

Addendum

**al Anteproyecto de Programa y Presupuesto 2012-2013
Organización Panamericana de la Salud**

**JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD PARA AUMENTAR LAS
CONTRIBUCIONES SEÑALADAS**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
I. ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO Y JUSTIFICACIÓN DEL AUMENTO DE LAS CONTRIBUCIONES SEÑALADAS.....	4
Repercusión del costo de los puestos de plazo fijo en el presupuesto ordinario.....	4
Contribuciones señaladas	6
Escenario A (aumento de 10,5% en las contribuciones señaladas)	
Escenario B (aumento de 6,7% en las contribuciones señaladas)	
Escenario C (aumento de 0% en las contribuciones señaladas)	
Ilustración del efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y las asignaciones del presupuesto ordinario por país	9
II. REPERCUSIÓN NEGATIVA PREVISTA EN EL PROGRAMA DE COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS	10
III. ESFUERZOS DE LA OSP PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA PRODUCTIVIDAD	10
La fuerza Laboral de la OSP y tendencias del presupuesto ordinario	10
Tendencias en el financiamiento del presupuesto ordinario de la OPS/OMS	12
Tendencia del Programa y Presupuesto total de la OPS/OMS.....	14
Fuerza laboral: eficiencia y productividad	16
IV. ESFUERZOS DE LA OSP PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO INSTITUCIONAL	20
Avance hacia el logro de los Objetivos Estratégicos (OE)	20
Ejecución presupuestaria	22
Estado de la brecha no financiada	22
SIGLAS.....	24
GLOSARIO	25
ANEXOS	
Anexo 1. Escenario A (aumento de 10,5% en las contribuciones señaladas). Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y asignaciones del presupuesto ordinario por país	28
Anexo 2. Escenario B (aumento de 6,7% en las contribuciones señaladas). Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y asignaciones del presupuesto ordinario por país	29
Anexo 3. Escenario C (aumento de 0% en las contribuciones señaladas). Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y asignaciones del presupuesto ordinario por país	30
Anexo 4. Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico.....	31

INTRODUCCIÓN

1. El proyecto de Programa y Presupuesto 2012–2013 se presenta con el mismo nivel presupuestario del Programa y Presupuesto 2010–2011 (\$642,9 millones¹). Esta cifra responde al hecho de que este proyecto de Programa y Presupuesto es el último del Plan Estratégico 2018–2012 y a los compromisos de la Organización para la consecución de las metas para el 2013 acordadas en el Plan Estratégico. También considera el marco de la gerencia basada en resultados (GBR) y reconoce los escenarios de movilización de recursos para el próximo bienio.

2. En la elaboración del proyecto de Programa y Presupuesto, se consideraron los siguientes criterios para establecer el presupuesto total y distribuirlo entre los Objetivos Estratégicos (OE) (en el anexo 4 se presenta el análisis detallado):

- Ejecución programática en el bienio 2008–2009 y hasta diciembre del 2010. En el 2008–2009, la Organización alcanzó 85% de las metas de sus indicadores de Resultados Previstos a nivel Regional para ese bienio, y utilizó 84% (\$525 millones) del Programa y Presupuesto de 2008–2009 (\$642 millones).
- Convergencia del presupuesto con la asignación de prioridades programáticas según se establece en el Plan Estratégico de la OPS. Esta solicitud fue reiterada por los Estados Miembros en el 50.º Consejo Directivo, en septiembre del 2010.
- Contribución de los Objetivos Estratégicos (OE) al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y a la Agenda de Salud para las Américas. También se consideraron las prioridades estipuladas en las Estrategias de Cooperación en los Países.
- La tasa de ejecución presupuestaria por OE y la movilización de recursos medida por la reducción de la brecha de financiamiento por cada OE.

3. En este documento se presentan cuatro aspectos de la justificación de la Oficina. En la primera parte se expone la necesidad general del aumento, se ilustran tres escenarios y su repercusión relativa sobre el presupuesto de no puestos de plazo fijo (no PPF).

4. En la segunda parte se expone un resumen de la repercusión prevista en los programas de cooperación técnica de la OPS si se considera un aumento de 0% de las contribuciones señaladas. Varias intervenciones importantes estarían en riesgo y estas se presentarán dentro del contexto de los Objetivos Estratégicos (OE) en la versión del documento que se presentará a la 148.ª sesión del Comité Ejecutivo.

5. En la tercera parte se presenta el esfuerzo sistemático de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) a lo largo del tiempo para ejercer la disciplina presupuestaria mediante la reducción del número de puestos (en especial de los puestos de plazo fijo). El análisis demuestra un aumento de la productividad en comparación con el bienio anterior, a pesar de la reducción constante de la fuerza laboral.

6. En la cuarta parte se presentan los esfuerzos de desempeño tanto programático como presupuestario de la OSP para aplicar el marco de la gerencia basada en resultados (GBR) solicitado por los Estados Miembros, especialmente para asegurar el logro de las metas fijadas en el Plan Estratégico. El bienio 2012–2013 es particularmente importante ya que es el último período de dos años dentro del Plan Estratégico de la OPS 2008–2012 y representa la última oportunidad para hacer cualquier ajuste necesario, fundamentado en análisis y datos probatorios, a fin de asegurar que, para 2013, se logren las metas y los Resultados Previstos a Nivel Regional.

¹ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

I. ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO Y JUSTIFICACIÓN DEL AUMENTO DE LAS CONTRIBUCIONES SEÑALADAS

7. Se ha previsto que 46% del proyecto de Programa y Presupuesto sea financiado con fondos del presupuesto ordinario y 54% con fondos de las contribuciones voluntarias, de las cuales la mayoría (cerca de 90%) ya están asignadas a fines específicos. Aunque es difícil prever cuál será el nivel de los recursos que se movilizarán considerando la crisis económica predominante, es prudente compensar la disminución posible de las contribuciones voluntarias con un financiamiento más sostenible, predecible y flexible, como lo son las contribuciones señaladas. La Oficina también prevé que habrá una reducción general en el componente de AMRO de contribuciones voluntarias, según lo acordado durante el 128.º Consejo Ejecutivo de la OMS, celebrado en enero del 2011.

Repercusión del costo de los puestos de plazo fijo en el presupuesto ordinario

8. El presupuesto ordinario (PO) comprende dos componentes principales: el presupuesto asignado a los puestos de plazo fijo (PPF) y la porción del presupuesto que no está asignada a los puestos de plazo fijo (no PPF). El presupuesto para los PPF incluye todos los costos asociados con cargos de plazo fijo aprobados para un período particular del presupuesto. El presupuesto no PPF incluye todos los otros costos no relacionados con los PPF. Estos pueden ser: **a) costo de actividades no PPF**, actividades programáticas y operativas, como gastos para viajes, reuniones, publicaciones, cursos y seminarios, y gastos generales de operación) y, **b) costo del personal no PPF**, personal contratado con cualquier tipo de mecanismo distinto al de los puestos de plazo fijo.

9. Un paso clave para proyectar con exactitud las necesidades presupuestarias futuras es calcular el costo total de los puestos de plazo fijo (PPF) necesarios para llevar a cabo el programa de trabajo. Los aumentos en el costo de los PPF se basan en datos actuales y en las tendencias previsibles.

10. El costo de los PPF depende de los siguientes factores:

- Aumentos reglamentarios debidos a modelos de sucesión normales (cambios en el grado del personal o aumentos anuales escalonados; los aumentos anuales escalonados se otorgan sujetos a un desempeño satisfactorio).
- Aumentos reglamentarios debidos al alza del costo del seguro de salud del personal, contribuciones al fondo de pensiones, ajustes por costo de vida aprobados por la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI) de las Naciones Unidas, y otros costos que están fuera del control de la OSP. Sin embargo, estos aumentos no contemplan aumentos de sueldos, los cuales se han mantenido virtualmente congelados en términos reales durante los últimos 12 o 15 años.
- Aumento o disminución resultante de la inflación, debido al impacto de la tasa de cambio que se manifiesta por la conversión a dólares de los sueldos denominados en moneda nacional, o a través de cambios en el reajuste por lugar de destino para los sueldos del personal profesional.
- Aumentos o disminuciones resultantes de la inflación debidos a cambios en el número absoluto de PPF en ciertos lugares de destino.

11. Un análisis acerca de los costos reales correspondientes al 2010 para los PPF financiados con el presupuesto ordinario reveló que el presupuesto para los PPF tiene un déficit de 6,1%. En

el bienio 2010–2011, se necesitará la cantidad de \$206.200.000. En el cuadro 1 que figura a continuación se compara la cantidad presupuestada para los PPF del presupuesto ordinario incluida en el presupuesto aprobado para 2010–2011 con la proyección actual para 2010–2011 basada en los costos reales de 2010.

Cuadro 1: Comparación del presupuesto aprobado de los PPF con los costos reales para 2010–2011

Presupuesto ordinario de los PPF 2010-2011	Costo real de los PPF 2010–2011*	Cambio %
\$194.300.000	\$206.200.000	6,1%

* Calculado con datos de la nómina de sueldos de diciembre del 2010 y proyectado hasta el final del bienio 2010–2011

12. Sin embargo, se necesita otro aumento de 2% al costo real de los PPF para los aumentos reglamentarios previstos en 2012-2013, con lo cual el presupuesto de los PPF asciende a \$210,3 millones. (Véase el cuadro 2)

Cuadro 2: Comparación de los costos reales de los PPF para 2010-2011 con los costos calculados para 2012-2013

Costo Real de los PPF 2010-2011	Costo calculado para los PPF 2012-2013	Cambio %
\$206.200.000	\$210.300.000	2%

13. En los últimos años, la caída del precio del dólar de los Estados Unidos a nivel mundial ha sido el principal factor contribuyente al aumento del costo de los PPF calculados en dólares. Esto es válido para los puestos de servicios generales, particularmente en países donde los sueldos se denominan en monedas nacionales distintas al dólar de los Estados Unidos, y para los puestos de nivel profesional debido a los aumentos significativos del reajuste por lugar de destino ordenados por la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI) de las Naciones Unidas para la mayoría de los lugares de destino en la Región.

14. Durante el bienio 2010-2011, de acuerdo con las medidas de disciplina presupuestaria, la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) redujo otros 18 puestos de plazo fijo (20 que se suprimieron a nivel regional y 2 puestos nuevos que se crearon a nivel subregional), lo que representa un ahorro de \$4,9 millones. A pesar de este esfuerzo, el costo real de los PPF ha aumentado 6,1% (a \$206,2 millones) como se mencionó anteriormente. La Oficina está vigilando y administrando la situación cuidadosamente con objeto de que la ejecución de los programas esté distribuida en forma equilibrada entre los componentes PPF y no PPF del presupuesto, a fin de reducir al mínimo toda repercusión negativa en el logro de los resultados previstos para el bienio en curso. (Nota: En vista de las tendencias actuales del dólar de los Estados Unidos, es probable que los costos reales del 2012–2013 sean superiores a los calculados; sin embargo, como ya se dijo, los aumentos de costos agregados basados en conjeturas acerca de los indicadores económicos futuros no se tienen en cuenta en la cifra de costos de los PPF).

15. La tendencia continua en la devaluación del dólar de los Estados Unidos, que ha desempeñado un papel importante en los aumentos excesivos de los costos experimentados durante los bienios pasados, sigue revirtiéndose contra la mayoría de las monedas de América Latina y el Caribe. El efecto total de los factores inflacionarios y de la devaluación del dólar de los Estados Unidos sobre el componente no PPF del presupuesto ordinario de la OPS para el bienio en curso se calcula en aproximadamente \$3,6 millones, que se están absorbiendo en el presupuesto del bienio en curso.

Contribuciones señaladas

16. Para determinar el nivel del presupuesto ordinario 2012-2013 propuesto, se consideraron tres escenarios de financiamiento: a) recuperación total de los costos (un aumento de 10,5% en las contribuciones señaladas; b) recuperación parcial de los costos (un aumento de 6,7% en las contribuciones señaladas); y 3) el crecimiento nominal cero (ningún aumento en las contribuciones señaladas). Los tres escenarios incorporan un presupuesto de PPF de \$210,3 millones. Esta cifra considera la reducción de 18 puestos de plazo fijo, lo que representa una reducción de \$4,9 millones del proyecto de presupuesto de PPF. En todos los escenarios, el financiamiento propuesto de los ingresos varios (\$15 millones) y la proporción de AMRO (\$80,7 millones) permanece constante.

17. **Escenario A.** Este escenario (recuperación total de los costos) considera un aumento de 10,5% de las contribuciones señaladas; según este escenario, quedarían compensados todos los costos inflacionarios y reglamentarios tanto para el componente PPF como para el componente no PPF, lo que representa un presupuesto general de \$301,7 millones.

Cuadro 3: Escenario A: Recuperación total de los costos
(En miles de dólares de los Estados Unidos)

	2010-2011		2010 - 2011 ajustado		2012 - 2013		
	Programa y Presupuesto aprobado	Aumento de costos	Total	% de aumento	Aumento de costos	Total	% de aumento
PPF	194.300	11.900	206.200	6,1%	16.000	210.300	8,2%
No PPF	92.800	3.600	96.400	3,9%	3.600	96.400	3,9%
Total	287.100	15.500	302.600	5,4%	19.600	306.700	6,8%
Reducción de ingresos varios						(5.000)	
Proyecto de presupuesto 2012-2013						<u>301.700</u>	

18. Con este nivel de aumento de las contribuciones señaladas, el presupuesto no PPF (costo de actividades programáticas y operativas de la Organización, incluido el personal contratado con cualquier tipo de mecanismo distinto al de los puestos de plazo fijo) se reduciría en 15,5% en términos generales, en comparación con el bienio 2010-2011.

**Cuadro 4: Proyecto de presupuesto ordinario para 2012-2013
Escenario A
(En miles de dólares de los Estados Unidos)**

	2010-2011 \$	Cambio \$	2012-2013 \$	Porcentaje %
A financiarse por:				
Contribuciones señaladas	186.400	19.600	206.000	10,5%
Ingresos varios	20.000	(5.000)	15.000	-25,0%
OMS/AMRO (Propuesto a la AMS)	80.700	-	80.700	0,0%
Total	287.100	14.600	301.700	5,1%
Por tipo de costo principal:				
PPF				
• Costos reglamentarios	194.300	16.000	210.300	
• Costos de puestos ocupados	-	12.200	12.200	
Total PPF	194.300	28.200	222.500	14,5%
No PPF (incluye variable del país)	87.800	(13.600)	74.200	-15,5%
Seguro de enfermedad de jubilados	5.000	-	5.000	0,0%
Total	287.100	14.600	301.700	5,1%

19. **Escenario B** (recuperación parcial de costos) considera un aumento de 6,7% en las contribuciones señaladas. Según este escenario, se recuperan solamente los costos de los PPF financiados por la OPS; se absorben los costos inflacionarios en el presupuesto no PPF. Este escenario representa un presupuesto general de \$294,5 millones.

**Cuadro 5: Escenario B: Recuperación parcial de los costos
(En miles de dólares de los Estados Unidos)**

	2010-2011		2010-2011 ajustado		2012-2013		
	Programa y Presupuesto aprobado	Aumento de costos	Total	% de aumento	Aumento de costos	Total	% de aumento
PPF	194.300	8.300	202.600	4,3%	12.400	206.700	6,4%
No PPF	92.800	3.600	96.400	3,9%	-	92.800	0,0%
Total	287.100	11.900	299.000	4,1%	12.400	299.500	4,3%

Reducción de ingresos varios (5.000)
Proyecto de presupuesto 2012-2013 294.500

20. Con este nivel del aumento de las contribuciones señaladas, el presupuesto no PPF (costo de actividades programáticas y operativas de la Organización, incluso del personal contratado con cualquier tipo de mecanismo distinto al de los puestos de plazo fijo) disminuiría en 23,7%, en términos generales, en comparación con el bienio 2010–2011.

**Cuadro 6: Proyecto de presupuesto ordinario para 2012-2013
Escenario B
(En miles de dólares de los Estados Unidos)**

	2010-2011 \$	Cambio \$	2012-2013 \$	Porcentaje %
A ser financiado por:				
Contribuciones señaladas	186.400	12.400	198.800	6,7%
Ingresos varios	20.000	(5.000)	15.000	-25,0%
OMS/AMRO (Propuesto a AMS)	80.700	-	80.700	0,0%
Total	287.100	7.400	294.500	2,6%
Por tipo de costo principal:				
PPF				
• Costos reglamentarios	194.300	16.000	210.300	
• Costos de puestos ocupados	-	12.200	12.200	
Total PPF	194.300	28.200	222.500	14,5%
No PPF (incluida variable del país)	87.800	(20.800)	67.000	-23,7%
Seguro de enfermedad de jubilados	5.000	-	5.000	0,0%
Total	287.100	7.400	294.500	2,6%

21. **Escenario C** (crecimiento nominal cero) no se considera ningún aumento de las contribuciones señaladas; en este escenario no se incluye la compensación de los costos inflacionarios ni reglamentarios.

**Cuadro 7: Escenario: crecimiento nominal cero
(En miles de dólares de los Estados Unidos)**

	2010 – 2011		2010 – 2011 ajustado		2012 – 2013		
	Programa y Presupuesto o aprobado	Aumento de costos	Total	% de aumento	Aumento de costos	Total	% de aumento
FTP	194.300	12.400	206.700	6,4%	-	194.300	0,0%
No PPF	92.800	3.600	96.400	3,9%	-	92.800	0,0%
Total	287.100	16.000	303.100	5,6%	-	287.100	0,0%

Reducción de ingresos varios (5.000)
Proyecto de presupuesto 2012-2013 282.100

22. De no haber ningún aumento de las contribuciones señaladas, el presupuesto no PPF (costo de las actividades programáticas y operativas de la Organización, incluido el personal contratado con cualquier tipo de mecanismo distinto al de los puestos de plazo fijo) disminuiría en 37,8% en términos generales, en comparación con el bienio 2010-2011.

**Cuadro 8: Proyecto de presupuesto ordinario para 2012-2013
Escenario C
(En miles de dólares de los Estados Unidos)**

	2010-2011 \$	Cambio \$	2012-2013 \$	Porcentaje %
A financiarse por:				
Contribuciones señaladas	186.400	-	186.400	0,0%
Ingresos varios	20.000	(5.000)	15.000	-25,0%
OMS/AMRO (Propuesto a AMS)	80.700	-	80.700	0,0%
Total	287.100	5.000	282.100	-1.7%
Por tipo de costo principal:				
PPF				
• Costos reglamentarios	194.300	16.000	210.300	
• Costos de puestos ocupados	-	12.200	12.200	
Total PPF	194.300	28.200	222.500	14,5%
No PPF (incluida variable del país)	87.800	(33.200)	54.600	-37,8%
Seguro de enfermedad de jubilados	5.000	-	5.000	0,0%
Total	287.100	(5.000)	282.100	-7%

23. Estos cuadros indican claramente que una disminución del presupuesto no PPF repercute en el nivel de prestación de la cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP).

Ilustración del efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y las asignaciones del presupuesto ordinario por país

24. En esta sección se ilustra el efecto específico en los países de las contribuciones señaladas propuestas, en comparación con la asignación de los recursos del presupuesto ordinario a los países debido al aumento del presupuesto ordinario general. Los techos del presupuesto ordinario 2012-2013 para la distribución porcentual de las asignaciones en lo esencial no cambiarían con respecto a los del bienio 2010-2011.

25. En los anexos 1 a 3 se presentan tres cuadros que muestran esta comparación en términos de tres escenarios diferentes: el anexo 1 muestra el Escenario A, con un aumento de 10,5% de las contribuciones señaladas; el anexo 2 muestra el escenario B, con un aumento de 6,7% de las contribuciones señaladas; y el anexo 3 muestra el escenario C, sin aumento de las contribuciones señaladas.

II. REPERCUSIÓN NEGATIVA PREVISTA EN EL PROGRAMA DE COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS

Los detalles sobre la repercusión negativa prevista para cada escenario se presentarán a la 148.^a sesión del Comité Ejecutivo.

III. ESFUERZOS DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OSP) PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA PRODUCTIVIDAD

La fuerza laboral de la Oficina y las tendencias del presupuesto ordinario

26. La fuerza laboral de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) es el elemento fundamental para alcanzar los Objetivos Estratégicos (OE) y los Resultados Previstos a Nivel Regional (RPR), según se establecen en el Plan Estratégico.

27. Según se muestra en la figura 1, los puestos de plazo fijo (PPF) financiados con el presupuesto ordinario de la OPS/OMS han venido disminuyendo en forma sostenida durante los dos últimos decenios (barras azules), al pasar de 1.033 puestos en 1990–1991 a 764 en 2010–2011. Como parte de un esfuerzo continuo para mantener una disciplina presupuestaria, se ha propuesto otra reducción de 18 puestos en el Programa y Presupuesto 2012–2013, con lo cual quedarían 746 puestos. Aunque la curva del presupuesto asignado a los puestos de plazo fijo en dólares² corrientes (curva roja) ha aumentado en forma sostenida, el presupuesto de los PPF en dólares³ constantes alcanzó un punto máximo en el bienio 2002–2003 y ahora ha descendido a un nivel inferior al que tenía en el bienio 1990–1991.

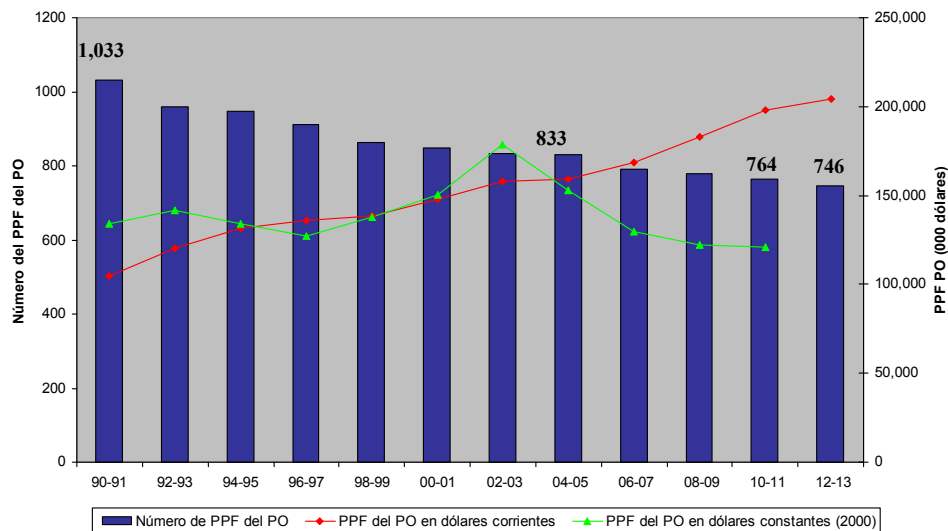
28. A pesar de los esfuerzos de la Oficina para contener los gastos de personal, según muestra la disminución constante del número de PPF financiados por el presupuesto ordinario de la OPS/OMS, en los dos últimos decenios el presupuesto en dólares corrientes ha seguido aumentando (curva roja). La figura 1 muestra que el presupuesto para los PPF en el bienio en curso (2010–2011,) en dólares constantes, está al mismo nivel de 1996–1997, pero financia menos puestos de plazo fijo.

29. Para hacer el cálculo se utilizó el deflactor de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para toda la Región. Este instrumento estadístico se basa en un criterio de “canastas” macro del comportamiento de las economías latinoamericanas frente al dólar de los Estados Unidos. Sin embargo, la mezcla de lugares y monedas de las operaciones de la OPS, sugiere que el efecto de la pérdida de poder adquisitivo del presupuesto de la Organización es aun más notable, ya que las tasas de inflación de los países individuales varían desde 1,5% a 30%. Sin embargo, para contar con datos de referencia se decidió usar el deflactor de la CEPAL.

² Se refiere al uso de precios y costos reales.

³ El término dólares constantes se refiere a un método de medición para calcular el precio en dólares de algo a lo largo del tiempo, ajustándolo por la *inflación* o *deflación*.

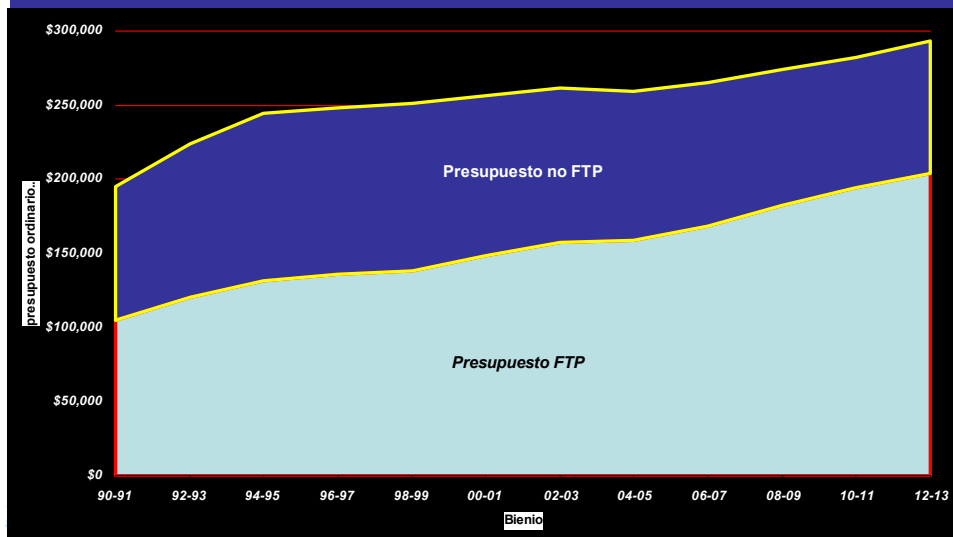
Figura 1
Número de PPF del PO en comparación con los PPF del PO
en dólares corrientes y constantes*,
de 1990-1991 a 2012-2013



* Deflector implícito del PIB ALC; precios constantes del mercado de 2000. – Elaborado con datos de CEPAL, Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas y WEO del FMI.

30. Según se muestra en la figura 2, el aumento del presupuesto de PPF ha ocurrido en detrimento del presupuesto no FTP.

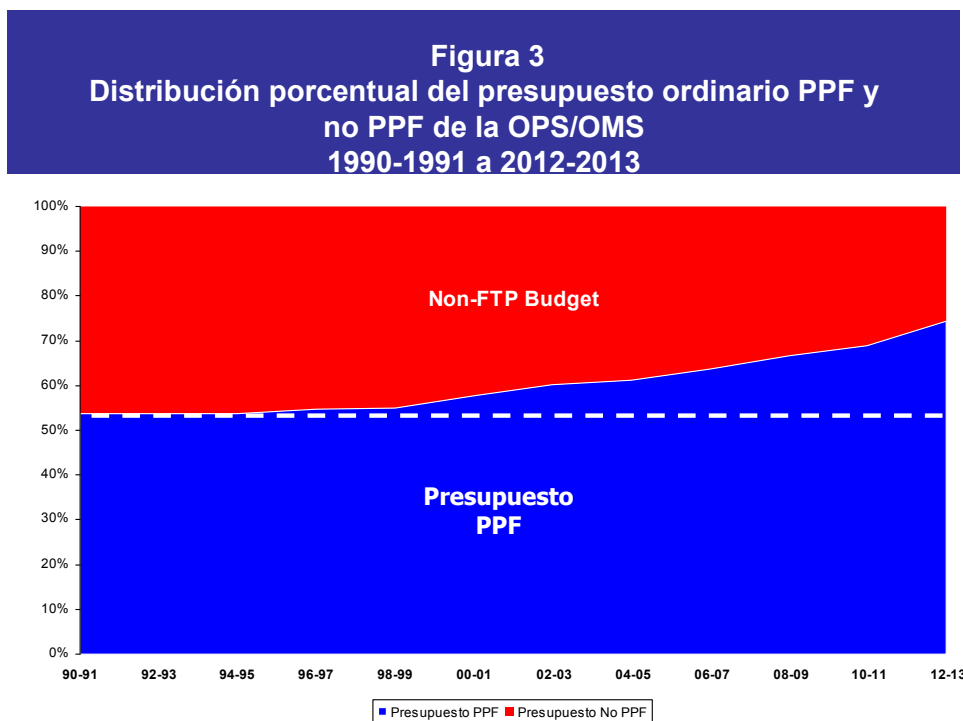
Figura 2
Tendencias del presupuesto ordinario PPF y No PPF de la
OPS/OMS, desde 1990-1991 hasta 2012-2013



* Cifras propuestas para el 2012-2013

31. En el transcurso de los dos últimos bienios (2008–2009 y 2010–2011), el presupuesto no PPF ha permanecido por debajo de los \$92 millones en precios corrientes, mientras que el presupuesto PPF ha aumentado en \$11,5 millones. Esta tendencia se sigue observando en las cantidades propuestas para el bienio 2012–2013.

32. En la figura 3⁴ se muestra la misma información pero expresada en porcentajes. El presupuesto no PPF ha disminuido de 46% en 1990 – 1991 a 25,7% en el 2012 – 2013, mientras que el presupuesto de PPF aumentó de 54% a 74,3% en el mismo período. Esto representa un cambio en la asignación de los recursos en los dos últimos decenios, de una razón de 54/46 de PPF a no PPF en 1990–1991 a 74/26 en 2012–2013.

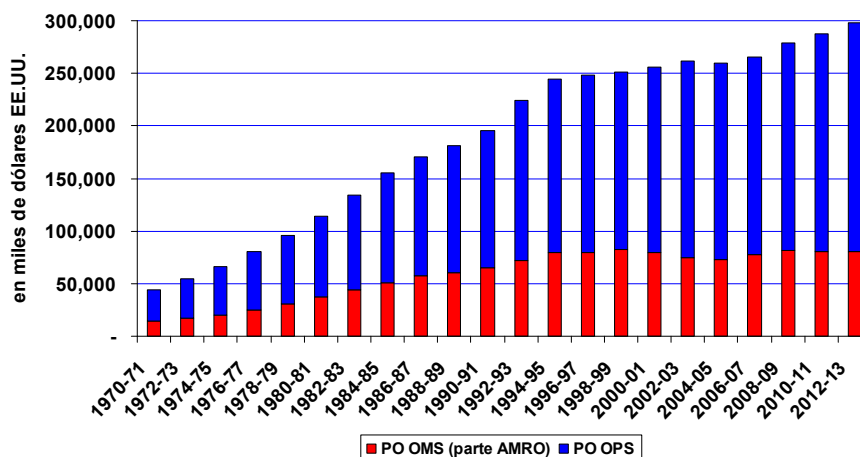


Tendencias en el financiamiento del presupuesto ordinario de la OPS/OMS

33. Desde el bienio 1994–1995, los aumentos debidos a la inflación han dejado atrás a los aumentos nominales del presupuesto. Mientras que los costos de los PPF han seguido aumentando, el presupuesto no PPF se ha reducido tanto en términos constantes como corrientes. Esto dio lugar a una pérdida significativa del poder adquisitivo para la cooperación técnica durante ese período. Además, en los últimos 15 años, la proporción de AMRO ha disminuido como porcentaje del total del presupuesto ordinario de la OPS/OMS. En la figura 4 se presentan cuatro decenios de la historia de la composición del presupuesto ordinario en el Programa y Presupuesto aprobado de la OPS/OMS. En el último decenio, la proporción de AMRO en el total del presupuesto ordinario ha disminuido de 33% en 1994–1995 a 27% en 2012–2013.

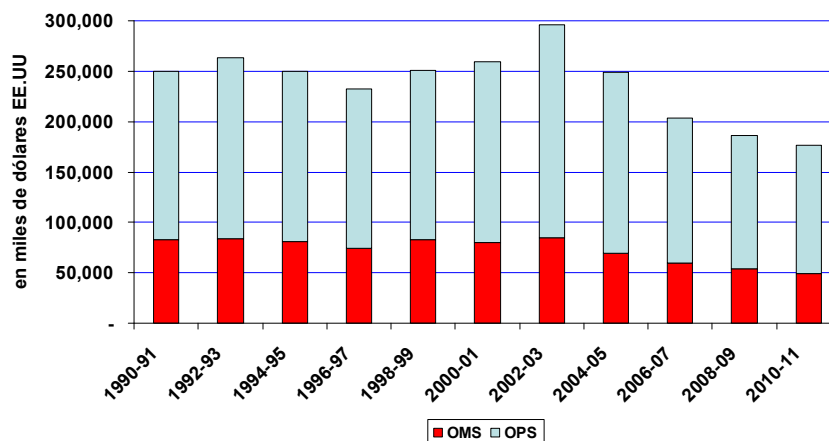
⁴ La parte correspondiente a los jubilados en el componente de seguro de salud del presupuesto no está incluida en este cálculo.

Figura 4
Historia de los presupuestos ordinarios de la OPS y la OMS
(porción de AMRO)
en dólares corrientes
Bienios 1970-1971 / 2012-2013



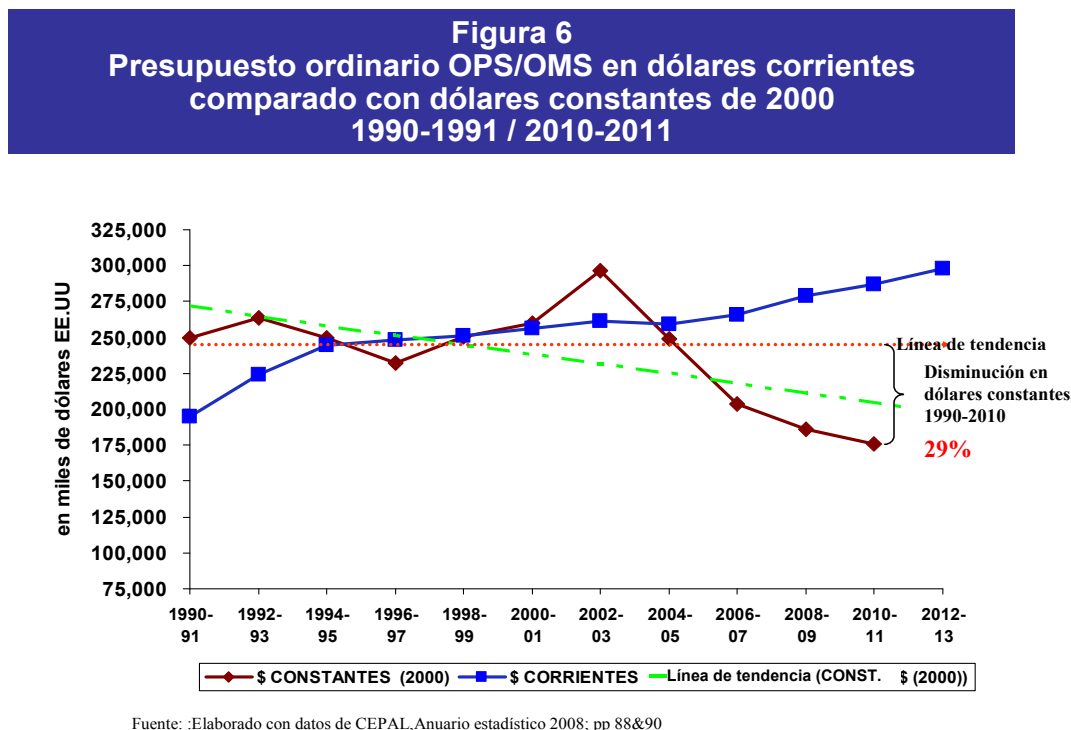
34. Si bien ha habido un aumento del presupuesto ordinario de la OPS/OMS en dólares corrientes, en el período 1990–2011 el presupuesto ordinario redujo su capacidad de poder adquisitivo en 29% en dólares constantes de los Estados Unidos del 2000 (véase la figura 5). El financiamiento de la OMS (AMRO) permaneció relativamente estable desde 1990 hasta el 2003, pero desde el 2004 hasta el 2011 ha habido una reducción constante de este componente.

Figura 5
Historia de los presupuestos ordinarios de la OPS y la OMS
en dólares constantes *
Bienios 1990-1991 / 2010-2011



* Usando dólares constantes de 2000. Deflactor implícito ALC. Deflactor implícito PIB; Precios constantes del mercado 2000. - Fuente: Elaborado con datos de CEPAL.

35. En dólares corrientes, el presupuesto ordinario de la OPS/OMS ha aumentado, pero la tendencia en dólares constantes es a la disminución. La reducción observada en dólares constantes se calcula en cerca de 29% (\$73,4 millones) en el período 1990–2010, según se muestra en la figura 6.



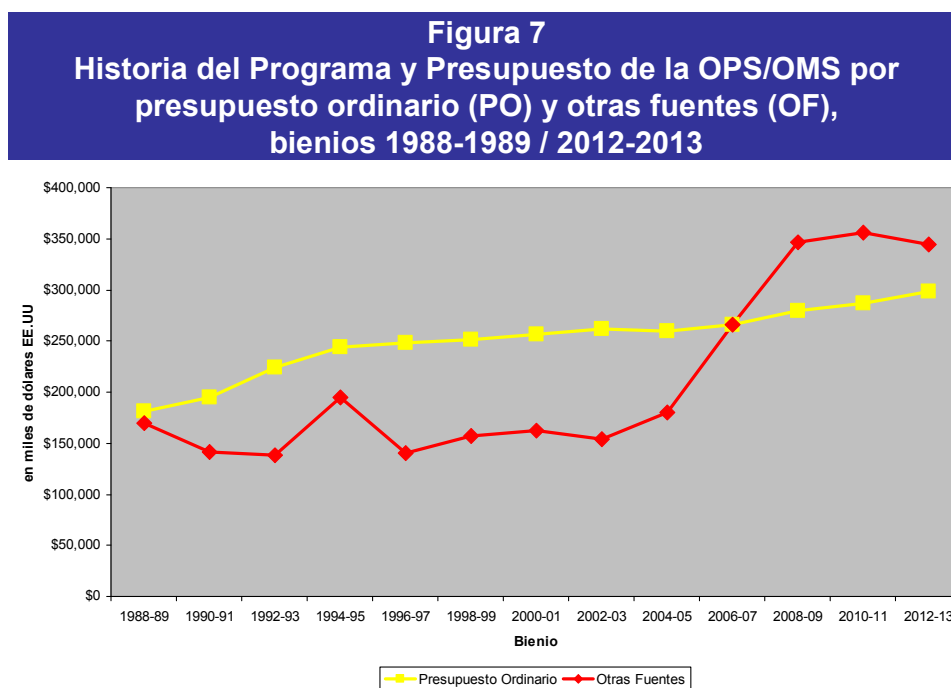
Tendencia del Programa y Presupuesto total de la OPS/OMS

36. Las tres fuentes principales de financiamiento de la Organización son:

- a) **el Presupuesto Ordinario de la OPS**, que comprende las contribuciones señaladas (cuotas) de los Estados Miembros de la OPS, más los ingresos varios calculados;
- b) **la Proporción de AMRO**, que es la porción del presupuesto ordinario de la OMS aprobada para la Región de las Américas por la Asamblea Mundial de la Salud; y
- c) **Otras Fuentes**, que comprende principalmente las contribuciones voluntarias movilizadas por la OPS o por conducto de la OMS, los fondos de costo de apoyo a los programas y el Fondo Maestro de Inversiones de Capital, entre otras categorías.

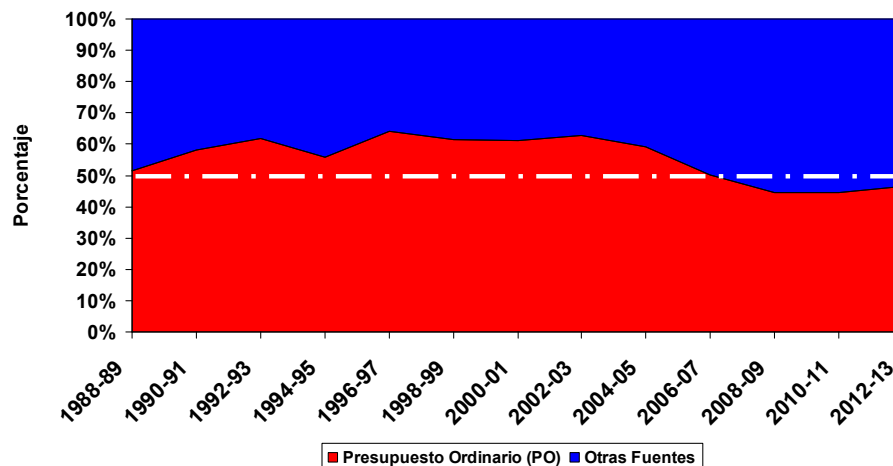
37. La figura 7 muestra que durante muchos años los recursos de otras fuentes fueron inferiores a los del presupuesto ordinario. Sin embargo, desde el 2002–2003, los recursos de otras fuentes (principalmente las contribuciones voluntarias) han aumentado en forma sostenida. En el 2006–2007, los fondos de otras fuentes fueron casi iguales a los del presupuesto ordinario y en el 2008–2009, los sobrepasaron en \$67,9 millones. Dado el clima financiero mundial, en el proyecto de Programa y Presupuesto para 2012–2013 se considera una reducción en los fondos de otras fuentes, en comparación con el nivel del 2010–2011. Los esfuerzos requeridos para

movilizar recursos adicionales serán enormes. Sin embargo, en vista del rol y la importancia crecientes de la salud pública en el desarrollo mundial, la Oficina seguirá haciendo todo lo posible por movilizar las contribuciones voluntarias necesarias para lograr los Resultados Previstos a Nivel Regional que ha establecido la Organización. En la sección IV de este apéndice, "Esfuerzos de la OSP para mejorar el desempeño programático institucional", se abordan las iniciativas emprendidas por la Oficina en este aspecto.



38. La razón de OF/PO ha evolucionado de 50/50 en 1988-1989 a 54/46 en el bienio 2012-2013 (véase la figura 8).

Figura 8
Presupuesto ordinario (PO) y otras fuentes (OF)
como porcentaje del Programa y Presupuesto
desde 1988-89 hasta 2012-2013



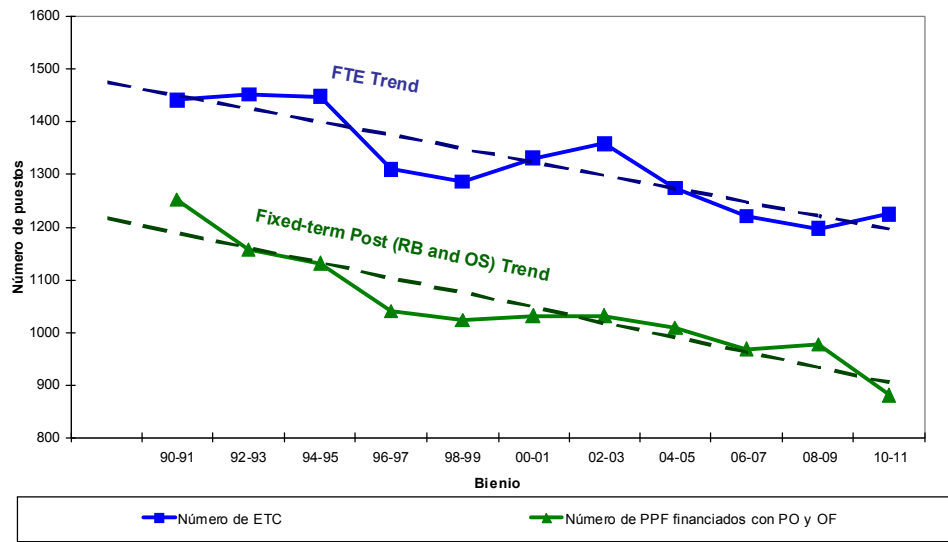
39. Hasta el segundo semestre del bienio en curso (31 de diciembre del 2010), la brecha del financiamiento general es similar a la del segundo semestre del bienio 2008–2009. En el bienio 2008–2009, la OPS recibió \$281 millones procedentes de contribuciones voluntarias, de los cuales 90% estaban destinados a una finalidad específica. En el último ejercicio de Seguimiento y Evaluación del Desempeño efectuado en diciembre del 2010 se informó que se habían recibido \$182 millones en contribuciones voluntarias, de las cuales \$41,5 (77%) eran específicas, y \$140,5 (23%) eran no específicas.

Fuerza laboral: eficiencia y productividad

40. La fuerza laboral total de la OSP, medida según el equivalente de tiempo completo (ETC) está integrada por los puestos de plazo fijo financiados con recursos del PO y otras fuentes, y todos los otros miembros del personal contratados por medio de otros tipos de mecanismos (por ejemplo, profesionales a corto plazo, consultores a corto plazo, personal asignado por ministerios de salud, personal contratado a través de empresas de dotación de personal temporal, etc.). El concepto equivalente de tiempo completo (ETC) es útil para establecer comparaciones.

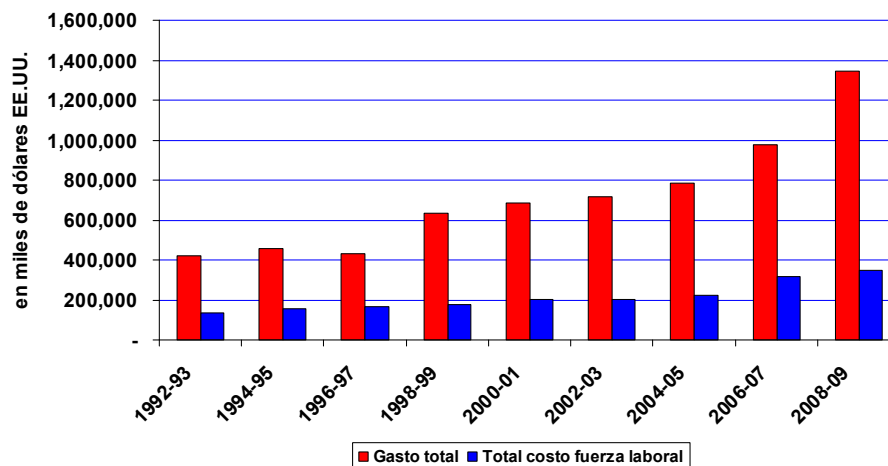
41. La figura 9 indica que la fuerza laboral total ha venido disminuyendo entre 1990 y 2011. Es digno de mención que la tendencia en materia de ETC es similar a la disminución en PPF financiados con fondos del PO de la OPS/OMS y recursos de otras fuentes, lo que muestra el esfuerzo que está haciendo la Oficina para reducir su fuerza laboral. Una reducción de 371 puestos de plazo fijo ha ocurrido en los PPF financiados por el PO y otras fuentes. En el mismo período ocurrió una reducción total del ETC de 216 PPF. Por lo tanto, la mayor parte de la carga de la reducción recae en los PPF.

Figura 9
Número de equivalentes de tiempo completo (ETC) en comparación con los puestos de plazo fijo financiados con el PO de la OPS/OMS y fondos de OF, 1990-1991 / 2010-2011

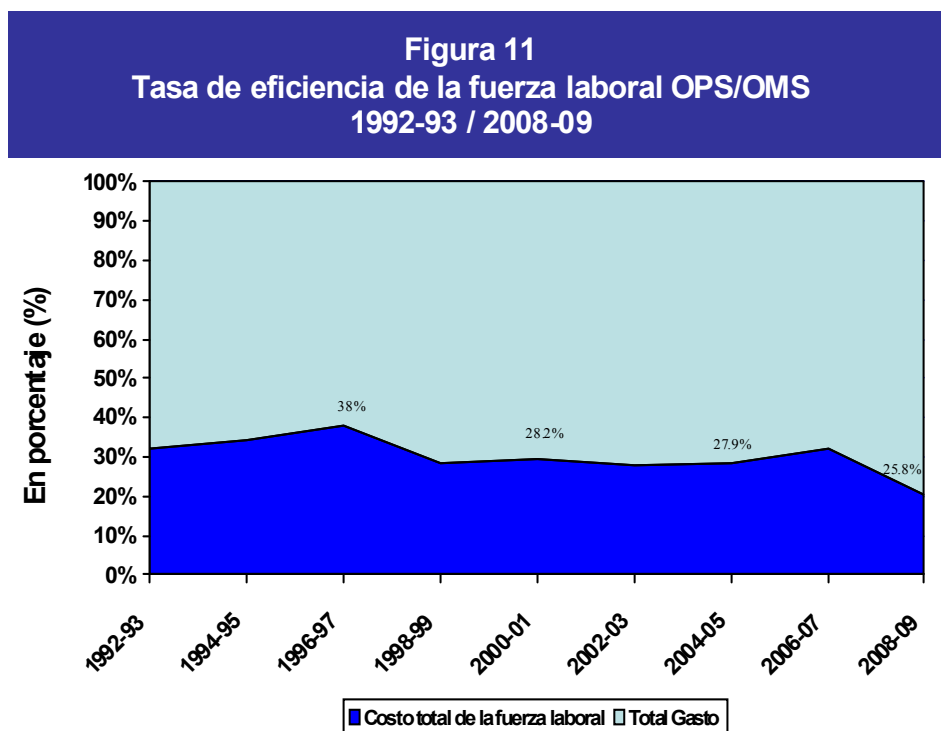


42. La figura 10 compara los gastos de la fuerza laboral con el total de gastos de la OPS/OMS en el período 1992–2009.

Figura 10
Historia del gasto total de la OPS/OMS (1992–2009) en comparación con el costo total de la fuerza laboral



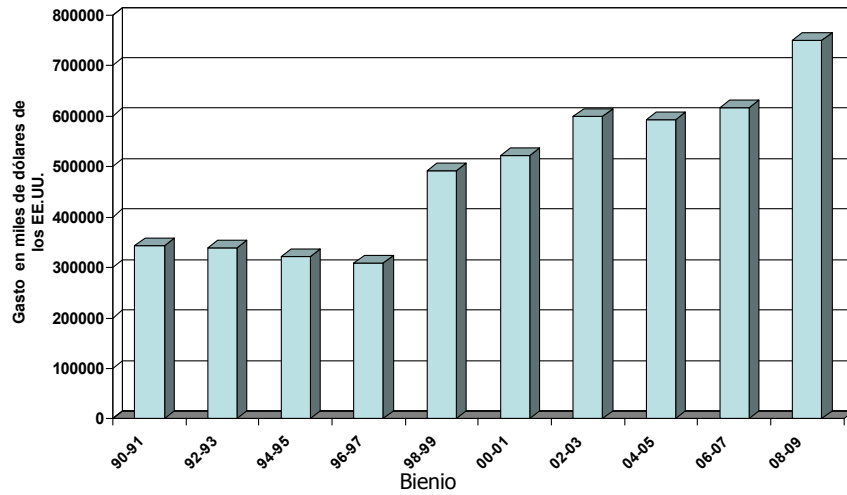
43. A pesar de la reducción de la fuerza laboral total, la Oficina ha podido mantener una *tasa de eficiencia* bastante estable (costo de la fuerza laboral expresado como porcentaje del gasto total de la Organización), según se muestra en la figura 11. En el bienio 2004-2005, la tasa de eficiencia fue de 27,9. En el bienio 2006-2007, la curva aumenta levemente, lo que indica una reducción moderada de los aumentos en la eficiencia. Sin embargo, los datos de 2008-2009 muestran un mejoramiento en la tasa de eficiencia (25,8), cifra que supera el rendimiento en el bienio 2004-2005. Este indicador sigue mejorando, a pesar de la reducción del número de puestos.



44. *La productividad de la fuerza laboral* (medida aquí como el gasto total de la OPS/OMS por año [producción bruta] en dólares constantes equivalente de tiempo completo)⁵ ha aumentado, a pesar de la continua reducción en el número de ETC. La figura 12 indica que la productividad del personal pasó de \$342.575 por ETC en 1990-1991 a \$750.237 por ETC en el bienio 2008-2009, en dólares constantes de 2000. Esto representa un aumento de 118% de la productividad en casi dos decenios. Desde 1998-1999, se ha observado un aumento considerable de la productividad, lo que refleja el nivel significativo del gastos que no corresponden a proyectos (todos los otros gastos no incluidos en el Programa y Presupuesto) administrado por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP).

⁵ Esta cifra se basa en la definición de la OCDE de productividad laboral medida según el volumen deflactado de la producción bruta dividido por los insumos laborales (Fuente: The OECD Productivity Manual. A Guide to the Measurement of Aggregate and Industry-Level Productivity Growth).

Figura 12
Productividad: gasto total de la OPS/OMS en dólares constantes
por equivalente de tiempo completo *
1990-1991 / 2008-2009



* Valor agregado por ETC en dólares a precios constantes del 2000.

IV. ESFUERZOS DE LA OSP PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO PROGRAMÁTICO INSTITUCIONAL

45. Los ejercicios de seguimiento y evaluación del desempeño (SED) son esenciales para la administración adecuada del Programa y Presupuesto; también constituyen un componente importante del marco de la gerencia basada en resultados. Teniendo esto en cuenta, desde el 2008, la Oficina ha institucionalizado un proceso de SED sistemático. Como parte de este proceso, se realizan ejercicios de SED cada seis meses para evaluar el avance en la ejecución de los planes de trabajo bienales y, en consecuencia, el avance hacia el logro de las metas establecidas en el Plan Estratégico, que se ejecuta a través del Programa y Presupuesto bienal.

46. Los ejercicios de SED suministran información acerca de la cadena de resultados y las metas a nivel institucional y de cada entidad de la OSP, según se establece en el Plan Estratégico 2008-2012, en el Programa y Presupuestos y en los respectivos planes de trabajo bienales. El sistema permite que se hagan los análisis institucionales y de las entidades, combina las evaluaciones de la ejecución programática y presupuestaria y examina los esfuerzos de movilización de recursos. El avance se mide mediante una combinación de datos generados por el sistema (como número de hitos logrados) y de análisis técnicos y gerenciales de la tasa de ejecución programática y presupuestaria. Como tal, el SED documenta el avance y los retos, además de indicar las medidas correctivas necesarias para alcanzar las metas de Plan Estratégico.

47. La OSP presentó al 50.º Consejo Directivo (celebrado en septiembre de 2010) el primer informe provisional sobre los progresos realizados en la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, que abarca el bienio 2008–2009. Según esta evaluación, la Organización se encuentra en una buena posición para lograr las metas de Plan Estratégico en el 2013; de los 16 Objetivos Estratégicos, 12 se encontraban en curso y 4 estaban en riesgo; 67 (76%) de los 88 RPR se encontraban en curso y 21 (24%) estaban en riesgo; se habían alcanzado 275 (85%) de las 324 metas de los indicadores de RPR. En el informe se observó la necesidad de mejorar la convergencia entre la movilización y la asignación de los recursos y las prioridades programáticas (de los Objetivos Estratégicos) según se establecía en el Plan Estratégico. También se recomendaba dirigir las intervenciones a esos indicadores de RPR que habían quedado a la zaga, en particular los indicadores del “número de países” que no habían alcanzado sus metas. La evaluación también reveló una ejecución presupuestaria general para 2008–2009 de 94% (\$525 millones de \$559 millones) y determinó que la Organización había podido movilizar recursos financieros para colmar el 81% de la brecha inicial no financiada en contribuciones voluntarias (\$281 millones de \$347 millones).

48. La sección siguiente y la figura adjunta ilustran los resultados principales de los ejercicios de SED para el último bienio y la evaluación de mitad de período del bienio 2010-2011. Durante los ejercicios de SED, se evaluaron las 69⁶ entidades de la OSP y los 16 OE, 90 RPR, y 256 indicadores de RPR del Plan Estratégico.

Avance hacia el logro de los objetivos estratégicos (OE)

49. En el cuadro 7 se muestra el desempeño de los OE desde el comienzo del Plan Estratégico (2008–2009) hasta el segundo semestre del bienio actual 2010-2011. El cuadro muestra que a finales del segundo semestre del bienio actual se consideraba que 6 objetivos estratégicos (38%) estaban en curso (verde) y 10 (62%) estaban en riesgo (amarillo). No se consideró ningún objetivo estratégico en dificultad (rojo). Aunque se observa una tendencia al aumento del número

⁶ Desde diciembre del 2008 el número de entidades se ha reducido de 79 a 69 mediante la fusión de algunas de ellas.

de OE considerados en riesgo, un análisis detallado de los RPR y de los indicadores de RPR revela un mejoramiento de la tasa de ejecución en el transcurso del 2010 (figuras 13 y 14).

Cuadro 7: Avances hacia el logro de los objetivos estratégicos, 2008–2009 hasta diciembre del 2010

	2008 – 2009				2010 – 2011	
	Primer semestre	Segundo semestre	Tercer semestre	Cuarto semestre	Primer semestre	Segundo semestre
OE1						
OE2						
OE3						
OE4						
OE5						
OE6						
OE7						
OE8						
OE9						
OE10						
OE11						
OE12						
OE13						
OE14						
OE15						
OE16						
OPS	44% en curso	50% en curso	44% en curso	69% en curso	38% en curso	38% en curso

En curso
 En riesgo

Porcentaje en curso

Figura 13: Avances hacia el logro de los RPR, de acuerdo al ejercicio de seguimiento y evaluación del desempeño, primer y segundo semestres de 2010-2011

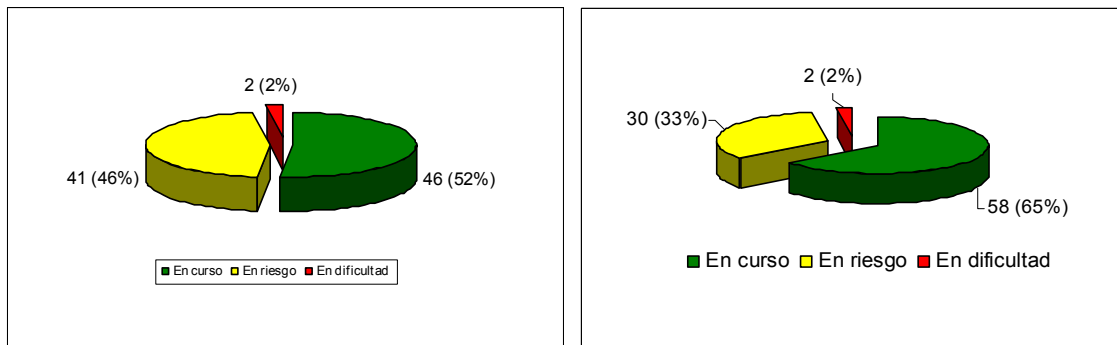
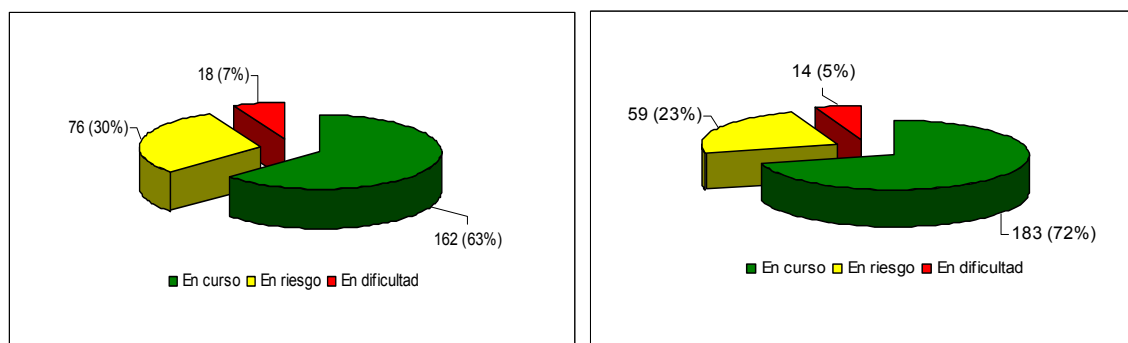


Figura 14: Avances hacia el logro de las metas del indicador de RPR, de acuerdo al ejercicio de seguimiento y evaluación del desempeño, primer y segundo semestres de 2010-2011



Ejecución presupuestaria

50. La tasa de ejecución presupuestaria general de la Organización (monto de los fondos desembolsados dividido entre los fondos disponibles) a fines del segundo semestre del bienio 2010-2011 (diciembre del 2010) fue de 46% (\$183,5 millones de \$395 millones), lo que indica que la OSP está ejecutando sus fondos a un ritmo apropiado (Cuadro 8). Si continúa esta tasa de ejecución, se prevé que la tasa de ejecución bienal promedio se alcanzará a fines del bienio.

Cuadro 8: Ejecución presupuestaria, por fuente de fondos, al 31 de diciembre del 2010.

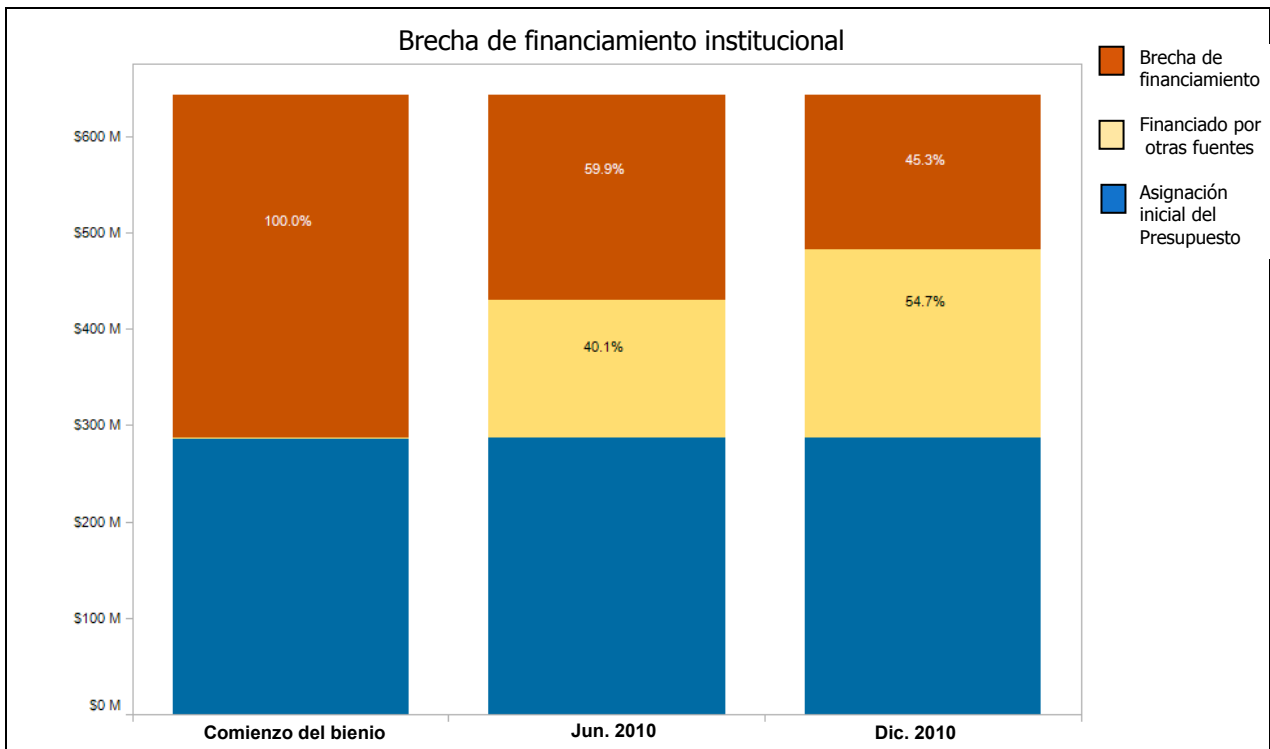
Tipo de financiamiento	Fondos totales disponibles	% ejecutado
Presupuesto ordinario	\$212.846.002	45%
Otras fuentes	\$182.176.743	48%
Total	\$395.022.745	46%

Estado de la brecha no financiada

51. La brecha no financiada es la diferencia entre el costo planificado y los fondos totales asignados (fondos del presupuesto ordinario y fondos de otras fuentes) en cualquier momento del período de planificación. Este análisis puede realizarse para determinar los recursos necesarios del plan de trabajo bienal de una entidad dada, la OSP en su totalidad, o para un objetivo estratégico dado. Por lo tanto, esta brecha no financiada se convierte en el centro de la movilización de recursos para la Organización.

52. La figura 15 indica cómo se ha reducido la brecha no financiada institucional de la OPS durante los dos primeros semestres del bienio 2010-2011. Hasta diciembre del 2010, se había cubierto el 55% (\$194,8 millones) de la brecha no financiada (\$355,85 millones).

Figura 15
Situación de la brecha institucional no financiada de la OPS, expresada como porcentaje de la brecha inicial no financiada, hasta diciembre del 2010.
Bienio 2010-2011



	Comienzo del bienio	Primer semestre	Segundo semestre
Presupuesto ordinario	287.100.000	287.100.000	287.100.000
Recursos movilizados ^a	0	142.817.000	194.761.974
Brecha no financiada	355.851.000	213.033.569	161.089.026
Costo total planificado	642.951.000	642.951.000	642.951.000

^a Excluye los proyectos internos financiados por gobiernos y los fondos de respuesta a brotes y crisis.

SIGLAS

AMRO	Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
CAPI	Comisión de Administración Pública Internacional de las Naciones Unidas
CS	contribuciones señaladas
CV	contribuciones voluntarias
ETC	Equivalente de tiempo completo
GBR	Marco de la gerencia basada en resultados
OE	Objetivo estratégico
OF	Otras fuentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PE	Plan Estratégico
PO	Presupuesto ordinario
PP	Programa y Presupuesto
PPF	Puestos de plazo fijo
PPRP	Política del Presupuesto Regional por Programas
PTB	Plan de Trabajo Bienal
RCO	Recursos del capital ordinario
RPEO	Resultados previstos específicos de cada oficina
RPR	Resultados previstos a nivel regional
SED	Seguimiento y evaluación del desempeño
SPPA	Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración

GLOSARIO

Brecha inicial no financiada

La diferencia entre los costos planificados para ejecutar un plan de trabajo bienal y la asignación inicial de fondos (tanto del presupuesto ordinario como de otras fuentes) para una entidad u objetivo estratégico al inicio del periodo de planificación.

Brecha no financiada

Es la diferencia entre el costo planificado y el total de los fondos asignados (tanto del presupuesto ordinario como de otras fuentes) en cualquier momento del período de planificación. Este análisis puede realizarse para determinar las necesidades en recursos del plan de trabajo bienal de una entidad, de toda la OSP o de un objetivo estratégico. Esta brecha no financiada se convierte en el centro de la movilización de recursos para la Organización.

Dólares constantes

Método de medición para calcular el precio en dólares de algo a lo largo del tiempo, ajustándolo por la *inflación* o *deflación*.

Dólares corrientes

Valor de un dólar sin ajustes por el efecto de la inflación o deflación.

Eficiencia de la fuerza laboral

Gasto de la fuerza laboral expresado como porcentaje de los gastos totales.

Equivalente de tiempo completo (ETC)

Es una medida del esfuerzo de la fuerza laboral equivalente a una persona que trabaja a tiempo completo por un año. Es una manera de medir la fuerza laboral total de la OSP, incluyendo los puestos de plazo fijo financiados con el presupuesto ordinario (PO) y otras fuentes, así como otro personal contratado por medio de otros mecanismos diferentes a los puestos de plazo fijo.

No-puestos de plazo fijo (no PPF)

Personal de la OSP contratado a través de cualquier tipo de mecanismo diferente al de los puestos de plazo fijo.

Presupuesto de no-puestos de plazo fijo

El presupuesto de no puestos de plazo fijo (no PPF) incluye todos los otros costos no relacionados con los puestos de plazo fijo. Estos pueden ser:

- a) **Actividades del presupuesto de no PPF:** Costo de las actividades de los programas y costos operativos (viajes, reuniones, publicaciones, cursos y seminarios, gastos generales de operación, etc.).
- b) **Personal del presupuesto de no PPF:** Costo de los miembros del personal de la OSP contratados a través de cualquier tipo de mecanismo diferente al de los puestos de plazo fijo.

Presupuesto de puestos de plazo fijo

Es el costo asociado con el financiamiento de los puestos de plazo fijo dentro del presupuesto ordinario de la OPS/AMRO.

Productividad de la fuerza laboral

Gasto total de la OPS/OMS por año (producción bruta) en dólares constantes por equivalente de tiempo completo.

Proporción de AMRO

Es la porción del presupuesto ordinario de la OMS aprobada para la Región de las Américas por la Asamblea Mundial de la Salud.

Puestos de plazo fijo (PPF)

Son los puestos de la OSP que tienen una duración determinada sujeta a los reglamentos sobre recursos humanos de las Naciones Unidas; pueden ser financiados por el presupuesto ordinario o por otras fuentes.

Recursos movilizados

Fondos procedentes de otras fuentes destinados a colmar la brecha no financiada de una entidad u objetivo estratégico en un momento determinado. Estos fondos pueden incluir contribuciones voluntarias que la OPS recibe como resultado directo de negociaciones con socios donantes o cualquier otro tipo de fondos movilizados para la ejecución de planes de trabajo, como los fondos para el apoyo a los programas o los que provienen del Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

Tasa de ejecución financiera

Total de desembolsos divididos por la asignación total de fondos.

ANEXOS

ANEXOS: 1–3

Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas y las asignaciones del presupuesto ordinario por país

ANEXO 4

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación de finales del 2010

Anexo 1
Escenario A (aumento del 10.5% de las contribuciones señaladas)
Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas
y asignaciones del presupuesto ordinario por país

Estados Miembros	Contribuciones señaladas			Asignaciones del país			Efecto neto
	2010-2011	2012-2013	Diferencia	2010-2011	2012-2013	Diferencia	
Antigua y Barbuda	41.008	45.320	4.312	519.000	546.000	27.000	22.688
Argentina	5.985.304	6.614.660	629.356	3.645.000	3.833.000	188.000	(441.356)
Bahamas	143.528	158.620	15.092	937.000	985.000	48.000	32.908
Barbados	111.840	123.600	11.760	632.000	665.000	33.000	21.240
Belice	41.008	45.320	4.312	790.000	831.000	41.000	36.688
Bolivia	85.744	94.760	9.016	5.529.000	5.815.000	286.000	276.984
Brasil	14.824.392	16.383.180	1.558.788	11.397.000	11.987.000	590.000	(968.788)
Canadá	25.650.504	28.347.660	2.697.156	553.000	582.000	29.000	(2.668.156)
Chile	2.000.072	2.210.380	210.308	2.471.000	2.599.000	128.000	(82.308)
Colombia	1.563.896	1.728.340	164.444	4.593.000	4.830.000	237.000	72.556
Costa Rica	348.568	385.220	36.652	2.065.000	2.172.000	107.000	70.348
Cuba	449.224	496.460	47.236	4.232.000	4.451.000	219.000	171.764
Dominica	41.008	45.320	4.312	575.000	605.000	30.000	25.688
República Dominicana	383.984	424.360	40.376	3.780.000	3.976.000	196.000	155.624
Ecuador	383.984	424.360	40.376	6.624.000	6.967.000	343.000	302.624
El Salvador	195.720	216.300	20.580	3.317.000	3.489.000	172.000	151.420
Francia	538.696	595.340	56.644	361.000	380.000	19.000	(37.644)
Grenada	41.008	45.320	4.312	700.000	736.000	36.000	31.688
Guatemala	348.568	385.220	36.652	6.500.000	6.836.000	336.000	299.348
Guyana	41.008	45.320	4.312	2.155.000	2.267.000	112.000	107.688
Haití	83.880	92.700	8.820	5.619.000	5.910.000	291.000	282.180
Honduras	83.880	92.700	8.820	4.954.000	5.210.000	256.000	247.180
Jamaica	229.272	253.380	24.108	2.099.000	2.207.000	108.000	83.892
México	15.174.824	16.770.460	1.595.636	6.827.000	7.180.000	353.000	(1.242.636)
Países Bajos	167.760	185.400	17.640	361.000	380.000	19.000	1.360
Nicaragua	83.880	92.700	8.820	4.435.000	4.664.000	229.000	220.180
Panamá	303.832	335.780	31.948	1.602.000	1.685.000	83.000	51.052
Paraguay	231.136	255.440	24.304	3.182.000	3.347.000	165.000	140.696
Perú	1.030.792	1.139.180	108.388	6.398.000	6.729.000	331.000	222.612
Puerto Rico	206.904	228.660	21.756	181.000	190.000	9.000	(12.756)
Saint Kitts y Nevis	41.008	45.320	4.312	463.000	487.000	24.000	19.688
Saint Lucía	41.008	45.320	4.312	677.000	712.000	35.000	30.688
San Vicente y las Granadinas	41.008	45.320	4.312	643.000	676.000	33.000	28.688
Suriname	83.880	92.700	8.820	1.117.000	1.175.000	58.000	49.180
Trinidad y Tobago	283.328	313.120	29.792	1.614.000	1.697.000	83.000	53.208
Reino Unido	111.840	123.600	11.760	372.000	391.000	19.000	7.240
Estados Unidos	110.805.480	122.456.700	11.651.220	361.000	380.000	19.000	(11.632.220)
Uruguay	337.384	372.860	35.476	1.332.000	1.400.000	68.000	32.524
Venezuela	3.839.840	4.243.600	403.760	3.588.000	3.774.000	186.000	(217.760)
Variable del país	0	0	0	5.640.000	5.934.000	294.000	294.000
	<u>186.400.000</u>	<u>206.000.000</u>	<u>19.600.000</u>	<u>112.840.000</u>	<u>118.680.000</u>	<u>5.840.000</u>	<u>(13.760.000)</u>

Anexo 2
Escenario B (aumento del 6,7% de las contribuciones señaladas)
Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas
y asignaciones del presupuesto ordinario por país

Estados Miembros	Contribuciones señaladas			Asignaciones del país			Efecto neto
	2010-2011	2012-2013	Diferencia	2010-2011	2012-2013	Diferencia	
Antigua y Barbuda	41.008	43.736	2.728	519.000	533.000	14.000	11.272
Argentina	5.985.304	6.383.468	398.164	3.645.000	3.740.000	95.000	(303.164)
Bahamas	143.528	153.076	9.548	937.000	961.000	24.000	14.452
Barbados	111.840	119.280	7.440	632.000	648.000	16.000	8.560
Belice	41.008	43.736	2.728	790.000	811.000	21.000	18.272
Bolivia	85.744	91.448	5.704	5.529.000	5.674.000	145.000	139.296
Brasil	14.824.392	15.810.564	986.172	11.397.000	11.696.000	299.000	(687.172)
Canadá	25.650.504	27.356.868	1.706.364	553.000	567.000	14.000	(1.692.364)
Chile	2.000.072	2.133.124	133.052	2.471.000	2.536.000	65.000	(68.052)
Colombia	1.563.896	1.667.932	104.036	4.593.000	4.713.000	120.000	15.964
Costa Rica	348.568	371.756	23.188	2.065.000	2.119.000	54.000	30.812
Cuba	449.224	479.108	29.884	4.232.000	4.343.000	111.000	81.116
Dominica	41.008	43.736	2.728	575.000	591.000	16.000	13.272
República Dominicana	383.984	409.528	25.544	3.780.000	3.879.000	99.000	73.456
Ecuador	383.984	409.528	25.544	6.624.000	6.797.000	173.000	147.456
El Salvador	195.720	208.740	13.020	3.317.000	3.405.000	88.000	74.980
Francia	538.696	574.532	35.836	361.000	371.000	10.000	(25.836)
Granada	41.008	43.736	2.728	700.000	718.000	18.000	15.272
Guatemala	348.568	371.756	23.188	6.500.000	6.670.000	170.000	146.812
Guyana	41.008	43.736	2.728	2.155.000	2.212.000	57.000	54.272
Haití	83.880	89.460	5.580	5.619.000	5.767.000	148.000	142.420
Honduras	83.880	89.460	5.580	4.954.000	5.084.000	130.000	124.420
Jamaica	229.272	244.524	15.252	2.099.000	2.154.000	55.000	39.748
México	15.174.824	16.184.308	1.009.484	6.827.000	7.006.000	179.000	(830.484)
Países Bajos	167.760	178.920	11.160	361.000	371.000	10.000	(1.160)
Nicaragua	83.880	89.460	5.580	4.435.000	4.551.000	116.000	110.420
Panamá	303.832	324.044	20.212	1.602.000	1.644.000	42.000	21.788
Paraguay	231.136	246.512	15.376	3.182.000	3.266.000	84.000	68.624
Perú	1.030.792	1.099.364	68.572	6.398.000	6.566.000	168.000	99.428
Puerto Rico	206.904	220.668	13.764	181.000	185.000	4.000	(9.764)
Saint Kitts y Nevis	41.008	43.736	2.728	463.000	475.000	12.000	9.272
Santa Lucía	41.008	43.736	2.728	677.000	695.000	18.000	15.272
San Vicente y las Granadinas	41.008	43.736	2.728	643.000	660.000	17.000	14.272
Suriname	83.880	89.460	5.580	1.117.000	1.146.000	29.000	23.420
Trinidad y Tobago	283.328	302.176	18.848	1.614.000	1.656.000	42.000	23.152
Reino Unido	111.840	119.280	7.440	372.000	382.000	10.000	2.560
Estados Unidos	110.805.480	118.176.660	7.371.180	361.000	371.000	10.000	(7.361.180)
Uruguay	337.384	359.828	22.444	1.332.000	1.366.000	34.000	11.556
Venezuel	3.839.840	4.095.280	255.440	3.588.000	3.682.000	94.000	(161.440)
Variable del país	0	0	0	5.640.000	5.790.000	150.000	150.000
	<u>186.400.000</u>	<u>198.800.000</u>	<u>12.400.000</u>	<u>112.840.000</u>	<u>115.800.000</u>	<u>2.961.000</u>	<u>(9.439.000)</u>

Anexo 3
Escenario C (aumento de 0% de las contribuciones señaladas)
Efecto neto de las contribuciones señaladas propuestas
y asignaciones del presupuesto ordinario por país

Estados Miembros	Contribuciones señaladas			Asignaciones del país			Efecto neto
	2010-2011	2012-2013	Diferencia	2010-2011	2012-2013	Diferencia	
Antigua y Barbuda	41.008	41.008	0	519.000	510.000	(9.000)	(9.000)
Argentina	5.985.304	5.985.304	0	3.645.000	3.580.000	(65.000)	(65.000)
Bahamas	143.528	143.528	0	937.000	920.000	(17.000)	(17.000)
Barbados	111.840	111.840	0	632.000	621.000	(11.000)	(11.000)
Belice	41.008	41.008	0	790.000	776.000	(14.000)	(14.000)
Bolivia	85.744	85.744	0	5.529.000	5.431.000	(98.000)	(98.000)
Brasil	14.824.392	14.824.392	0	11.397.000	11.195.000	(202.000)	(202.000)
Canadá	25.650.504	25.650.504	0	553.000	543.000	(10.000)	(10.000)
Chile	2.000.072	2.000.072	0	2.471.000	2.427.000	(44.000)	(44.000)
Colombia	1.563.896	1.563.896	0	4.593.000	4.511.000	(82.000)	(82.000)
Costa Rica	348.568	348.568	0	2.065.000	2.028.000	(37.000)	(37.000)
Cuba	449.224	449.224	0	4.232.000	4.157.000	(75.000)	(75.000)
Dominica	41.008	41.008	0	575.000	565.000	(10.000)	(10.000)
República Dominicana	383.984	383.984	0	3.780.000	3.713.000	(67.000)	(67.000)
Ecuador	383.984	383.984	0	6.624.000	6.506.000	(118.000)	(118.000)
El Salvador	195.720	195.720	0	3.317.000	3.259.000	(58.000)	(58.000)
Francia	538.696	538.696	0	361.000	355.000	(6.000)	(6.000)
Granada	41.008	41.008	0	700.000	687.000	(13.000)	(13.000)
Guatemala	348.568	348.568	0	6.500.000	6.384.000	(116.000)	(116.000)
Guyana	41.008	41.008	0	2.155.000	2.117.000	(38.000)	(38.000)
Haití	83.880	83.880	0	5.619.000	5.520.000	(99.000)	(99.000)
Honduras	83.880	83.880	0	4.954.000	4.866.000	(88.000)	(88.000)
Jamaica	229.272	229.272	0	2.099.000	2.062.000	(37.000)	(37.000)
México	15.174.824	15.174.824	0	6.827.000	6.706.000	(121.000)	(121.000)
Países Bajos	167.760	167.760	0	361.000	355.000	(6.000)	(6.000)
Nicaragua	83.880	83.880	0	4.435.000	4.356.000	(79.000)	(79.000)
Panamá	303.832	303.832	0	1.602.000	1.574.000	(28.000)	(28.000)
Paraguay	231.136	231.136	0	3.182.000	3.126.000	(56.000)	(56.000)
Perú	1.030.792	1.030.792	0	6.398.000	6.285.000	(113.000)	(113.000)
Puerto Rico	206.904	206.904	0	181.000	177.000	(4.000)	(4.000)
San Kitts y Nevis	41.008	41.008	0	463.000	454.000	(9.000)	(9.000)
Santa Lucía	41.008	41.008	0	677.000	665.000	(12.000)	(12.000)
San Vicente y las Granadinas	41.008	41.008	0	643.000	632.000	(11.000)	(11.000)
Suriname	83.880	83.880	0	1.117.000	1.097.000	(20.000)	(20.000)
Trinidad y Tobago	283.328	283.328	0	1.614.000	1.585.000	(29.000)	(29.000)
Reino Unido	111.840	111.840	0	372.000	366.000	(6.000)	(6.000)
Estados Unidos	110.805.480	110.805.480	0	361.000	355.000	(6.000)	(6.000)
Uruguay	337.384	337.384	0	1.332.000	1.308.000	(24.000)	(24.000)
Venezuel	3.839.840	3.839.840	0	3.588.000	3.525.000	(63.000)	(63.000)
Variable del país	0	0	0	5.640.000	5.542.000	(98.000)	(98.000)
	<u>186.400.000</u>	<u>186.400.000</u>	<u>0</u>	<u>112.840.000</u>	<u>110.841.000</u>	<u>(1.999.000)</u>	<u>(1.999.000)</u>

Anexo 4.

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico

Evaluación al final del año 2010 (clasificación por OE, RPR e indicador de RPR⁷)

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones ⁸
OE 1	1.1	1.1.1	<p>Este OE tiene un total de 22 indicadores, de los cuales 19 son indicadores de tipo número de países. Tiene dos indicadores de mantenimiento. Las metas del 2013 para dos indicadores se habían logrado a finales del 2009, pero dos países descendieron con respecto a la línea de base de 2007 en un indicador (1.3.2-rabia). Vale la pena observar la reemergencia de ciertas enfermedades transmisibles como el dengue, el impacto de los desastres naturales y los efectos asociados con el cambio climático.</p> <p>En el 2008–2009, este OE obtuvo \$75,1 millones (86%) de su programa y presupuesto (\$86,6 millones), de los cuales 72% provenían de otras fuentes. La ejecución presupuestaria fue de 96%, y se logró el 75% de las metas de los indicadores de RPR.</p> <p>Hasta diciembre del 2010, se había entregado al OE el 86% de su programa y presupuesto (\$79 millones de \$87,9 millones); su ejecución presupuestaria fue de 58% y 73% de los indicadores de RPR están en curso.</p> <p>Sobre la base de la evaluación de este OE (tanto programática como presupuestaria), de los recursos movilizados, y de la prioridad de este OE en el Plan Estratégico (PE) (#2), es razonable recomendar un aumento del PP para 2012–2013 levemente superior a los niveles del 2010–2011, para asegurar que se alcancen las metas del 2013. Se sugiere que los recursos asciendan a \$90,5 millones, en conformidad con la cantidad planificada para 2010–2011.</p>
Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles		1.1.2	
		1.1.3	
		1.1.4	
	1.2	1.2.1	
		1.2.2	
	1.3	1.3.1	
		1.3.2	
		1.3.3	
		1.3.4	
		1.3.5	
	1.4	1.4.1	
		1.4.2	
		1.4.3	
	1.5	1.5.1	
	1.6	1.6.1	
		1.6.2	
	1.7	1.7.1	
		1.7.2	
		1.7.3	
	1.8	1.8.1	
	1.9	1.9.1	

⁷ Código de colores: verde, en curso; amarillo, en riesgo; rojo, con dificultades.

⁸ Criterios: tasa de ejecución (presupuestaria y programática en 2008–2009 y 2010–2011, según el ejercicio SED), la asignación de prioridades en el Plan Estratégico, la contribución a los ODM y a la Agenda de Salud para las Américas y otros compromisos (es decir, compromisos regionales y mundiales) e importancia en las Estrategias de Cooperación en los Países (ECP).

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico Evaluación de finales del 2010 (cont.)			
OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE 2 Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria	2.1	2.1.1	Este OE tiene 24 indicadores, de los cuales 22 son indicadores de tipo número de países. Tiene cinco indicadores de mantenimiento.
		2.1.2	
		2.1.3	En el 2008–2009, este OE obtuvo \$34,9 millones (46%) de su PP (\$75,1 millones), de los cuales 76% provenían de otras fuentes. La ejecución presupuestaria fue de 93%, y se logró el 89% de las metas del indicador de RPR.
		2.1.4	
		2.1.5	
		2.1.6	
		2.1.7	
		2.2	Hasta diciembre del 2010, se había entregado al OE la cantidad de \$19,7 millones (26,2%) de su PP (\$75,1 millones); su ejecución presupuestaria fue de 47% y 96% de los indicadores de RPR están en curso.
		2.2.2	
		2.3	
		2.3.1	Sobre la base de la evaluación de este OE (tanto programática como presupuestaria), y los recursos movilizados en el bienio anterior y en el actual, se concluye que el presupuesto para este OE se sobreestimó desde el bienio 2008–2009. Además, la tasa de movilización de recursos para este OE ha sido baja. También debe considerarse el financiamiento disponible a través de otros mecanismos (como por ejemplo, el Fondo Mundial) y de las alianzas establecidas. Sobre la base de lo anterior, es razonable reducir el PP para este OE en el bienio 2012-13 a una cantidad más realista (se recomienda la cantidad de \$56,1 millones). Esta cantidad considera la importancia de este OE (prioridad #3 en el PE), su contribución al ODM #6 y una tendencia hacia la reducción en el futuro de los fondos que están al alcance de los países procedentes de otras fuentes (como por ejemplo el Fondo Mundial).
		2.3.2	
		2.3.3	
		2.4	
		2.4.1	
		2.4.2	
		2.4.3	
		2.4.4	
		2.4.5	
		2.4.6	
		2.5	Teniendo en cuenta esta situación, la Organización tendrá que asignar los recursos necesarios para mantener la tasa de ejecución programática con miras a lograr los objetivos de 2013 estipulados de conformidad con este OE.
		2.5.1	
		2.5.2	
		2.5.3	
		2.5.4	
		2.6	
		2.6.1	
		2.6.2	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación de finales del 2010 (cont.)

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE 3 Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	3.1	3.1.1	Este OE tiene 27 indicadores, de los cuales 26 son indicadores del tipo número de países. Este OE tiene el mayor número de indicadores de RPR en riesgo y en dificultad.
		3.1.2	
		3.1.3	
		3.1.4	
	3.2	3.1.5	En el 2008–2009, este OE obtuvo (\$21 millones), es decir 75% de su PP (\$28 millones), de los cuales 40% provenían de otras fuentes. La ejecución presupuestaria fue de 90%, y se logró el 96% de las metas del indicador de RPR de 2009.
		3.2.1	
		3.2.2	
		3.2.3	
		3.2.4	
		3.2.5	
		3.2.6	
	3.3	3.2.7	Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 54% de su PP (\$17,4 millones de \$31,9 millones), su ejecución presupuestaria fue de 45% y 48% de los indicadores de RPR estaban en curso.
		3.3.1	
		3.3.2	
		3.3.3	
		3.3.4	
	3.4	3.3.5	Sobre la base de la evaluación de este OE (tanto programática como presupuestaria), de los retos para lograr las metas, considerando la prioridad de ese OE en el PE (#4), y el hecho de que las enfermedades crónicas no transmisibles representan un importante reto en la Región, el presupuesto para este OE debe aumentarse en el bienio 2012–2013 (se sugiere la cantidad de \$36 millones) . Aunque este OE no está directamente relacionado con los ODM, el reconocimiento por los Estados Miembros de la carga que estas enfermedades representan en la Región ha hecho que este tema se trate en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles.
		3.4.1	
		3.4.2	
		3.4.3	
		3.4.4	
	3.5	3.4.5	
		3.5.1	
		3.5.2	
	3.6	3.5.3	
		3.6.1	
		3.6.2	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación de finales del 2010 (cont.)

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE 4	4.1	4.1.1	Este OE tiene un total de 15 indicadores, de los cuales 13 son indicadores del tipo número de países.
Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas		4.1.2	
		4.1.3	En el bienio 2008–2009, este OE obtuvo \$24,7 millones (67%) de su PP (\$37,2 millones), de los cuales 54% procedían de otras fuentes. La ejecución presupuestaria fue de 85%, y se alcanzó el 100% de las metas del indicador de RPR.
	4.2	4.2.1	
		4.2.2	
	4.3	4.3.1	
	4.4	4.4.1	Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 56% de su PP (\$21,35 millones de \$37,1 millones), su ejecución presupuestaria fue de 59% y 73% de sus indicadores de RPR estaban en curso.
		4.4.2	
	4.5	4.5.1	
		4.5.2	
	4.6	4.6.1	En consideración de lo anterior y de que la prioridad de este OE es #1 en el PE, su contribución a los ODM 4 y 5, y la solicitud de los Estados Miembros de lograr la convergencia entre la asignación presupuestaria y las prioridades programáticas, el PP para este OE en el 2012–2013 debe aumentarse (se sugiere la cantidad de \$42,5 millones) . Habida cuenta de este aumento y de la importancia de los problemas públicos abordados en este OE, la Organización tendrá que aumentar los esfuerzos para mejorar la tasa de ejecución en el bienio actual y en el próximo, a fin de asegurar que los recursos se ejecuten plenamente y que se alcancen las metas del 2013. Dada su prioridad, este OE debe tener el aumento porcentual más alto.
		4.6.2	
	4.7	4.7.1	
		4.7.2	
	4.8	4.8.1	
OES	5.1	5.1.1	Este OE tiene 17 RPR indicadores, de los cuales 6 son indicadores del tipo número de países; 9 son indicadores de mantenimiento.
Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico		5.1.2	
		5.1.3	En el 2008–2009, este OE obtuvo \$49,3 millones, 41% de su PP (provenientes de fondos movilizados para responder a emergencias en la Región), de los cuales 92% procedían de otras fuentes. Se alcanzó su ejecución presupuestaria y se logró el 100% de las metas del indicador de RPR.
	5.2	5.2.1	
		5.2.2	
	5.3	5.3.1	
		5.3.2	Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 65% de su PP (\$22,7 millones de \$35 millones); había logrado una ejecución presupuestaria de 75% y se considera que 88% de sus indicadores de RPR están en curso. Otros \$27,1 millones entregados provenían de fondos de los recursos del capital ordinario (RCO).
	5.4	5.4.1	
		5.4.2	
	5.5	5.5.1	
		5.5.2	Basado en el anterior y en el hecho de que este OE se beneficia de los fondos para respuesta a brotes y crisis, el presupuesto puede permanecer al mismo nivel del bienio 2010–2011 (\$35 millones) .
		5.5.3	
	5.6	5.6.1	
		5.6.2	
		5.6.3	
	5.7	5.7.1	
		5.7.2	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico Evaluación de finales del 2010 (cont.)			
OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE 6	6.1	6.1.1	Este OE tiene 14 indicadores de RPR y todos son indicadores de tipo número de países; 1 indicador ya ha logrado el objetivo de 2013.
Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud		6.1.2	
		6.1.3	En el 2008–2009, este OE obtuvo \$14,2 millones (89%) de su PP (\$16 millones), de los cuales 56% provenían de otras fuentes. La ejecución presupuestaria fue de 93%, y se alcanzó el 60% de las metas del indicador de RPR.
	6.2	6.2.1	
		6.2.2	
		6.2.3	
	6.3	6.3.1	Hasta diciembre del 2010, se había entregado a este OE 69% de su PP (\$11 millones de \$15,96 millones); había alcanzado una ejecución presupuestaria de 53%, y 57% de sus indicadores de RPR estaban en curso.
		6.3.2	
		6.3.3	
		6.3.4	
	6.4	6.4.1	Este OE afrontará dificultades en el plan de trabajo bienal actual y futuro para mantener los logros y alcanzar las metas futuras (especialmente en el área de control del tabaco). Además, debido a que complementa al OE 3 (prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles), se recomienda que se apruebe un aumento leve en el bienio 2012–2013 (\$ 17 millones).
	6.5	6.5.1	
		6.5.2	
	6.6	6.6.1	
OE7	7.1	7.1.1	Este OE tiene 12 indicadores de RPR, de los cuales 10 son indicadores del tipo número de países; 1 indicador ya ha logrado la metra del 2013.
Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	7.2	7.2.1	
		7.2.2	En el 2008–2009, este OE obtuvo \$17,4 millones (100%) de su PP, de los cuales el 58% provenía de otras fuentes. Su ejecución presupuestaria fue de 95%, y se había alcanzado el 94% de las metas del indicador de RPR.
		7.2.3	
	7.3	7.3.1	
	7.4	7.4.1	
	7.5	7.5.1	Hasta diciembre del 2010, se había entregado a este OE, 61% de su PP (\$12,7 millones de \$20,96 millones); había alcanzado una ejecución presupuestaria de 70%, y 83% de sus indicadores de RPR estaban en curso. En particular, se considera que dos de los indicadores están en dificultad (el 7.1.1, ejecución de las estrategias nacionales que abordan las recomendaciones de políticas de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud y el 7.6.3, la salud de grupos étnicos y raciales).
		7.5.2	
		7.5.3	
	7.6	7.6.1	
		7.6.2	Sobre la base de lo anterior, de la prioridad de este OE (#5), del hecho de que aborda cuestiones de salud transversales (determinantes de salud) del Plan Estratégico, y su importancia dentro de la Agenda de Salud para las Américas (área de acción #2), es razonable recomendar un aumento del PP para 2012-2013 (se sugiere la cantidad de \$22,7 millones). Este OE se considera una de las prioridades máximas en las Estrategias de Cooperación en los Países.
		7.6.3	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación de finales del 2010 (cont.)

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE8	8.1	8.1.1	<p>Este OE tiene 13 indicadores de RPR, de los cuales 5 son indicadores de tipo número de países. Este OE tenía el mayor número de indicadores de RPR en riesgo en diciembre del 2010 (según el SED).</p> <p>En el 2008–2009, este OE obtuvo \$19,1 millones (76%) de su PP (\$25 millones), de los cuales 31% provenían de otras fuentes. Su ejecución presupuestaria fue de 91%, y se había alcanzado el 84% de las metas del indicador de RPR.</p> <p>Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 79% de su PP (\$19,8 millones de \$24,93 millones); su ejecución presupuestaria fue de 53%, y 31% de sus indicadores de RPR estaban en curso.</p> <p>Teniendo en cuenta las dificultades para mantener los logros y alcanzar las metas futuras para este OE (de acuerdo con el ejercicio de SED realizado en diciembre del 2010), y considerando la repercusión de los desastres y las cuestiones climáticas asociadas, así como su contribución al ODM 7 se justifica un aumento de su PP 2012-2013 (se recomienda la cantidad de \$26,5 millones).</p>
Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud	8.2	8.1.2	
		8.1.3	
		8.1.4	
		8.2.1	
	8.3	8.3.1	
	8.4	8.3.2	
		8.4.1	
		8.4.2	
		8.5.1	
	8.6	8.5.2	
		8.6.1	
		8.6.2	
OE9	9.1	9.1.1	<p>Este OE tiene 14 indicadores de RPR; todos son indicadores de tipo número de países. Hay 1 indicador de mantenimiento.</p> <p>En el 2008-2009, este OE obtuvo \$15,8 millones (75%) de su PP (\$21 millones), de los cuales 35% provenían de otras fuentes. La ejecución presupuestaria fue de 97% y se alcanzó el 76% de las metas del indicador de RPR.</p> <p>Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido \$19,3 millones (92% de su PP (\$20,94 millones); su ejecución presupuestaria fue de 43% y 64% de los indicadores de RPR estaban en curso.</p> <p>Sobre la base de lo anterior, y de las dificultades afrontadas para el logro de algunas de las metas del indicador de RPR, la contribución de este OE al ODM 1 (mediante el establecimiento de la Alianza Panamericana para la Nutrición y Desarrollo, para los ODM) y el hecho de que la Organización es el principal actor que se ocupa del área de inocuidad de los alimentos y nutrición, se recomienda un aumento del PP para este OE (\$22,5 millones).</p>
Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible	9.2	9.1.2	
		9.2.1	
		9.3.1	
		9.3.2	
	9.4	9.3.3	
		9.4.1	
		9.4.2	
		9.4.3	
	9.5	9.4.4	
		9.4.5	
		9.5.1	
		9.5.2	
	9.6	9.6.1	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico Evaluación de finales del 2010 (cont.)			
OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE10	10.1	10.1.1	Este OE tiene siete indicadores de RPR; todos son indicadores de tipo número de países. En el bienio 2008–2009, este OE obtuvo \$34,4 millones, un 7% más con respecto a su PP (\$32 millones), de los cuales 63% procedían de otras fuentes. Su ejecución presupuestaria fue de 85%, y se alcanzó el 80% de las metas de los indicadores de RPR. Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 42% de su PP (\$16,95 millones de \$40 millones); la ejecución presupuestaria fue de 46%, y 86% de los indicadores de RPR estaban en curso. Sobre la base de lo anterior, es razonable mantener el mismo nivel del PP en el bienio 2012–2013 (\$40 millones) para este OE. Aunque este OE tiene la prioridad #7 en el Plan Estratégico, los países han determinado que es una de las prioridades principales en sus Estrategias de Cooperación en los Países. Por otro lado, este OE está directamente relacionado con 3 de las 8 áreas de acción en la Agenda de Salud para las Américas.
Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud		10.1.2	
		10.1.3	
		10.1.4	
	10.2	10.2.1	
		10.2.2	
	10.3	10.3.1	
OE11	11.1	11.1.1	Este OE tiene 14 indicadores de RPR, de los cuales 12 son indicadores de tipo número de países; 1 es un indicador de mantenimiento. En el 2008–2009, este OE obtuvo \$31,1 millones (89%) de su PP (\$35 millones), de los cuales 42% provenían de otras fuentes. Su ejecución presupuestaria fue de 97%, y se había alcanzado el 71% de las metas del indicador de RPR. Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 71% de su PP (\$30,6 millones de \$42,84 millones); la ejecución presupuestaria fue de 50% y 86% de los indicadores de RPR estaban en curso. Basado en lo anterior, es razonable mantener el mismo nivel del PP para este OE (prioridad #11) en el bienio 2012–2013. Este OE también complementa al OE 10 (servicios de salud), al OE 13 (recursos humanos para la salud) y al OE 14 (protección social y financiamiento sanitario).
Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud		11.1.2	
	11.2	11.2.1	
		11.2.2	
	11.3	11.3.1	
		11.3.2	
		11.3.3	
		11.3.4	
	11.4	11.4.1	
		11.4.2	
	11.5	11.5.1	
		11.5.2	
		11.5.3	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico
Evaluación de finales del 2010 (cont.)

OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE12	12.1	12.1.1	<p>Este OE tiene 9 indicadores de RPR; todos son indicadores de tipo número de países. Un indicador ya logró el objetivo del 2013.</p> <p>En el 2008–2009, este OE obtuvo \$19,2 millones (87%) de su PP (\$22 millones), de los cuales 69% provenían de otras fuentes. Su ejecución presupuestaria fue de 90%, y se alcanzó el 88% de las metas de los indicadores de RPR.</p> <p>Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 103% de su PP (\$19,45 millones en comparación con \$18,96 millones). Había logrado una ejecución presupuestaria de 57%, y 67% de los indicadores de RPR estaban en curso.</p> <p>El presupuesto de este OE para el bienio 2010–2011 fue reducido en alrededor de 14%, en comparación con su presupuesto para el 2008–2009. Sobre la base del nivel de movilización de recursos y la tasa de ejecución en 2010–2011, se concluye que el financiamiento para este OE fue insuficiente en el bienio 2010–2011. En consecuencia, se recomienda un aumento presupuestario leve para el 2012–2013 (\$20 millones). Este OE tiene relación con el área de acción, #7 "Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología" de la Agenda de Salud para las Américas.</p>
Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias		12.1.2	
		12.1.3	
		12.1.4	
		12.1.5	
		12.2	
		12.2.1	
		12.2.2	
		12.3	
		12.3.1	
		12.3.2	
OE13	13.1	13.1.1	<p>Este OE tiene 13 indicadores de RPR; todos son indicadores de tipo número de países.</p> <p>En el 2008–2009, este OE obtuvo \$14,8 millones (64%) de su PP (\$23 millones), de los cuales un 41% provenía fue de otras fuentes. Su ejecución presupuestaria fue de 92%, y se alcanzó el 68% de las metas del indicador de RPR.</p> <p>Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 61% de su PP (\$12,26 millones de \$19,95 millones); su ejecución presupuestaria fue de 57%, y 69% de los indicadores de RPR están en curso.</p> <p>Considerando los retos que ha afrontado este OE para alcanzar sus metas (según la evaluación de final del bienio 2008-2009 y el SED de diciembre del 2010), y su prioridad en el PE (#6), se recomienda aumentar su PP en el bienio 2012–2013 (\$21,5 millones). El PP de este OE se redujo de \$23 millones en 2008–2009 a unos \$20 millones en 2010–2011. Este OE también está relacionado con el área de acción #6 "Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud " de la Agenda de Salud para las Américas.</p>
Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios		13.1.2	
		13.2	
		13.2.1	
		13.2.2	
		13.3	
		13.3.1	
		13.3.2	
		13.4	
		13.4.1	
		13.4.2	
		13.4.3	
		13.4.4	
		13.4.5	
		13.5	
		13.5.1	
		13.5.2	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico			
Evaluación de finales del 2010 (cont.)			
OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE14	14.1	14.1.1	<p>Este OE tiene 10 indicadores de RPR; de los cuales 9 son indicadores de tipo número de países. Hasta el ejercicio de seguimiento y evaluación del desempeño (SED) de diciembre del 2010, este OE tenía el segundo mayor número de indicadores de RPR en riesgo.</p> <p>En el 2008–2009, este OE obtuvo \$4,9 millones (32%) de su PP (\$15 millones), de los cuales 23% provenían de otras fuentes (el OE depende principalmente de los fondos del presupuesto ordinario). Su ejecución presupuestaria fue de 94%, y se alcanzó el 77% de las metas del indicador de RPR.</p> <p>Hasta diciembre del 2010, este OE había recibido 50% de su PP (\$5 millones de \$10,27 millones); su ejecución presupuestaria fue de 50%, y solo 20% de sus indicadores de RPR están en curso.</p> <p>Considerando los retos que este OE ha tenido que afrontar para alcanzar sus metas, el hecho de que complementa al OE10 (servicios de salud) y su contribución a la Agenda de Salud para las Américas (área de acción #3, "Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad") se recomienda que el PP de este OE se aumente en el bienio 2012–2013 (se propone la cantidad de \$10,2 millones).</p>
Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible	14.2	14.2.1	
		14.2.2	
		14.2.3	
	14.3	14.3.1	
		14.3.2	
		14.3.3	
	14.4	14.4.1	
		14.4.2	
	14.5	14.5.1	
OE15	15.1	15.1.1	No se proponen cambios en este OE.
Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, y la Agenda de Salud para las Américas		15.1.2	
		15.1.3	
		15.1.4	
		15.1.5	
	15.2	15.2.1	
		15.2.2	
		15.2.3	
		15.2.4	
		15.2.5	
		15.2.6	
	15.3	15.3.1	
		15.3.2	
		15.3.3	
		15.3.4	

Análisis programático y presupuestario por objetivo estratégico Evaluación de finales del 2010 (cont.)			
OE	RPR	Ind. RPR	Observaciones y recomendaciones
OE16 Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz	16.1	16.1.1	Se sugiere reducir este OE, a fin de disminuir el presupuesto asignado a funciones habilitadoras, en comparación con las funciones básicas de la Organización.
		16.1.2	
		16.1.3	
		16.1.4	
		16.1.5	
	16.2	16.2.1	
		16.2.2	
		16.2.3	
		16.2.4	
		16.2.5	
		16.2.6	
	16.3	16.3.1	
		16.3.2	
		16.3.3	
		16.3.4	
		16.3.5	
	16.4	16.4.1	
		16.4.2	
		16.4.3	
	16.5	16.5.1	
		16.5.2	
		16.5.3	
		16.5.4	
		16.5.5	
	16.6	16.6.1	
		16.6.2	
		16.6.3	
		16.6.4	
		16.6.5	
		16.6.6	