

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 4.3 del orden del día provisional

CD55/7
1 de julio del 2016
Original: inglés

METODOLOGÍA PARA EL MARCO DE ESTRATIFICACIÓN DE LAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DEL PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS

Introducción

1. En el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 se estableció el marco para la estratificación de las prioridades programáticas (resolución CD52.R8 [2013]). Este marco tiene por objeto servir de instrumento clave para guiar la asignación de los recursos humanos y financieros de los que dispone la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP), y para centrar los esfuerzos a fin de movilizar los recursos necesarios para ejecutar el Plan Estratégico y sus respectivos programas y presupuestos. Este marco complementa la *Política del presupuesto de la OPS* (2012) y el marco de la gestión basada en los resultados de la Organización puesto en marcha en el 2010.

2. Este documento se presenta en respuesta a la resolución CD53.R3 (2014), en la cual se solicita a la Directora que “continúe realizando consultas con los Estados Miembros a fin de perfeccionar el marco de estratificación de las prioridades programáticas y de aplicarlo a los presupuestos y programas futuros”. El Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS (Grupo Asesor),¹ integrado por 12 Estados Miembros, fue establecido para formar parte de las consultas y brindar orientación a la Oficina.

¹ A solicitud de los Estados Miembros, en octubre del 2014 la Directora estableció el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico a fin de que brinde orientación y observaciones con respecto a la puesta en marcha del proceso conjunto de seguimiento y evaluación, y el perfeccionamiento del marco de estratificación programática del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (resolución CD53.R3). Está compuesto por doce integrantes designados por los ministerios de salud de Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Jamaica, México, Paraguay y Perú. El grupo está presidido por México y Ecuador ocupa la copresidencia; Canadá estuvo a cargo de la coordinación técnica del examen de la metodología.

3. Después de examinar varios métodos de asignación de prioridades, la Oficina y el Grupo Asesor llegaron a la conclusión de que las mejoras introducidas en la primera versión del método de Hanlon adaptado por la OPS abordaban las principales inquietudes. En consecuencia, se considera que la metodología perfeccionada que se presenta en este documento es la más adecuada y responde al propósito y los objetivos del marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS. La metodología es producto de esta estrecha colaboración entre la Oficina y el Grupo Asesor.

4. En marzo del 2016 se presentó un informe de progreso sobre el trabajo emprendido con el Grupo Asesor al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en el 2015. El Subcomité reconoció que se habían mejorado algunos puntos importantes en la metodología, en particular la inclusión de nuevos componentes en la fórmula como la inequidad y el posicionamiento institucional de la OPS. Los Estados Miembros destacaron la importancia que esta metodología tendrá al orientar la asignación y movilización de recursos en la Organización. También reconocieron el trabajo colaborativo emprendido entre la Oficina y los integrantes del Grupo Asesor. El Subcomité destacó el sólido enfoque científico e innovador de la metodología para la asignación de prioridades de salud pública, y recibió con agrado la propuesta de publicar la metodología perfeccionada, señalando que esto representaría una contribución importante a la comunidad científica regional y mundial y pondría de relieve la función de la OPS de encabezar la innovación en esta área.

5. En junio del 2016, el documento de política propuesto se presentó ante el Comité Ejecutivo, en su 158.^a sesión, para su revisión y consideración. En el documento propuesto se incorporaron las aportaciones y los acuerdos de la tercera reunión presencial de los integrantes del Grupo Asesor que tuvo lugar en abril del 2016. El Comité elogió el trabajo del Subcomité y el Grupo Asesor al elaborar una metodología sólida, científica e innovadora. Los Estados Miembros respaldaron con entusiasmo el documento de política propuesto y la resolución correspondiente, con pequeños cambios. Se destacaron las repercusiones y beneficios potenciales que tendrá la metodología perfeccionada en la labor de la OPS y la planificación en materia de salud pública no solo en la Región de las Américas sino también en otras regiones de la OMS.

6. Se ha planificado realizar actividades nacionales con los Estados Miembros del Comité Ejecutivo en su 158.^a sesión a fin de aplicar la metodología. Se realizarán actividades con todos los Estados Miembros que abarcarán toda la Región como parte del proceso de elaboración del Programa y Presupuesto de la OPS para el bienio 2018-2019, después de que la metodología sea aprobada por el Consejo Directivo en septiembre del 2016.

Antecedentes

7. En reconocimiento de que el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 se ejecutaría en un contexto de recursos limitados y en respuesta a las recomendaciones de los Estados Miembros de centrar el trabajo de la Organización en áreas donde la OPS claramente

aporta un valor agregado, se elaboró un marco de estratificación de las prioridades programáticas a fin de guiar la asignación de los recursos de la Oficina y focalizar la labor de movilización de recursos. El marco incluía la adaptación del método de Hanlon para calificar de manera objetiva y sistemática las áreas programáticas del Plan Estratégico de la OPS.

8. La primera versión del método de Hanlon adaptado por la OPS fue elaborada y puesta a prueba por un equipo integrado por expertos en planificación y salud pública de la Oficina y el Grupo Consultivo de los Países (CCG por su sigla en inglés) establecido para la elaboración del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Como parte de las consultas nacionales para el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 se realizaron ejercicios de estratificación de las prioridades programáticas, usando el método de Hanlon adaptado por la OPS, con la participación de 43 países y territorios, lo que involucró a más de 1.000 funcionarios de salud pública de la Región.

9. Tras la aprobación del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 por el 52.^o Consejo Directivo, y de conformidad con la resolución CD52.R8 (2013), el Comité Ejecutivo en su 153.^a sesión estableció un Grupo de Trabajo de los Países (CWG por su sigla en inglés), encargado de colaborar con la Oficina en el examen y el perfeccionamiento de los indicadores a nivel del impacto y de los resultados intermedios, y en el examen del marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico.

10. De febrero a agosto del 2014, el CWG colaboró con la Oficina en la realización de todas las tareas solicitadas por los Estados Miembros. Este Grupo de Trabajo inició el examen del método de Hanlon adaptado por la OPS, pero no pudo realizar un análisis exhaustivo completo ni formular recomendaciones para perfeccionarlo. El grupo determinó que se necesitaba más tiempo para el análisis a fin de que se pudieran considerar todas las opciones posibles para la elaboración de un método sólido e integral que abordara las inquietudes manifestadas por los Estados Miembros.

11. El 1 de octubre del 2014, el 53.^o Consejo Directivo aprobó la versión modificada del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, que incluía indicadores mejorados a nivel del impacto y de los resultados intermedios. El Consejo Directivo reconoció los valiosos aportes del CWG al mejoramiento de los indicadores del Plan Estratégico de la OPS, incluida la elaboración de un compendio de indicadores. Asimismo, aceptó la recomendación del Grupo de Trabajo de seguir colaborando con la Oficina en calidad de grupo asesor a fin de concluir el perfeccionamiento del marco de estratificación de las prioridades programáticas, y efectuar aportes sobre la ejecución del proceso conjunto de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de la OPS (resolución CD53.R3).

12. En respuesta a la resolución CD53.R3, y dada la colaboración con el CWG, la Directora invitó a los integrantes de dicho grupo a que formaran parte del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS.

Análisis de la situación

13. La asignación de prioridades es un componente importante de la planificación estratégica² y la toma de decisiones dado que, si todo fuera considerado como una prioridad, entonces nada lo sería realmente. Esto es especialmente cierto cuando las organizaciones se enfrentan con múltiples exigencias, pero los recursos para abordarlas son limitados. Se reconoce que el proceso de asignación de prioridades incluye consideraciones técnicas, estratégicas y políticas. Aunque se fundamenta en la evidencia y el análisis, el proceso no puede resolverse solamente por medio de fundamentos científicos, fórmulas o reglas de toma de decisiones.

14. Existen diversas metodologías de asignación de prioridades, desde algunos métodos sencillos y subjetivos hasta otros más objetivos y científicos. El reto, sin embargo, estriba en la selección y la adaptación del método que mejor responda al alcance, la finalidad y el contexto de una organización. La determinación de un método apropiado para la OPS, como un organismo internacional, requiere considerar múltiples variables relacionadas con su cooperación técnica en el ámbito de la salud pública, así como los determinantes sociales de la salud y los aspectos económicos, ambientales y políticos.

15. La OPS ha ido adquiriendo experiencia en torno a la asignación de prioridades como parte de sus procesos de planificación estratégica y de programación y presupuestación, en consonancia con la aplicación de su marco de gestión basada en los resultados. En este sentido, el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 incluyó un método sólido y científico de estratificación de las áreas programáticas usando la primera versión del método de Hanlon adaptado por la OPS. Si bien los Estados Miembros reconocieron los beneficios de aplicar un método objetivo y sistemático de asignación de prioridades, solicitaron que se revisara el método de Hanlon adaptado por la OPS para abordar posibles sesgos en la fórmula que pudieran dar más peso y, por ende, una calificación más alta, a las áreas programáticas orientadas a las enfermedades. Se plantearon algunas inquietudes específicas sobre las limitaciones y el sesgo percibido de esta metodología, que había sido concebida para establecer una jerarquía de los problemas relativos a las enfermedades y no tenía en cuenta los cambios en el paradigma regional y mundial de la salud pública que se habían producido desde que fuera elaborada originalmente por Hanlon en 1954 y publicada en 1984. Se manifestaron otras inquietudes con respecto al alcance variable de 24 áreas programáticas (incluidas las enfermedades, los sistemas y servicios, las intervenciones de salud pública y los temas transversales) del Plan Estratégico de la OPS, además de la necesidad de mejorar los criterios y las definiciones para la aplicación uniforme de la metodología.

16. A fin de abordar estas inquietudes y en respuesta al mandato del Consejo Directivo de la OPS (resolución CD53.R3), la Oficina trabajó con el Grupo Asesor a fin de perfeccionar la metodología, desde principios del 2015 hasta abril del 2016, por medio

² Neiger BL, Thackeray R, Fagen MC. Basic priority rating model 2.0: current applications for priority setting in health promotion practice. *Health Promotion Practice*. 2011;12:166-171.

de sesiones virtuales y tres reuniones presenciales (en Washington, D.C., en mayo del 2015, en la Ciudad de México en agosto y nuevamente en Washington, D.C., en abril del 2016).

17. El Grupo Asesor y la Oficina examinaron y analizaron 15 métodos de asignación de prioridades (véase el anexo A), entre ellos métodos sencillos y subjetivos como las distribuciones forzadas (*forced ranking*), un método de grupo nominal y un procedimiento de voto sencillo, así como métodos de medición más objetivos como el método de Delfos (también conocido como Delphi) y el método de Hanlon. Se hizo también un análisis crítico y pormenorizado del método de Hanlon original, así como de revisiones propuestas de la ecuación de Hanlon. Después de considerar los puntos débiles y los puntos fuertes de los diversos métodos, el Grupo Asesor llegó a la conclusión de que el método de Hanlon adaptado por la OPS se podía perfeccionar a fin de adaptarlo mejor a la determinación de niveles de los programas de salud pública de acuerdo con la finalidad y los objetivos del marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS.

Propuesta

18. La finalidad de la metodología de Hanlon perfeccionada y adaptada por la OPS es servir de instrumento para ejecutar el marco de estratificación de las prioridades programáticas de Plan Estratégico de la OPS aplicando un método sistemático, objetivo y sólido para guiar la asignación de recursos y enfocar la movilización. En ella se aplican los principios y las prácticas de planificación estratégica, al igual que los valores de salud pública y otros valores intrínsecos de la Organización, con componentes, criterios y directrices claramente definidos para su aplicación uniforme.

19. Después de un análisis cuidadoso y de pruebas piloto realizadas con integrantes del Grupo Asesor y un equipo nacional de funcionarios de salud pública de alto nivel de México, se acordó que la fórmula a continuación responde mejor a los propósitos del marco de estratificación de las prioridades programáticas de Plan Estratégico de la OPS:

$$\text{Calificación básica de las prioridades} = \frac{(A + B + E)C}{5,25} \times F$$

Donde:

A = **Tamaño o magnitud del problema** (escala de 0 a 10 puntos): prevalencia o incidencia de las enfermedades, o deficiencias del sistema o del programa (en el caso de las áreas programáticas que no están orientadas a las enfermedades).

B = **Gravedad del problema** (escala de 0 a 20 puntos): abarca una combinación de cuatro componentes, cada uno de los cuales puede recibir un máximo de

5 puntos: B_1 es la urgencia, B_2 es la seriedad de las consecuencias (mortalidad prematura, discapacidad, carga para los servicios de salud, efecto sobre la salud y el desarrollo humano sostenible), B_3 es la pérdida económica y B_4 son los efectos externos indirectos negativos (repercusión negativa en otros o posibilidad de que el problema se propague o empeore otros eventos). Al determinar el puntaje de este componente se considera la importancia del área programática en cuestión para el sistema de salud y las consecuencias si no se interviene.

C = **Eficacia de las intervenciones** (escala de 0 a 10 puntos): disponibilidad de intervenciones eficaces para abordar los problemas o las deficiencias de los sistemas o programas.

E = **Inequidad** (escala de 0 a 5 puntos): presencia diferencial de una enfermedad o del acceso a programas de salud de acuerdo con el género, la etnicidad, el nivel de ingresos, la ubicación geográfica (urbana o rural), etc.

F = **Factor de posicionamiento** (valor agregado de la OPS, escala de 0,67 a 1,5 puntos): medida en la que la OPS está en una posición única para abordar las áreas programáticas teniendo en cuenta las seis funciones básicas de la Organización.³ El factor de posicionamiento también permite incorporar en cierta medida algunas consideraciones políticas y estratégicas en el proceso de asignación de las prioridades. Como F es un multiplicador, si el máximo es 1,5, el mínimo es el recíproco de 1,5, o sea, 0,67.

El **denominador** de la ecuación es 5,25. En términos matemáticos, esto convierte la calificación básica de las prioridades en una escala de 0 a 100.

Nota: A, B, C y D (factibilidad) eran los componentes propuestos originalmente por Hanlon; sin embargo, D ya no se usa, de acuerdo con investigadores posteriores a Hanlon, en especial en el contexto del marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS. La inequidad (E) y el factor de posicionamiento (F) son componentes nuevos propuestos por la OPS.

20. Una mejora fundamental de la metodología fue la consolidación de las áreas programáticas del Plan Estratégico de la OPS en dos grupos principales: *i*) los programas orientados a las enfermedades y *ii*) los programas orientados a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública, es decir, los programas no orientados a las enfermedades (anexo B). Esta consolidación, junto con definiciones claras de los componentes y los

³ Las seis funciones básicas de la Organización son: *i*) ejercer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas; *ii*) determinar las líneas de investigación y estimular la producción, aplicación y difusión de conocimientos valiosos; *iii*) definir normas y patrones, y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica; *iv*) formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico; *v*) establecer cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera; y *vi*) seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

criterios (anexo C) para calificar las áreas programáticas orientadas a las enfermedades y las que no lo están, ayudó a facilitar un enfoque uniforme en la aplicación de la metodología para calificar las 24 áreas programáticas técnicas a las cuales se aplica la metodología. La ausencia de esta distinción y de definiciones era una de las principales preocupaciones manifestadas por los Estados Miembros con respecto a la primera versión del método de Hanlon adaptado por la OPS.

21. Además de agregar claridad y lograr que las definiciones de los componentes del método de Hanlon original se adapten mejor a la amplia gama de áreas programáticas del Plan Estratégico de la OPS, la metodología perfeccionada incorpora dos componentes únicos e importantes del trabajo de la OPS: la inequidad (E) y el factor de posicionamiento (F).

22. La inequidad es un componente intrínseco que concuerda con los valores y los principios de la Organización y la visión del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. En el Plan Estratégico se establece un compromiso explícito con la reducción de las inequidades en torno a la salud en toda la Región, al igual que dentro de los países y entre ellos, y se reconoce que la equidad es un enfoque estratégico fundamental para mejorar los resultados en materia de salud en todas las áreas programáticas. Además, el componente de inequidad responde a los principios y las orientaciones estratégicas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos para el 2030 —“nadie se quedará atrás” y “universalidad”— y a los de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.

23. El factor de posicionamiento es único en el sentido de que representa el valor agregado de la cooperación técnica de la OPS. Este factor sirve como dial o instrumento de ajuste para que los Estados Miembros puedan determinar las esferas en las que la OPS se encuentra en una posición única para colaborar con los países al abordar los problemas relacionados con las áreas programáticas del Plan Estratégico de la OPS.

24. Se han formulado directrices, herramientas y criterios para garantizar la aplicación uniforme de la metodología en todos los Estados Miembros y para evitar posibles errores. Además, se simplificó la herramienta que se usó en el ejercicio de estratificación anterior a fin de facilitar su aplicación con las definiciones y la información de referencia que se necesitan para que los participantes puedan llevar adelante el ejercicio de una manera sistemática. La Oficina también impartirá capacitación y facilitará la aplicación con las representaciones y los Estados Miembros. Los resultados de la asignación de prioridades se usarán en la formulación del Programa y Presupuesto de la OPS para el bienio 2018-2019. En el anexo C se proporciona un panorama de los conceptos y los criterios para la calificación de los componentes.

25. Sobre la base de las pruebas realizadas por la Oficina y los integrantes del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico, se ha observado que la metodología perfeccionada aborda las inquietudes principales de los Estados Miembros con respecto al sesgo inherente de la fórmula original de Hanlon hacia los programas orientados a las enfermedades. Los resultados de la prueba piloto más reciente realizada por el Grupo

Asesor en abril del 2016 (anexo D) son ilustrativos en este sentido, puesto que mostró una mezcla equilibrada de programas orientados a las enfermedades y programas orientados a los sistemas de salud e intervenciones de salud pública en todos los niveles de estratificación (prioridad alta, media y baja). Los resultados de los ejercicios nacionales que se realizarán con los miembros del Grupo Asesor y el Comité Ejecutivo en su 158.^a sesión se tendrán en cuenta en la propuesta final que se presentará para la aprobación del Consejo Directivo (septiembre del 2016).

26. Los resultados de la prueba piloto realizada por el Grupo Asesor se deben interpretar con cierta cautela. En primer lugar, no representan los resultados regionales completos. En segundo lugar, las áreas programáticas en el estrato de prioridad baja no son menos pertinentes que las que se encuentran en el estrato de prioridad alta, dado que todas las áreas programáticas del Plan Estratégico representan las prioridades colectivas para la Región, de acuerdo con lo aprobado por los Estados Miembros. Por último, los resultados de la estratificación facilitan determinar aquellas áreas en las que la Organización debe hacer un énfasis mayor o menor, teniendo en cuenta el valor agregado de su cooperación técnica, y la capacidad en los países y en la Región en su totalidad de abordar los problemas relacionados con las áreas programáticas. Sin embargo, es posible que esto no represente plenamente las prioridades de salud nacionales, que requieren la intervención de las autoridades nacionales de salud y otros asociados.

27. Se está preparando un artículo científico sobre el método de Hanlon adaptado por la OPS para su publicación. La ecuación original de Hanlon se publicó en 1984, por lo que la publicación del método de Hanlon adaptado por la OPS en una revista científica arbitrada ayudará a validar el método y constituirá una contribución importante al conocimiento, la ciencia y la práctica de la asignación de prioridades en la planificación estratégica de la salud pública tanto a escala regional como mundial.

28. Además de proporcionar una guía objetiva para asignar los recursos a las prioridades programáticas, la metodología adaptada por la OPS puede ser útil para otras regiones de las OMS, las dependencias gubernamentales y otras organizaciones que tengan necesidades similares a la hora de determinar las prioridades con respecto a sus programas e intervenciones. Esta metodología puede adaptarse a las necesidades de este tipo de dependencias u organizaciones al incluir aquellos componentes que sean pertinentes en el contexto de su mandato y su labor.

Intervención del Consejo Directivo

29. Se invita al Consejo a que examine y apruebe la metodología para la estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS.

Anexos

Anexo A

Métodos para la asignación de prioridades examinados y tratados por el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud

Método	Referencia
1. Ponderación de criterios	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Octava edición. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
2. Evaluación racional de las alternativas para una decisión	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Octava edición. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
3. Método de Delfos (Delphi)	Gilmore GD, Campbell MD. Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion. Tercera edición. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2005.
4. Método de la dotmocracia	Idea Rating Sheets [Internet]. Diceman J [citado el 21 de enero del 2016]. Se encuentra en http://www.idearatingsheets.org/ .
5. Distribución forzada (<i>forced rankings</i>)	Gilmore GD, Campbell MD. Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2005.
6. Método de Hanlon (calificación básica de prioridades)	Hanlon JJ, Pickett GE. Public Health Administration and Practice. Octava edición. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
7. Análisis de decisión con criterios múltiples	Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. <i>Cost Eff Resour Alloc</i> [Internet]. 21 de agosto del 2006 [citado el 21 de enero del 2016]. Se encuentra en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560167/ .
8. Método de voto múltiple	National Association of County and City Health Officials. First things first: prioritizing health problems [Internet]. Washington (DC): National Association of County and City Health Officials; ND [citado el 21 de enero del 2016]. Se encuentra en http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf
9. Método del grupo nominal	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Octava edición. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984. Gilmore GD, Campbell MD. Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2005.
10. Matriz de asignación de prioridades	National Association of County and City Health Officials. First Things First: Prioritizing Health Problems [Internet]. Washington (DC): National Association of County and City Health Officials; ND [citado el 21 de enero del 2016]. Se encuentra en http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prior

Método	Referencia
	itization-Summaries-and-Examples.pdf
11. Método de calificación de prioridades	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Octava edición. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
12. Procedimiento de voto sencillo	Gilmore GD, Campbell MD. Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2005.
13. Método simple	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Octava edición. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
14. Cuadrículas de estrategias	National Association of County and City Health Officials. First things first: prioritizing health problems [Internet]. Washington (DC): National Association of County and City Health Officials; ND [citado el 21 de enero del 2016]. Se encuentra en http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf
15. Método de dos etapas	Choi BCK, Eijkemans GJM, Tennessee LM. Prioritization of occupational sentinel health events for workplace health and hazard surveillance: The Pan American Health Organization experience. <i>Journal of Occupational and Environmental Medicine</i> . [Internet] marzo del 2001 Mar [citado el 21 de enero del 2016];(2)43:147-157. Se encuentra en http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/231916/ .

Anexo B

Lista de áreas programáticas por grupo: programas orientados a las enfermedades y programas orientados a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública

Grupo	Área programática
<p>Programas orientados a las enfermedades</p>	<p>1.1 Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual 1.2 Tuberculosis 1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas) 1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas 1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis) 2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo 2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas 2.3 Violencia y traumatismos 2.4 Discapacidades y rehabilitación 2.5 Nutrición</p>
<p>Programas orientados a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública</p>	<p>3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva 3.2 Envejecimiento y salud 3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad 3.4 Determinantes sociales de la salud 3.5 Salud y medioambiente 4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud 4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad 4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria 4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud 4.5 Recursos humanos para la salud 5.1 Capacidad de alerta y respuesta (para el RSI) 5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas 5.3 Gestión de emergencias, riesgos y crisis 5.4 Inocuidad de los alimentos</p>

Anexo C

Componentes y definiciones del método de Hanlon adaptado por la OPS

Criterios ^a		Definiciones	Puntuación baja	Puntuación media	Puntuación alta
A = tamaño o magnitud del problema (de 0 a 10 puntos)		En el caso de los programas orientados a las enfermedades, el tamaño o la magnitud del problema es la importancia de la enfermedad en la población. Se mide usando tasas como la incidencia, la prevalencia y la mortalidad por causa específica y ajustada por la edad, y razones de mortalidad proporcional, entre otras.	(Puntuación: de 0 a 3) Prevalencia <50/100.000	(Puntuación: de 4 a 6) Prevalencia 50/100.000-5.000/100.000	(Puntuación: de 7 a 10) Prevalencia >5.000/100.000
		En el caso de los programas orientados a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública, el tamaño o la magnitud del problema es el grado de deficiencia del sistema o el programa. Puede medirse por el porcentaje de la población expuesta al problema (por ejemplo, que no tiene acceso a un programa de salud) o el grado de falta de capacidad de respuesta.	(Puntuación: de 0 a 3) Grado alto de acceso a los programas de salud o alta capacidad de respuesta; entre 67% y 100%	(Puntuación: de 4 a 6) Grado intermedio de acceso a los programas de salud o mediana capacidad de respuesta; entre 34% y 66%	(Puntuación: de 7 a 10) Grado bajo de acceso a los programas de salud o escasa capacidad de respuesta; entre 0% y 33%
B = gravedad (de 0 a 20 puntos)	B₁ = urgencia (de 0 a 5 puntos)	La urgencia es la naturaleza emergente de un área programática, es decir, el grado en el cual un problema está empeorando, estabilizándose o mejorando según los datos relativos a las tendencias en cinco años. Otra alternativa es medirla por el grado de progreso para alcanzar la meta.	(Puntuación: de 0 a 1) El problema ha mejorado durante los cinco últimos años	(Puntuación: de 2 a 3) El problema se ha estabilizado durante los cinco últimos años (sigue igual)	(Puntuación: de 4 a 5) El problema ha empeorado durante los cinco últimos años
	B₂ = seriedad de las consecuencias (de 0 a 5 puntos)	La seriedad de las consecuencias mide el número de muertes prematuras y casos de discapacidad. También puede considerarse la pérdida de calidad de vida causada por el problema, la carga para los servicios de salud y el efecto sobre la salud y el desarrollo sostenible. Asimismo, deben considerarse las	(Puntuación: de 0 a 1) El problema o la capacidad de respuesta causa un nivel bajo de mortalidad o discapacidad	(Puntuación: de 2 a 3) El problema o la capacidad de respuesta causa un nivel intermedio de mortalidad o discapacidad	(Puntuación: de 4 a 5) El problema o la capacidad de respuesta causa un nivel alto de mortalidad o discapacidad

^a Las definiciones relativas a tamaño o magnitud y eficacia son diferentes para las áreas programáticas orientadas a las enfermedades y las áreas programáticas orientadas a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública.

Criterios ^a		Definiciones	Puntuación baja	Puntuación media	Puntuación alta
		consecuencias de no tomar medida alguna.			
	B₃ = pérdida económica (de 0 a 5 puntos)	La pérdida económica es el costo, tanto directo como indirecto, que el problema de salud causa a la sociedad.	(Puntuación: de 0 a 1) El problema causa un nivel bajo de pérdida económica	(Puntuación: de 2 a 3) El problema causa un nivel medio de pérdida económica	(Puntuación: de 4 a 5) El problema causa un nivel alto de pérdida económica
	B₄ = repercusión negativa en otros (de 0 a 5 puntos)	La repercusión negativa en otras personas o países se mide por <i>i</i>) la naturaleza transmisible del problema de salud (por ejemplo, las enfermedades transmisibles), <i>ii</i>) los efectos conductuales relacionados con el problema de salud que pueden recaer en otros (por ejemplo, el tabaquismo pasivo y la conducción bajo los efectos del alcohol) y <i>iii</i>) la capacidad del problema de propagarse y causar otros problemas.	(Puntuación: de 0 a 1) Las probabilidades de que el problema se transmita a otras personas o países mediante enfermedades o factores de riesgo son escasas; la falta de acceso tiene un nivel bajo de repercusión negativa	(Puntuación: de 2 a 3) Las probabilidades de que el problema se transmita a otras personas o países mediante enfermedades o factores de riesgo son intermedias; la falta de acceso tiene un nivel intermedio de repercusión negativa	(Puntuación: de 4 a 5) Las probabilidades de que el problema se transmita a otras personas o países mediante enfermedades o factores de riesgo son altas; la falta de acceso tiene un nivel alto de repercusión negativa
C = eficacia de las intervenciones (de 0 a 10 puntos)		En el caso de los programas orientados a las enfermedades, la eficacia es el grado en el cual una intervención logra producir los resultados deseados en circunstancias normales. Cabe destacar que esta definición se refiere a una eficacia real y no a una eficacia teórica, que es el logro de resultados en condiciones ideales, como en ambientes controlados o en un laboratorio. La eficacia de las intervenciones comprende <i>i</i>) la eficacia (%), es decir, la tasa general de éxito del método que se empleará, y <i>ii</i>) el alcance potencial (%), es decir, el grado de respuesta que tendrá la población destinataria.	(Puntuación: de 0 a 3) Un nivel bajo de eficacia y alcance De 0% a 33%	(Puntuación: de 4 a 6) Un nivel medio de eficacia y alcance De 34% a 66%	(Puntuación: de 7 a 10) Un nivel alto de eficacia y de alcance De 67% a 100%
		En el caso de los programas orientados a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública, es una evaluación	(Puntuación: de 0 a 3) A los fines de corregir el	(Puntuación: de 4 a 6) A los fines de corregir el	(Puntuación: de 7 a 10) A los fines de corregir el

Crterios ^a	Definiciones	Puntuación baja	Puntuación media	Puntuación alta
	cualitativa de la eficacia de las intervenciones (realizada a fin de corregir deficiencias).	problema, la intervención no es eficaz	problema, la intervención es algo eficaz	problema, la intervención es muy eficaz
E = inequidad (de 0 a 5 puntos)	Según la OPS/OMS, las inequidades en materia de salud son desigualdades entre grupos de población de un mismo país o entre países que son <i>injustas</i> e <i>injustificadas</i> , así como <i>innecesarias</i> y <i>evitables</i> . ^{b, c} La inequidad puede medirse por las diferencias en la presencia de enfermedades y en el acceso a los servicios o los programas según el género, la etnicidad, el nivel de ingresos, la ubicación geográfica (urbana o rural) y otros factores, tanto dentro de un país como entre países.	(Puntuación: de 0 a 1) No hay ninguna diferencia	(Puntuación: de 2 a 3) Hay diferencias moderadas	(Puntuación: de 4 a 5) Hay grandes diferencias
F = factor de posicionamiento (de 0,67 a 1,5 puntos)	El posicionamiento es el valor agregado de una institución en cada una de las áreas programáticas que se están priorizando. En el caso de la OPS, esto significa la medida en que la Organización está en una posición única para colaborar con los Estados Miembros a fin de abordar las áreas programáticas, sobre la base de <i>i</i>) cuestiones políticas, estratégicas o técnicas y <i>ii</i>) la cooperación técnica a nivel de país, subregional o regional, y otros aspectos similares, teniendo en cuenta las seis funciones básicas de la OPS. El factor de posicionamiento institucional también permite incorporar consideraciones políticas y estratégicas en el proceso de estratificación de prioridades.	(Puntuación: de 0,67 a 0,99) El país tiene capacidad de responder al alcance del área programática o tiene otro asociado u organización estratégica que está brindando la colaboración técnica necesaria. La OPS podría reducir sus proyectos colaborativos de cooperación técnica.	(Puntuación: 1) La capacidad del país para responder al alcance del área programática es moderada. La OPS debe mantener su nivel actual de cooperación técnica.	(Puntuación: de 1,01 a 1,5) La capacidad del país para responder al alcance del área programática es limitada. La OPS debe aumentar su nivel actual de cooperación técnica.

Fuente: Equipos técnicos de la Oficina y el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico.

^b Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (resolución CD53.R3 [2014]).

^c Véase http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/.

Anexo D

Resultados del ejercicio piloto para la estratificación de las prioridades programáticas realizado con el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico usando el método propuesto

Área programática	Prioridad	
	Estrato	Posición
3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva	1	1
2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	1	2
4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud	1	3
3.4 Determinantes sociales de la salud	1	4
5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas	1	5
1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)	1	6
2.3 Violencia y traumatismos	1	7
4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria	1	8
5.3 Gestión de emergencias, riesgos y crisis	2	9
4.5 Recursos humanos para la salud	2	10
2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	2	11
2.5 Nutrición	2	12
4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad	2	13
5.1 Capacidad de alerta y respuesta (para el RSI)	2	14
1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis)	2	15
4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud	2	16
2.4 Discapacidades y rehabilitación	3	17
3.2 Envejecimiento y salud	3	18
3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad	3	19
5.4 Inocuidad de los alimentos	3	20
1.1 Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual	3	21
3.5 Salud y medioambiente	3	22
1.2 Tuberculosis	3	23
1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	3	24



Programas orientados a las enfermedades

Programas orientados a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública

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

CD55/7
Anexo E
Original: inglés

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

METODOLOGÍA PARA EL MARCO DE ESTRATIFICACIÓN DE LAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DEL PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS

EL 55.º CONSEJO DIRECTIVO,

(PP1) Habiendo examinado la *Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS* (documento CD55/7);

(PP2) Considerando la importancia de tener una metodología sólida, objetiva y sistemática para aplicar el marco de estratificación de prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS;

(PP3) Recordando que, en el 2014, el 53.º Consejo Directivo (resolución CD53.R3) solicitó a la Directora que continuara “realizando consultas con los Estados Miembros a fin de perfeccionar el marco de estratificación de las prioridades programáticas y de aplicarlo a los presupuestos y programas futuros” para corregir las deficiencias, incluido un posible sesgo en el método original que pudiera haber dado un mayor peso —y, por lo tanto, una mayor jerarquía— a los programas orientados a las enfermedades y el hecho de que el método no tenía en cuenta los cambios en el paradigma regional y mundial de la salud pública;

(PP4) Reconociendo el aporte, la colaboración y el compromiso invaluable del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS¹ al orientar a la Oficina en los amplios

¹ A solicitud de los Estados Miembros, en octubre del 2014 la Directora estableció el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico a fin de que brinde orientación y observaciones con respecto a la puesta en marcha del proceso conjunto de seguimiento y evaluación, y el perfeccionamiento del marco de estratificación programática del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (resolución CD53.R3). Está compuesto por doce integrantes designados por los ministerios de salud de Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Jamaica, México, Paraguay y Perú. El grupo está presidido por México y Ecuador ocupa la copresidencia; Canadá estuvo a cargo de la coordinación técnica del examen de la metodología.

análisis de los diversos métodos de estratificación de prioridades que se realizaron para perfeccionar el método de Hanlon adaptado por la OPS;

(PP5) Reconociendo que establecer prioridades de manera objetiva y sistemática puede tener un papel importante en el proceso de planificación estratégica y toma de decisiones, especialmente en un contexto de exigencias múltiples y recursos limitados;

(PP6) Reconociendo la importancia de tener un método científico compatible con el contexto, los valores y la visión estratégica de la Organización, incluida la incorporación de componentes nuevos como la equidad y el factor de posicionamiento institucional de la OPS (el valor agregado de la Organización) que son exclusivos del método perfeccionado de Hanlon adaptado por la OPS,

RESUELVE:

(OP)1. Aprobar la *Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS*.

(OP)2. Concientizar sobre el método de Hanlon adaptado por la OPS como una herramienta útil para la asignación de prioridades en el campo de la salud pública en la Región y a nivel mundial.

(OP)3. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta su contexto nacional, a que:

- a) participen activamente en las consultas nacionales y apliquen este método de una manera objetiva y sistemática como parte del proceso para la elaboración del Programa y Presupuesto para el bienio 2018-2019;
- b) consideren la adopción, la adaptación y el uso de este método a nivel nacional, en la medida en que sea apropiado y pertinente, a fin de fundamentar mejor la asignación de prioridades y, de esa manera, canalizar la asignación de los recursos limitados a donde puedan tener la máxima repercusión en el campo de la salud pública.

(OP)4. Solicitar a la Directora que:

- a) aplique este método en la elaboración y ejecución del Programa y Presupuesto para el bienio 2018-2019, trabajando en estrecha colaboración con los Estados Miembros y los asociados;
- b) respalde la realización de consultas nacionales en todos los países y territorios de la Región, y promueva la aplicación sistemática del método de acuerdo con los componentes, criterios y directrices a fin de obtener el panorama más claro y exacto posible de las prioridades de la Región en cuanto a la salud pública;
- c) informe sobre la aplicación de la estratificación programática para la movilización y la asignación de recursos en la evaluación final del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 que se presentará en el 2020;

- d) brinde apoyo a la publicación del método de Hanlon adaptado por la OPS para contribuir al conocimiento científico regional y mundial sobre la asignación de prioridades en el ámbito de la salud pública y para promover esta innovación y sus resultados como mejores prácticas en este campo y un ejemplo del trabajo colaborativo de la Oficina y los Estados Miembros;
- e) consulte a los Estados Miembros con respecto a las actualizaciones y mejoras de la metodología que se consideren necesarias para futuros planes estratégicos y programas y presupuestos, teniendo en cuenta las enseñanzas extraídas y las experiencias de los bienios anteriores.

Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Oficina de los proyectos de resolución

1. Punto del orden del día: 4.3 - Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS

2. Relación con el [Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017](#):

a) Categorías:

Aunque el punto corresponde a la categoría 6 (servicios corporativos y funciones habilitadoras) y el área programática y resultado intermedio que se indican en la siguiente sección, repercute en todas las categorías y áreas programáticas restantes del Plan Estratégico.

b) Áreas programáticas y resultados intermedios:

Área programática: 6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes

Resultado intermedio: 6.3 Financiamiento y asignación de recursos alineados con las prioridades y necesidades de salud de los Estados Miembros en un marco de gestión basada en los resultados

Indicadores del resultado: 6.3.1 (porcentaje del Programa y Presupuesto que se ha financiado) y 6.3.2 (porcentaje de las metas de los indicadores de los resultados intermedios que se han logrado)

3. Repercusiones financieras:

a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):

Basándose en experiencias previas, se calcula que el costo de ejecución de este punto es de US\$ 240.000. Este monto incluye los principales costos directos relacionados con viajes, proyectos de edición y tareas de coordinación, incluido el apoyo a los países por parte de la sede de la OPS y las representaciones de la OPS/OMS:

- Capacitación, orientación y apoyo a los países: US\$ 120.000
- Edición, traducción y publicación de documentos y material promocional: US\$ 45.000
- Realización de reuniones informativas y de coordinación, y redacción de informes: US\$ 75.000

b) Costo estimado para el bienio 2016-2017 (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):

Los mismos que se señalaron en el apartado anterior; se incurrirá en todos estos costos en el bienio 2016-2017.

c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?

Los esquemas de costos mencionados en los apartados anteriores se incorporarán a los planes de trabajo correspondientes del Departamento de Planificación y Presupuesto, los departamentos o unidades técnicas pertinentes y las representaciones de la OPS/OMS.

4. Repercusiones administrativas:

a) Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo:

El Departamento de Planificación y Presupuesto (PBU) dirigirá el proceso y contará con el apoyo de otros departamentos técnicos en la Sede y todas las representaciones de la OPS/OMS. El Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS, un grupo formado por doce Estados Miembros, será consultado para que provea orientación. Todos los países y territorios de la Región participarán en el ejercicio de estratificación de prioridades programáticas, el cual se realizará como parte del proceso de consultas para la elaboración del Programa y Presupuesto de la OPS para el bienio 2018-2019.

b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):

No corresponde. El personal actual realizará el trabajo, con la colaboración de las entidades pertinentes de la Oficina y los Estados Miembros.

c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):

Las consultas se realizarán entre septiembre del 2016 y noviembre del 2016. Una vez que el Consejo Directivo de la OPS apruebe el método en septiembre del 2016, este se aplicará para la elaboración del Programa y Presupuesto de la OPS para el bienio 2018-2019. La elaboración del Programa y el Presupuesto continuará en el curso del 2017; la primera versión preliminar se presentará al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo del 2017 y luego el proceso seguirá el ciclo de los Cuerpos Directivos de la OPS a lo largo del año.

Actualmente se está redactando un artículo acerca del método de Hanlon adaptado por la OPS con la colaboración de los integrantes del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS, que se publicará en una revista científica arbitrada.

Los resultados de las consultas nacionales se aplicarán durante el bienio 2018-2019 y servirán de guía en la movilización y la asignación de los recursos. Las repercusiones de la aplicación del método se incluirán en el informe sobre la evaluación final del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019 que se presentará a los Cuerpos Directivos de la OPS en el 2020.

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

- 1. Punto del orden del día:** 4.3 - Metodología para el marco de estratificación de las prioridades programáticas del Plan Estratégico de la OPS
- 2. Unidad a cargo:** Planificación y Presupuesto (PBU)
- 3. Funcionario a cargo:** Rony Maza y Andrea Morales
- 4. Vínculo entre este punto del orden del día y la [Agenda de Salud para las Américas 2008-2017](#):**

Aunque la metodología se vincula y contribuye a las ocho áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas, las tres que tienen los enlaces más directos son:

 - a) fortalecer la autoridad sanitaria nacional;
 - d) disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos; y
 - g) aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología.

Estas áreas guardan consonancia con los principios, la finalidad y los objetivos del marco de estratificación de prioridades programáticas y el método de Hanlon perfeccionado adaptado por la OPS.
- 5. Vínculo entre este punto del orden del día y el [Plan Estratégico de la OPS 2014-2019](#):**

Aunque el elemento corresponde a la categoría 6 (servicios corporativos y funciones habilitadoras) y, específicamente, al área programática 6.3 (planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes), repercute en todas las categorías y áreas programáticas restantes del Plan Estratégico.
- 6. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:**

Doce integrantes del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS designados por los ministerios de salud de Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos de América, El Salvador, Jamaica, México, Paraguay y Perú. El grupo está presidido por México y Ecuador ocupa la copresidencia; Canadá estuvo a cargo de la coordinación técnica del examen de la metodología.
- 7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos provenientes de los países de la Región de las Américas:**

El método de Hanlon adaptado por la OPS es el resultado del compromiso y la estrecha colaboración de los Estados Miembros, por conducto del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS, y la Oficina, lo cual ha contribuido a fortalecer el trabajo de la Organización. Las iniciativas de colaboración como esta demuestran la manera en que la combinación del talento y los recursos de los Estados Miembros y la Oficina pueden dar lugar a innovaciones y a la realización de un importante trabajo científico que promoverá los esfuerzos de la Organización, lo cual contribuirá con su posicionamiento estratégico. La documentación y la publicación de las enseñanzas extraídas y las

innovaciones representarán un aporte al conocimiento científico regional y mundial sobre la asignación de prioridades en el ámbito de la salud pública.

8. Repercusiones financieras de este punto del orden del día:

US\$ 240.000, basándose en las experiencias previas, para cubrir gastos relacionados con las tareas de coordinación, capacitación, edición y publicación.

- - -