden afectar la política del presupuesto. Estos cambios, que se tendrán en cuenta en la evaluación de la *Política del presupuesto de la OPS* al final del bienio 2016-2017, se describen a continuación.

- a) La adopción por parte de la OMS de un presupuesto integrado en el bienio 2014-2015 que ya no indica la asignación de su presupuesto ordinario a la Región de las Américas hace que sea imposible para la OPS incluir este componente de una manera desglosada en la resolución de asignación que se utiliza en la política del presupuesto para asignar el presupuesto ordinario.
- b) La adopción por parte de la OPS de un presupuesto integrado a partir del Programa y Presupuesto 2016-2017 tuvo el mismo efecto. El presupuesto aprobado, que surge de la determinación de abajo arriba de los costos de los resultados inmediatos, indica el total de los recursos necesarios, independientemente de la fuente de financiamiento. Por consiguiente, el presupuesto aprobado ya no tiene la consignación del presupuesto ordinario, que se usa en la política del presupuesto para asignar recursos a los países y a otros niveles de la Organización. No obstante, el propósito fundamental de la política era validar los resultados del proceso de abajo arriba y determinar la asignación estimativa del presupuesto integrado a las entidades institucionales en el bienio 2016-2017. El efecto de ampliar la política a todas las fuentes de financiamiento del Programa y Presupuesto se podría analizar en la evaluación de la política del presupuesto a fines del bienio 2016-2017.
- c) El presupuesto integrado facilita la asignación estratégica de los fondos más flexibles de la OPS a los programas y las oficinas sobre la base de la brecha del financiamiento, las necesidades emergentes y las prioridades. Las contribuciones señaladas de los Estados Miembros son la fuente principal de financiamiento flexible, que no tiene un uso prescrito. Otros fondos flexibles incluyen las contribuciones señaladas de la OMS, las contribuciones voluntarias básicas de la OMS y, en menor grado, los ingresos generales con respecto a las contribuciones voluntarias (gastos de apoyo a programas).
- d) Además, se estableció un Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico integrado por 12 Estados Miembros a fin de perfeccionar el método de estratificación de las prioridades programáticas establecido en el Plan Estratégico 2014-2019. Ese

- método revisado se someterá a la consideración del Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo para su aprobación en el 2016 a fin de que pueda aplicarse al Programa y Presupuesto 2018-2019. El método revisado de asignación de prioridades podría considerarse en la evaluación de la política del presupuesto.
- e) En el 2015, la OMS convocó un grupo de trabajo de los Estados Miembros sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios con el objeto de elaborar un método para distribuir el presupuesto destinado a la cooperación técnica entre las seis regiones, sobre la base de las necesidades consolidadas de los países de cada región. El método aprobado mostró que la Región de las Américas tenía una asignación presupuestaria inferior de acuerdo con la medición de la necesidad relativa. La fórmula revisada de asignación se aplicará durante tres bienios, lo que dará lugar a un aumento gradual de la asignación del presupuesto de la OMS a la Región de las Américas. Aunque el método de asignación de la OPS y el de la OMS tienen varios criterios en común, se podría hacer una comparación más exhaustiva como parte de la evaluación de la *Política del presupuesto de la OPS* para determinar si las fórmulas pueden converger aún más.
- f) Tres territorios han sido admitidos como Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud desde la adopción de la nueva política del presupuesto en el año 2012. Además, muchos territorios que habían sido agrupados en una única entidad institucional en esa política han sido establecidos como entidades presupuestarias individuales como resultado de la implementación del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS) y de los procesos a los que brinda apoyo.

19. En la décima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración que tuvo lugar en marzo del 2016, los Estados Miembros solicitaron a la Oficina Sanitaria Panamericana que incluyera el análisis de las diferencias al aplicarse la política del presupuesto entre lo establecido en dicha política y las asignaciones reales, las asignaciones financiadas por nivel funcional, la relación entre las asignaciones financiadas y las prioridades programáticas, y los cambios en las prioridades para el bienio 2016-2017, al igual que un análisis de los riesgos. En el cuadro anterior se muestran las diferencias entre la política del presupuesto y las asignaciones reales, al igual que en las asignaciones financiadas por nivel funcional. No hubo diferencia alguna o la diferencia fue mínima en cuanto a la estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS y del Programa y Presupuesto 2014-2015 en comparación con las establecidas en el bienio 2016-2017. Las áreas programáticas prioritarias recibieron financiamiento suficiente, algunas más que otras, como se muestra en la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2014-2015.

20. La integración de las estructuras institucionales y programáticas representó un reto. En el Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 se asignó el presupuesto aprobado a las categorías y áreas programáticas. Al mismo tiempo, la *Política del presupuesto de la OPS* asignó el presupuesto aprobado a niveles funcionales y a países

individuales. Las representaciones, en coordinación con sus homólogos nacionales, determinan la asignación a las categorías y áreas programáticas sobre la base de las necesidades y prioridades nacionales. La política del presupuesto no establece la asignación al país por categoría y área programática. Por lo tanto, existía el riesgo de que hubiera alguna divergencia o desajuste entre el Programa y Presupuesto aprobado y las asignaciones reales a las categorías y áreas programáticas por entidad institucional. Este tema se abordó en el Programa y Presupuesto 2016-2017 al armar el presupuesto siguiendo un enfoque de abajo arriba para determinar las prioridades y estimar los requerimientos de recursos. Las prioridades a nivel de país se determinaron y los requerimientos de recursos se estimaron de manera conjunta con los homólogos nacionales durante la elaboración del Programa y Presupuesto 2016-2017.

21. En términos generales, la aplicación de la nueva política del presupuesto en el 2014-2015 tuvo el efecto previsto de asignar la mayor parte del financiamiento a los países para la cooperación técnica directa y de dar prioridad al financiamiento de los países clave con las mayores necesidades. Además, la política del presupuesto logró que todas las oficinas en los países puedan mantener la presencia mínima prescrita y fomentar el apoyo subregional a los países así como la colaboración entre países.

22. Sobre la base de este análisis, la Oficina Sanitaria Panamericana recomienda que no se hagan cambios a la política del presupuesto hasta que se haga la evaluación al final del bienio 2016-2017, en la que se deberá tener en cuenta el efecto de los cambios en las políticas y los procedimientos que han tenido lugar desde que se aprobó en el 2012 la *Política del presupuesto de la OPS*.

### **Intervención del Consejo Directivo**

23. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota de este informe y haga las recomendaciones que considere pertinentes.

- - -