



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



134.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 21-25 de junio 2004

Punto 4.1 del orden del día provisional

CE134/9, Add. I (Esp.)
18 junio 2004
ORIGINAL: INGLÉS

POLÍTICA PRESUPUESTARIA REGIONAL POR PROGRAMAS DE LA OPS

Antecedentes y contexto

1. En enero de 1985, el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud pidió a todos los Comités Regionales que formularan políticas presupuestarias regionales por programas que promovieran la utilización óptima de los recursos a todos los niveles, a fin de llevar a cabo las políticas colectivas de la Organización. En septiembre de ese año, el 31.^{er} Consejo Directivo aprobó la política presupuestaria regional por programas de la Organización Panamericana de la Salud como parte de la Estrategia de Gestión para la Óptima Utilización de los Recursos de la OPS/OMS en Apoyo Directo de los Estados Miembros (resolución CD31.R10).

2. La revisión actual de la política presupuestaria regional por programas de la OPS fue impulsada inicialmente por la aprobación de la resolución WHA51.31 en 1998, que introdujo un nuevo método de asignación de los fondos en todas las regiones y dio lugar a una reducción considerable de la asignación de la OMS para la Región de las Américas, durante el período 2000-2005. Bajo la dirección del Subcomité de Planificación y Programación, el proceso para el examen de la política presupuestaria regional por programas se difirió hasta que se aprobara, en 2002, el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007.

3. La necesidad de examinar la política presupuestaria regional por programas se hizo más notoria cuando, en 2003, durante los debates en el seno del Consejo Directivo acerca del presupuesto por programas correspondiente a 2004-2005, varios países pidieron que se abordara en detalle el enfoque adoptado para la distribución de los recursos. Muchos países consideraron que el método actual de asignación de recursos entre los países tenía que examinarse y señalaron la importancia de formular criterios basados en las necesidades para mejorar el método aplicado actualmente a la asignación de recursos.

4. Durante 2003, el Consejo Directivo también ratificó su apoyo a la Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007, que consideraba la gestión de los recursos como uno de los objetivos institucionales del cambio que estaba en marcha en la Organización. Más aún, en la Estrategia se indicaba que sería importante que la política presupuestaria apoyara la ejecución del Plan Estratégico, haciendo hincapié en los grupos especiales de población, países clave y objetivos técnicos.

5. En el examen y la modificación de la política del presupuesto regional por programas se tomaron en consideración varios mandatos mundiales y regionales, a saber:

- a) *Pacto del Milenio*: Al aumentar el reconocimiento, dentro y fuera del sector de la salud, de la interrelación que hay entre la salud y el desarrollo, y más recientemente entre la salud y la seguridad humana, la salud ha cobrado importancia en los temarios del desarrollo, tanto mundial como regional. Esto lo expresan mejor la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, adoptados en 2000 por la comunidad mundial para reducir considerablemente la pobreza en el mundo. La salud es fundamental para cuatro de las ocho metas y tiene una función indirecta en varias otras. Estas metas guiarán los programas de desarrollo de los países hasta 2015; por ende, es imperativo que la OPS aproveche esta oportunidad de acelerar el desarrollo sanitario en los países y vele por que se atiendan las desigualdades de salud. Es necesario apoyar a los países para que puedan alcanzar las metas nacionales que se han fijado y que reflejan su compromiso con el Pacto del Milenio.
- b) *Programa General de Trabajo de la OMS*. De conformidad con su mandato constitucional, la OMS está elaborando su Undécimo Programa General de Trabajo mediante consultas con las regiones, los países, los socios y otros interesados directos. Este Programa General de Trabajo abarcará el período 2006-2015 y procura presentar a los países una visión para la salud, así como un marco de acción para toda la OMS. Por lo tanto, deberá orientar los planes de la OPS tanto a largo como a corto plazo.
- c) *Asignar mayor importancia a los países*. Desde mediados de los años ochenta se ha reconocido la necesidad de colocar a los países en el centro mismo de la cooperación. En la política presupuestaria anterior, la fijación de una meta mínima de 35% del presupuesto ordinario para las asignaciones a los países apoyaba la tendencia hacia la descentralización que establecía una presencia en la mayoría de los países y utilizaba estos mecanismos como la línea de acción y la vía de acceso para toda la cooperación técnica de la OPS con los países. Este mínimo, dedicado a las asignaciones de países, se logró.

Actualmente, un objetivo estratégico común de la OMS y de la cooperación técnica de la OPS es aumentar las actividades que se realizan en los países y con ellos. Para apoyar este enfoque centrado en el país, la OMS está en proceso de desplazar recursos a las regiones y los países para alcanzar una meta de 80% en 2009; y se prevé que todas las regiones demuestren un cambio de los recursos hacia los países.

Uno de los retos consiste en fijar una meta más ambiciosa para la parte del presupuesto que corresponde al país, a la vez que se logra que haya recursos suficientes para el trabajo que se llevará a cabo en la Oficina Regional y los centros panamericanos, ya que estos prestan su apoyo fundamental a la cooperación técnica en los países, además de efectuar el trabajo normativo que complementa la cooperación con los países. Otro reto es el de lograr que los criterios utilizados, a la vez que reducen las inequidades en la asignación entre los países, tengan en cuenta la importancia que se asigna a los cinco países clave.

Si bien es cierto que colocar a los países en el centro de la atención exige el aumento de los recursos en muchos de ellos para lograr mayores efectos, la estrategia exige la reorientación y la concentración de la cooperación técnica a todos los niveles y unidades orgánicas de la Organización hacia las necesidades de los países, y esto debe reflejarse en el proceso de programación.

- d) *Integración subregional:* Aunque la globalización está bien afianzada, hay procesos fuertes de integración a nivel subregional, como la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la Comunidad Andina de Naciones (CAN), el Sistema de Integración Centroamericana (SICA) y el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). La salud es un componente fundamental de los programas a este nivel y exige colaboración en una gama de asuntos. La OPS ha venido siguiendo los procesos de desarrollo sanitario afines en diferentes grados y mediante distintos mecanismos, pero esto sólo se ha observado en los presupuestos por programas en el caso de la subregión del Caribe. Este enfoque o nivel de programación ahora debe reconocerse en todos los casos, sobre la base de los criterios acordados y con los recursos asignados.
- e) *Llamamiento a los organismos internacionales para que demuestren el valor agregado:* Los países colaboran con un número cada vez mayor de instituciones a los niveles subregional, regional y mundial. Desde principios de los años noventa, los interesados directos y los socios han venido exigiendo un mayor valor por su dinero en el sector público, en las esferas tanto internacionales como nacionales. La gestión basada en los resultados es una parte crucial del proceso de gestión de la OMS y la OPS y es la herramienta fundamental que permite la evaluación del

logro de los resultados y el mejoramiento de la eficiencia y la eficacia del trabajo de la Organización. Los resultados de un seguimiento y una evaluación eficaces deben guiar la formulación de los programas técnicos que seguirán; por otra parte, la transparencia debe ser el sello distintivo del proceso de planificación y de gestión.

Planificación, programación y preparación de presupuestos por programas

6. La planificación, la programación, el seguimiento y la evaluación que efectúa la Organización deben diseñarse de tal forma que constituyan un proceso integrado y continuo, que incorpore la planificación a largo y a mediano plazo. Aunque estén separados en fases bien diferenciadas, cada componente deberá diseñarse para que sirva de marco y de referencia para las otras fases.

7. La planificación a largo plazo tiene lugar a nivel mundial y la región debe hacer todo lo posible por contribuir a este proceso. Esta fase concluye con la aprobación de un Programa General de Trabajo por la Asamblea Mundial de la Salud.

8. El proceso de planificación a mediano plazo que se efectúa a nivel regional debe utilizar el Programa General de Trabajo como su guía y basarse en los resultados de los análisis de los ambientes externo e interno, en los mandatos adoptados anteriormente a los niveles internacional y regional y las necesidades de los países, determinadas conjuntamente. El plan a mediano plazo deberá especificar las metas estratégicas y los objetivos hacia los que la Organización está dirigiendo sus iniciativas en la Región de las Américas, así como determinar las orientaciones estratégicas y programáticas en ese período. Como complemento de lo anterior, la planificación a mediano plazo también deberá tener lugar a nivel de país para aclarar la respuesta estratégica de la OMS/OPS en un período de cuatro a cinco años, a objeto de apoyar a un país determinado en las actividades que realiza en su búsqueda de las metas colectivas, mundiales y regionales. Este es el objetivo del proceso de la Estrategia de Cooperación de los Países que está ejecutándose ampliamente en la OPS y procura definir la búsqueda estratégica de la cooperación individual con los Estados Miembros en el marco de los mandatos colectivos de la Organización.

9. El proceso de planificación de corto plazo está centrado en la formulación de presupuestos por programas bienales para ejecutar el plan regional a mediano plazo y contribuir con los objetivos mundiales durante el período. El proceso deberá colocar las necesidades de los países en un lugar prioritario y procurará enfocar el trabajo de todos los niveles de la Oficina a estas necesidades. Este proceso de gestión a nivel de toda la Organización también deberá basarse en los resultados, definirá claramente los objetivos comunes de los países durante ese período a cuyo logro también contribuirá la Oficina mediante la cooperación técnica integrada, multidisciplinaria y de varios niveles, en las

esferas de trabajo seleccionadas. Los resultados, que pueden ser objeto de una comprobación objetiva, y de los cuales tendrá que rendir cuentas la Oficina al finalizar el bienio, deben negociarse con países y socios a los niveles nacional, subregional y regional. El presupuesto bienal por programas de la OPS deberá ser un reflejo, lo más exacto posible, de la congruencia entre las exigencias concretas del país y las decisiones actuales de política a nivel regional y mundial, dentro de cada ámbito de trabajo.

10. La elaboración de un programa de país a corto plazo deberá basarse en la estrategia de cooperación a mediano plazo de los países, donde exista. A falta de esta estrategia, el proceso debe procurar determinar la respuesta de la OPS durante un período de dos años, para ayudar al país a alcanzar las metas comunes de la Organización. Deberá tener en cuenta los resultados de la evaluación del último bienio, las prioridades nacionales de salud pertinentes, así como los recursos disponibles en el país y de otros socios. En todos los casos, la programación a nivel de país es una oportunidad fundamental para el fortalecimiento de las alianzas estratégicas y de la naturaleza intersectorial del trabajo de la OPS.

11. La participación nacional en la elaboración del presupuesto por programas es de importancia fundamental para lograr que los escasos recursos de la Organización se asignen a las áreas prioritarias. La participación de los países ocurrirá en tres niveles:

- a) Primero, tendrá lugar dentro de cada país mediante el proceso conjunto y continuo de evaluación de la cooperación técnica existente considerando las circunstancias, las condiciones y las necesidades en constante cambio. Ese cometido conjunto estará apoyado por exámenes periódicos y exhaustivos de la política y los programas.
- b) Segundo, ocurrirá por la participación activa de los Estados Miembros de la OPS en los Cuerpos Directivos de la Organización Mundial de la Salud. Al actuar como parte de la rama colectiva de formulación de políticas de la OMS, los Estados Miembros tienen una oportunidad de formular observaciones acerca del monto de la contribución de la OMS a la Región de las Américas y en la contribución regional al logro de los resultados esperados en todo el mundo.
- c) Tercero, los Estados Miembros, por medio de su participación en el Subcomité de Planificación y Programación, en el Comité Ejecutivo y en el Consejo Directivo de la OPS, determinan el programa de trabajo, la cuantía de los recursos al alcance de la Organización, así como la asignación de esos recursos para lograr los resultados esperados acordados para la Región.

12. El proceso de presupuestación del programa regional deberá estar apoyado por un sistema institucional de información para la gestión destinado a la programación, el

seguimiento y la evaluación. Este es el caso del sistema AMPES de la OPS. Aunque el presupuesto por programas se aprueba cada dos años, deberá haber un proceso de examen y de reprogramación, al menos anualmente, para lograr que el programa de cooperación técnica responda a las situaciones y las necesidades en constante cambio de cada país, así como a la disponibilidad de recursos en los países y en la Organización. Este proceso de examen deberá emprenderse conjuntamente con los países, a nivel nacional y con las unidades técnicas y de apoyo, a nivel regional.

13. El proceso de preparación, ejecución y seguimiento del presupuesto por programas de la OPS ofrece varias oportunidades para la promoción de la coordinación eficaz dentro y entre las unidades técnicas de la Organización, así como para la coordinación entre los diversos niveles de la Organización.

Arquitectura del presupuesto por programas de la OPS

14. El alcance del trabajo de la OPS, como organismo multilateral especializado en salud, abarca funciones normativas colectivas y objetivos comunes de salud pública de sus Estados Miembros, así como funciones de cooperación técnica orientadas a apoyar el desarrollo sanitario nacional en cada país a título individual. Lo anterior incluye, entre otros, el establecimiento de la visión y las orientaciones estratégicas para el desarrollo sanitario en las Américas, la fijación de normas acordadas por los Estados Miembros, la vigilancia de las situaciones sanitarias y la determinación de los mejores métodos y la investigación. Por otro lado, las funciones de cooperación técnica propias del país son las que están directamente relacionadas con la formación de capacidad institucional en los países y con el diseño y la ejecución de programas técnicos integrados para abordar situaciones sanitarias concretas.

15. El trabajo de la Organización se refleja en su presupuesto por programas a lo largo de tres perspectivas interrelacionadas:

- A. Nivel funcional
- B. Áreas de trabajo
- C. Nivel de la organización.

16. Las cifras que figuran en el anexo 1 muestran la relación entre A y C, A y B, y B y C. En la práctica, es una matriz tridimensional que combina las tres perspectivas.

- A. **Los niveles funcionales** representan el alcance de las actividades de cooperación técnica que la Organización emprende para apoyar sus mandatos. Estos niveles son de país, subregional y regional.

- i) ***País:*** Los programas de cooperación técnica tienen como finalidad satisfacer las necesidades de un país en particular para el logro de los mandatos colectivos de la Organización y sus metas nacionales de desarrollo sanitario. El apoyo técnico para estas actividades lo prestan fundamentalmente las oficinas del país, pero otras unidades también pueden prestar apoyo.
 - ii) ***Subregional:*** Los programas de cooperación técnica tienen como finalidad satisfacer las necesidades de un grupo de países en su búsqueda de las metas subregionales de desarrollo sanitario en el marco de los mandatos colectivos de la Organización. El apoyo técnico a este nivel puede prestarlo y coordinarlo cualquier tipo de unidad orgánica. Estos programas abarcan todos o algunos de los países que pertenecen a una de las instituciones de integración subregional reconocidas, a saber: CARICOM, MERCOSUR, SICA, CAN o TLCAN. Este nivel funcional del trabajo de cooperación técnica apoya los programas de salud de los procesos subregionales de integración y debe ponerse en práctica con los países, mediante mecanismos responsables de planificación y ejecución de los respectivos programas de salud. Los resultados esperados claramente definidos deberán acordarse con los grupos de países.
 - iii) ***Regional:*** El nivel regional de las actividades comprende los programas de componente técnico encaminados a satisfacer las necesidades de todos los Estados Miembros, en cuanto al trabajo normativo y al logro de las metas de salud pública y de los objetivos regionales. Si bien tradicionalmente este componente lo han ejecutado las unidades regionales, así como los centros panamericanos¹, también pueden llevarlo a cabo las Representaciones de la OPS/OMS en los países.
- B. **Las áreas de trabajo** son las categorías utilizadas en la clasificación del trabajo de la Organización que reflejan la respuesta a las necesidades mundiales y regionales de salud, así como las responsabilidades institucionales, como la gestión o los servicios de apoyo. El número y el contenido de las áreas representan decisiones acerca del trabajo de la Organización durante un período dado y deben examinarse regularmente para lograr que respondan a las necesidades en constante cambio del entorno. Las áreas de trabajo guían la formulación de programas al nivel funcional y de organización.

¹ Los centros panamericanos se concentran en una o varias áreas técnicas mediante una gama de funciones, como la investigación, el trabajo normativo y la cooperación técnica. Algunos también prestan servicios. Varios de ellos atienden a la Región en su totalidad; otros solamente a ciertas subregiones.

Las áreas de trabajo son los elementos fundamentales para la planificación, la programación, la presupuestación y la presentación de informes en el proceso de gestión de la OMS y de la OPS basado en los resultados. El establecimiento de prioridades debe influir en la asignación de todos los recursos entre las áreas de trabajo.

La articulación del presupuesto regional por programas de la OPS con los resultados mundiales esperados por área de trabajo del presupuesto por programas de la OMS hace que la congruencia entre las áreas de trabajo de la OPS y de la OMS sea un elemento fundamental para el proceso de gestión.

C. Los **niveles de la organización** son los tres tipos de unidades que forman parte de la estructura de la OPS, a saber: Representaciones de la OPS/OMS en los países, los centros panamericanos y las unidades regionales. El trabajo en cualquiera de los tres tipos de unidades puede contribuir a una o varias áreas de trabajo o componente funcional.

17. La cooperación técnica entre países (CTP) ocurre cuando dos o más países, independientemente de que sean desarrollados o en desarrollo, han acordado ayudar a uno o varios de los países cooperantes o encontrar enfoques comunes para resolver un problema común. Esto debe distinguirse de los niveles funcionales subregionales y regionales, y exige una consideración especial en la formulación o la ejecución del presupuesto por programas. En la CTP, hay cooperación política entre los países mediante convenios voluntarios encaminados a fortalecer la autosuficiencia de uno o varios de los países en cuestión en áreas pertinentes a sus prioridades sanitarias nacionales.

18. La función de la OMS y la OPS debe ser principalmente catalítica, es decir: impulsar la movilización de recursos científicos, técnicos y de gestión de los socios nacionales apropiados y contribuir con el diseño de intervenciones eficaces. El financiamiento de la CTP incumbirá principalmente a los gobiernos interesados con miras a promover el objetivo buscado, que es la autosuficiencia. Los Estados Miembros tienen derecho a buscar el apoyo de otros organismos bilaterales o multilaterales para complementar sus propias contribuciones.

19. El presupuesto por programas de la OPS es financiado con fondos de distinta procedencia: fondos ordinarios de la OPS aportados por las contribuciones de los países; la proporción de los fondos ordinarios de la OMS a la Región de las Américas procedente de las contribuciones de sus países miembros; otras fuentes movilizadas tanto por la OMS como por la OPS, respectivamente. Todos los fondos costean los programas o los proyectos dentro del presupuesto por programas único para que pueda apreciarse la relación lógica entre todas las intervenciones técnicas.

20. El presupuesto por programas debe verse como un instrumento flexible de gestión estratégica. Debe ser capaz de responder a los entornos en constante cambio, como los desastres y las necesidades de salud emergentes, y tener en cuenta la repercusión de los cambios económicos desfavorables y de las dificultades sociopolíticas en el momento oportuno. El presupuesto por programas debe servir de marco para la movilización de los recursos y para atraer otras iniciativas de colaboración con otros sectores y organismos.

Criterios para la asignación de los recursos

21. El enfoque a la asignación de los fondos está arraigado firmemente en los principios de la equidad y la solidaridad. La equidad se refleja en la adopción de criterios basados en las necesidades para la asignación de los recursos entre los países; la solidaridad se reconoce en el suministro de por lo menos un nivel mínimo de fondos de cooperación por y con todos los países a los niveles regional y subregional, y entre ellos.

22. El aumento de la importancia asignada al país deberá aprovechar la ventaja comparativa reconocida de la OPS, por tener una presencia en los países y una estrecha relación con el sector de la salud. El tipo, o el nivel, de la presencia en el país dependerá de los recursos disponibles en los países y de la magnitud de la asignación propia del país en el presupuesto por programas.

Asignación entre los componentes funcionales

23. Como punto de partida, deberá hacerse una distribución inicial con respecto al trabajo dentro de los niveles regional, subregional y del país. La distribución entre los niveles funcionales deberá ser dinámica, tendrá en cuenta los cambios en el entorno y la información nueva, pero siempre tendrá el objetivo de mejorar los resultados a nivel de país. Con el transcurso del tiempo, los resultados de las evaluaciones deberán guiar los ajustes en la ponderación de los recursos para estos diferentes enfoques al trabajo técnico.

24. Por ser uno de los indicadores del nivel de importancia asignada al país, deben fijarse metas a mediano plazo para los recursos asignados directamente a los países y estas deben examinarse luego de transcurridos tres bienios. Durante el próximo período, que va de 2006 a 2011, la Organización fija como meta una asignación de recursos mínimos de 40% a nivel de país y de 5% a nivel subregional.

Asignación entre los países

25. El financiamiento a nivel de país se dividirá en dos partes: el financiamiento de base y el variable.

- a) Los *recursos básicos* comprenderán dos componentes: i) una asignación fija que financiará al menos un nivel mínimo de presencia en el país y actividades para todos los Estados Miembros, y ii) una asignación basada en las necesidades que distribuirá los fondos entre los países sobre la base de criterios de necesidad económica y de salud. Todos los Estados Miembros comenzarán con una asignación presupuestaria mínima igual para sufragar un nivel básico de actividades; esta será la asignación total para los Estados Miembros que tienen los ingresos per cápita más altos. Para todos los otros Estados Miembros, el resto del financiamiento básico y la asignación basada en necesidades se distribuirán sobre la base de criterios fácilmente disponibles relacionados con la esperanza de vida y los ingresos per cápita, ajustado para un factor de población. En el anexo II se detallan los factores y el cálculo de la distribución. Los recursos básicos deben constituir no menos de 95% de las asignaciones de los países.
- b) Los *fondos variables* darán flexibilidad al proceso de asignación. Estarán orientados a un propósito concreto, quedarán sujetos a limitaciones de tiempo y servirán para dar un impulso a corto plazo en los recursos, a objeto de acelerar el progreso hacia el logro de los mandatos colectivos prioritarios, si hay restricciones en el financiamiento. Se prevé que los recursos totales destinados al financiamiento especial no excederían 5% de los recursos totales asignados a nivel de país.

Entre las áreas de trabajo

26. La distribución de los recursos entre las áreas de trabajo a todos los niveles de la Organización debe ser compatible con el apoyo necesario para lograr prioridades colectivas, tanto a nivel mundial como regional. Se prestará atención especial a esas áreas de trabajo que contribuyen directa o indirectamente al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

27. *Movilización de recursos:* La Organización tiene una responsabilidad continua de movilizar los recursos necesarios para el logro de sus objetivos, de sus resultados esperados y de las metas de salud a nivel nacional, subregional y regional. Los recursos ordinarios no son suficientes, por lo que es necesario movilizar otras fuentes en el marco de un presupuesto por programas único e integrado.

28. La Organización deberá procurar la movilización de recursos humanos e institucionales así como financieros. Estos recursos complementarios deberán destinarse al apoyo de las actividades de cooperación técnica regional, subregional y de país, pero siempre de acuerdo con las políticas y los objetivos regionales y responder a los mandatos de los Cuerpos Directivos de la Organización.

29. Entre los criterios para aceptar fondos de otras fuentes se encuentran:
- a) El destino de los fondos deberá estar de acuerdo con las políticas y las prioridades técnicas y con las estrategias de gestión de la Organización. En general, otras fuentes deben complementar el presupuesto ordinario para intensificar las actividades tendentes a alcanzar los resultados establecidos, ya sean nacionales, subregionales o regionales o para empezar actividades complementarias.
 - b) Las condiciones que rigen su utilización deben estar de acuerdo con las políticas y las normas de la Organización.
 - c) Si los recursos se van a utilizar dentro de cualquier Estado Miembro, la finalidad debe estar de acuerdo con las políticas y prioridades nacionales de ese Estado Miembro.
 - d) Tanto la Organización como el Estado Miembro deberán tener en consideración el costo de administrar esos recursos externos y los costos a largo plazo, si se quieren mantener los resultados.
30. La coordinación de las iniciativas dentro de la Organización para la movilización de recursos es fundamental al objeto de lograr la utilización óptima de los recursos limitados procedentes de socios bilaterales y multilaterales.

Ejecución, seguimiento y evaluación

31. El presupuesto regional por programas aprobado deberá llevarse a la práctica mediante la formulación y la ejecución, por todas las unidades orgánicas, de un presupuesto bienal por programas propio de la unidad y de planes de trabajo operativos o de ejecución especiales para la unidad, que abarquen un mínimo de seis meses en cualquier momento. Los planes de trabajo, así como el presupuesto bienal por programas, deben reflejar los aportes de todos los niveles de la Organización.
32. A nivel de país, la formulación y ejecución de los planes de trabajo son una responsabilidad conjunta de los países y de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). Los países se obligan a sí mismos a llevar a cabo las actividades nacionales, que cuentan con el apoyo de los recursos complementarios y oportunos de la cooperación técnica de la Organización. Mediante reuniones ordinarias, los procedimientos acordados y otros mecanismos eficaces de gestión de proyectos, la OSP y las autoridades nacionales colaboran para el logro de los resultados esperados y, en último término, para que el país contribuya al logro de las metas de salud en la Región.

33. En la fase de ejecución deberá incorporarse cierta flexibilidad para poder dar una respuesta ante cambios súbitos en las condiciones nacionales o regionales y ante el surgimiento de necesidades no previstas anteriormente. Las condiciones que exigen una reprogramación deberán definirse claramente y se establecerá, además, un procedimiento para el examen y la aprobación del presupuesto por programas modificado.

34. En caso de que surgiera en un país una necesidad súbita y urgente, los recursos de otros países y del nivel de la Oficina Regional pueden destinarse a satisfacer esa necesidad nacional particularmente urgente.

35. La administración de los recursos es una responsabilidad compartida entre los Estados Miembros y la OPS/OMS. Sin embargo, la Organización conserva la responsabilidad final de la administración de los fondos que forman parte de su presupuesto y, en último término, responde de esos fondos ante los Cuerpos Directivos, que representan la voz colectiva de los pueblos de la Región.

36. El progreso en la ejecución del presupuesto bienal por programas, independientemente de la procedencia de los fondos, deberá verificarse por lo menos cada seis meses a nivel de la unidad orgánica. Los análisis del progreso en los diferentes niveles de la Organización deben alertar a la Dirección acerca de las dificultades que se encontraron en la ejecución para facilitar la aplicación, en el momento adecuado, de intervenciones correctivas de carácter técnico o de gestión, para el logro de los resultados esperados.

37. Las evaluaciones deben formar parte integral del ciclo de gestión y, como en las otras fases del presupuesto por programas, deberán hacerse conjuntamente con los países, en la medida de lo posible. A menudo resulta difícil evaluar la repercusión del trabajo de la Organización debido a: 1) la naturaleza y la complejidad de los problemas de salud; 2) que la cooperación técnica de la OPS apoya principalmente las iniciativas del país para alcanzar sus objetivos nacionales de salud; y, 3) que a menudo participan varios socios. A pesar de esto, la Organización debe adoptar los enfoques que estén a su alcance para determinar la eficacia y la eficiencia de sus programas. Las autoevaluaciones corrientes deben complementarse con evaluaciones exhaustivas del grado en que se han logrado los objetivos del programa y para la determinación objetiva de los factores que contribuyen a los resultados. Es crucial velar por que los presupuestos por programas futuros se beneficien de las enseñanzas extraídas en el proceso de cooperación y reflejen con mayor precisión las necesidades y los recursos de los países.

Oportunidades para la ejecución y el seguimiento de la política

38. Se están elaborando estrategias de cooperación para todos los países y se actualizarán cuando haya cambios en la situación en los países o en las políticas de la

Organización. Las estrategias identificarán, entre otras cosas, la combinación y el nivel de los recursos técnicos requeridos para contribuir significativamente a las iniciativas emprendidas por el país para abordar las prioridades de salud.

39. El nuevo enfoque a nivel de toda la Organización para el examen de los convenios, los programas y los proyectos financiados por otras fuentes, logra que las actividades apoyadas sean congruentes con las políticas y los mandatos actuales y que la Organización pueda administrar el proyecto de manera eficaz y eficiente.

40. Los exámenes anuales del presupuesto bienal por programas facilitan: 1) los ajustes de mitad de período del programa que se está ejecutando, y 2) la adaptación de las propuestas a las prioridades de la Organización y al entorno en constante cambio. Una mayor utilización de los marcos analíticos para estos exámenes contribuirá al rigor de la programación y al mejoramiento de los informes cualitativos y cuantitativos.

41. El examen en serie del presupuesto por programas efectuado por los Cuerpos Directivos permite centrarse en diferentes momentos en los aspectos técnicos, la orientación de política y la asignación de recursos del presupuesto por programas. En este sentido, la función del Subcomité de Planificación y Programación es fundamental para lograr la validez de las propuestas.

A. Contribución de las unidades orgánicas a la actividad de cooperación técnica de los niveles funcionales de la organización			
Unidades orgánicas	NIVEL FUNCIONAL		
	País	Subregional	Regional
Representaciones de la OPS/OMS	++++	++	+
Centros panamericanos	++	++	+++
Unidades regionales	+	++	++++

B. Contribución de los niveles funcionales a las áreas de trabajo			
Niveles funcionales	ÁREAS DE TRABAJO (ejemplo)		
	Salud de la familia y del niño	Prevención de enfermedades	Medicamentos esenciales
Regional	+	+++	+++
Subregional	++	++	++
País	+++	++++	++

C. Contribución de las unidades orgánicas a las áreas de trabajo			
ÁREAS DE TRABAJO	UNIDADES ORGÁNICAS		
	Representaciones de la OPS/OMS	Centros panamericanos	Unidades regionales
Salud de la familiar	+++	+	++
Salud del niño y del adolescente	+++	-	++
Control de enfermedades	+++	++	+
Medicamentos esenciales	++	-	+++

Asignación de los recursos de la OPS/OMS a los países

Modelo conceptual

1. La creación del modelo se basa en los principios propuestos en el documento de política. El cuadro 1 ilustra el modelo conceptual y sus diversos elementos se explican a continuación.

Enfoque de dos partes para la asignación de los recursos

2. La asignación de los recursos a los países se dividirá en un componente básico y en uno variable. El componente básico consta de dos partes: la cifra mínima y la parte que se basa en las necesidades. La primera representa los recursos que todos los países recibirán por igual y será una asignación presupuestaria concebida para que cada Estado Miembro realice un mínimo de actividades de cooperación técnica; será la única asignación presupuestaria para los países con el mayor ingreso per cápita. La parte que se basa en las necesidades representa la proporción del presupuesto que estará sujeta a los criterios basados en las necesidades que fueron creados para el modelo que se explica en las siguientes secciones. Esta parte representa la proporción mayor del presupuesto total que se asigna a los países.

3. El componente variable está concebido para conferir cierta flexibilidad al proceso presupuestario. Consistirá en un financiamiento proyectado que está restringido por el tiempo y destinado a dar un impulso a corto plazo a los recursos de los países con el fin de acelerar los avances hacia el cumplimiento de los mandatos colectivos mundiales y regionales, y hacia el establecimiento de prioridades. La Directora de la OSP hará una propuesta para la programación de estos fondos en consulta con los países. Se espera que los recursos reservados para esta finalidad no excedan 5% del nivel total de los recursos asignados a los países.

Parámetro basado en las necesidades

4. El parámetro basado en las necesidades permite que la medida de la necesidad relativa entre los países sea objetiva. Al considerar un parámetro, se opina que las condiciones generales de salud en un país, junto con su estado económico relativo, captarán mejor la necesidad relativa de salud de un país. Asimismo, es importante que los datos usados para crear un parámetro basado en las necesidades estén disponibles para todos los países de la Región. Y, aunque sería ideal disponer de datos estadísticos que reflejen la equidad en la salud en los países, se determinó que actualmente no hay estadísticas pertinentes ni coherentes para todos los países de la Región.

5. A manera de marcador sustitutivo del grado de las necesidades sanitarias actualmente presentes en un país determinado, se calculó un índice compuesto para establecer una asignación más equitativa de los recursos básicos de la OPS. Este índice de las necesidades de salud (INS) incorpora dos dimensiones amplias de la salud y de sus factores determinantes mediante dos indicadores descriptivos conocidos: la esperanza de vida al nacer y el ingreso nacional bruto per cápita, ajustados por la paridad de poder adquisitivo (ingreso per cápita).

6. Para cada país, se calcula una media aritmética con los dos datos más recientes de la esperanza de vida y del ingreso per cápita —como se presentó en el Sistema Regional de Datos Básicos en Salud de la OPS—. Para un país dado i , el INS se calcula como sigue:

$$\text{Índice de las necesidades de salud} = \frac{(leb_{i_{actual}} - leb_{\min})}{(leb_{\max} - leb_{\min})} \times 0.5 + \frac{(\log ipc_{i_{actual}} - \log ipc_{\min})}{(\log ipc_{\max} - \log ipc_{\min})} \times 0.5$$

7. Donde *real* es el valor actual del país, *mín* el valor mínimo observado en la serie de datos regionales y *máx* el valor máximo observado en la serie de datos regionales.

8. Según se observa en la fórmula, el componente de cada índice —a saber, la esperanza de vida y el ingreso per cápita de un país determinado— se calcula mediante un procedimiento estadístico de transformación ordinario que asigna un valor relativo a los países en un intervalo que va de cero (la mayoría de los países necesitados) a 1 (los países menos necesitados). Cabe mencionar que después de una recomendación bien establecida², se calcula una transformación logarítmica de la distribución de los ingresos en vez de su valor real, a fin de reflejar apropiadamente el extremo inferior de la distribución de los ingresos, es decir, los países más pobres. El índice de las necesidades de salud se compone por lo tanto de la suma de los valores de sus dos componentes, después de que se les asigna el mismo peso (0,5).

9. La distribución del índice de las necesidades de salud se utiliza posteriormente para computar los percentiles y determinar la incorporación de los países dentro de estos percentiles de las necesidades de salud relativas (consúltese en el cuadro 2 un ejemplo ilustrativo de la aplicación del INS con los últimos datos oficiales).

² Anand S, Sen A. The income component in the HDI –alternative formulations. Occasional Paper. United Nations Development Programme, Human Development Report Office, New York; 1999. También: Sen A. Assessing human development. Special contribution, in: United Nations Development Programme. Human Development Report 1999: Globalization with a human face; Oxford University Press; New York, 1999

Agrupamiento de los países en percentiles

10. Aunque se considera que un índice es una medida aceptable para determinar el estado relativo de los países, la aplicación directa de un índice por sí sola no es el medio más adecuado para la asignación incondicional de los fondos a los países. Los datos estadísticos presentan distintos grados de confianza e incluso los incrementos del índice no están sistemáticamente ponderados a lo largo de la escala. El modelo procura evitar la sobreinterpretación del índice al colocar a los países en cinco percentiles, o quintiles, mediante la fórmula estadística que normalmente se utiliza para este fin. Los países clasificados en un mismo quintil recibirán el mismo tratamiento en lo que se refiere a la aplicación de los criterios basados en las necesidades.

Distribución progresiva de los recursos basados en la necesidad relativa

11. Para conservar el principio de la equidad, el modelo asigna los recursos de manera progresiva a los quintiles con base en la necesidad relativa. En otras palabras, si se tienen dos países cualesquiera con el mismo tamaño de población, al país que está en un quintil de mayor necesidad se le asignará una parte proporcionalmente mayor de los recursos que al país que está en un quintil de necesidad menor.

12. Cabe señalar que el nivel de la ponderación progresiva usada en el modelo tiene una repercusión directa sobre el nivel de redistribución de los recursos entre los países. Cuanto mayor es la escala de ponderación progresiva que se aplica, mayor será la redistribución de los recursos a favor de los países más necesitados.

Población

13. La población es otro factor del modelo para la asignación de los recursos. En todos los modelos presentados se supone que, como los demás factores son iguales, un país con una población más grande necesitará más recursos que un país con una población más pequeña. Sin embargo, en los modelos también se supone que el efecto multiplicador que existe en el tipo de cooperación que la OPS realiza con los Estados Miembros, de tal manera que los países más pequeños necesitarán más recursos per cápita que los países más grandes. Estas suposiciones se incorporan en el modelo al ajustar las estadísticas reales de población con un método de “alisamiento” estadístico. El alisamiento de poblaciones reduce eficazmente la variedad de las poblaciones antes de usarlas para calcular los recursos. Hay varios métodos ordinarios de alisamiento estadístico usados para este fin.

Resultados del modelo

- a) Con finalidades ilustrativas, el modelo emplea el mismo nivel de los recursos del presupuesto que fue aprobado por el 44.º Consejo Directivo para las asignaciones de los países para el bienio 2004-2005. Se presentan dos modelos para la comparación (consúltense los cuadros 3 y 4); ambos utilizan una escala de ponderación progresiva de incrementos de 50%; en otras palabras, un país clasificado en un percentil de mayor necesidad recibe una asignación presupuestaria 50% mayor que un país clasificado en un percentil de necesidad menor pero con la misma población. La diferencia entre los dos modelos es el método de alisamiento de poblaciones utilizado. Los métodos de alisamiento de poblaciones que utilizan son 1) el logarítmico y 2) la raíz cuadrada de la población.
- b) En el cuadro 3, el modelo indica los resultados de aplicar el cuadrado del logaritmo a la población, mientras que el cuadro 4 presenta los resultados de aplicar la raíz cuadrada de la población. De los dos métodos de alisamiento de poblaciones, el logarítmico (cuadro 3) comprime más el rango de la población, y crea por tanto un mayor efecto de redistribución de los países de mayor tamaño favoreciendo a los países con poblaciones más pequeñas todavía más que si se aplica el método de la raíz cuadrada de la población (cuadro 4).
- c) La columna *j* muestra el financiamiento mínimo de \$500.000, mientras que la columna *k* representa la parte del componente básico que se basa en las necesidades. También en este caso, con fines ilustrativos se comparan las asignaciones de los límites máximos del presupuesto para 2004-2005 (columna *o*) con los totales del financiamiento básico. En ambos ejemplos hay todavía otros \$2,8 millones para distribuir a los países como componente de asignación variable (columna *m*).
- d) La columna *p* muestra el efecto de la redistribución de los recursos para cada país comparado con las cifras tope del presupuesto aprobadas para el bienio 2004-2005.

Cuadro 1. El modelo conceptual

PAÍS	Parámetro determinado según necesidades (-) (+)	PERCENTIL	FINANCIAMIENTO BÁSICO		FINANCIAMIENTO VARIABLE
			Base	Dependiente de necesidades (ponderación por percentil)	
País A	(-)	Grupo 1 (los menos necesitados)	\$	\$?
País B			\$?
País C			\$?
País J	(-)	Grupo 2	\$	\$\$?
País K			\$?
País L			\$?
País X	(+) (+)	Grupo 3 (los más necesitados)	\$	\$\$\$?
País Y			\$?
País Z			\$?

Cuadro 2. Ejemplo del cálculo del índice basado en las necesidades de salud

Ejemplo del cálculo del índice basado en las necesidades de salud

	Pais ¹	Clave del país	Población ² en 2003	Promedios 2001-2002 ³		Logaritmo del ingreso	Pesos estandarizadas		Índice basado en necesidades	Grupo según necesidades
				e ₀	Ingreso		e ₀	Ingreso		
1	Estados Unidos de América	USA	294.043	77,1	35.665	4,552	0,965	1,363	1,164	0
2	Canadá	CAN	31.510	79,3	28.435	4,454	1,042	1,263	1,152	0
3	Paises Bajos	NET	321	77,0	28.245	4,451	0,963	1,260	1,111	0
4	Francia	FRA	1.011	78,0	26.795	4,428	0,998	1,236	1,117	0
5	Reino Unido	UNK	12	77,1	26.235	4,419	0,967	1,227	1,097	0
6	Puerto Rico	PUR	3.879	75,6	17.170	4,235	0,913	1,040	0,976	0
7	Barbados	BAR	270	77,1	14.755	4,169	0,967	0,973	0,970	1
8	Costa Rica	COR	4.173	78,1	8.460	3,927	1,000	0,728	0,864	1
9	Chile	CHI	15.805	76,0	9.330	3,970	0,928	0,771	0,850	1
10	Argentina	ARG	38.428	74,1	10.815	4,034	0,862	0,836	0,849	1
11	Bahamas	BAH	314	67,1	15.680	4,195	0,618	1,000	0,809	1
12	Uruguay	URU	3.415	75,2	8.150	3,911	0,901	0,711	0,806	1
13	St. Kitts y Nevis	SCN	42	71,2	10.695	4,029	0,759	0,831	0,795	1
14	México	MEX	103.457	73,3	8.770	3,943	0,834	0,744	0,789	2
15	Antigua y Barbuda	ANI	73	70,9	10.255	4,011	0,749	0,813	0,781	2
16	Trinidad y Tabago	TRT	1.303	71,4	8.855	3,947	0,768	0,748	0,758	2
17	Panamá	PAN	3.120	74,6	6.045	3,781	0,880	0,580	0,730	2
18	Venezuela	VEN	25.699	73,6	5.495	3,740	0,845	0,537	0,691	2
19	Colombia	COL	44.222	72,1	6.115	3,786	0,791	0,585	0,688	2
20	San Vicente y las Granadinas	SAV	120	74,0	5.155	3,712	0,859	0,509	0,684	3
21	Dominica	DOM	79	73,8	5.065	3,705	0,850	0,502	0,676	3
22	Brasil	BRA	178.470	68,0	7.400	3,869	0,649	0,669	0,659	3
23	Belize	BLZ	256	71,5	5.425	3,734	0,771	0,532	0,652	3
24	Santa Lucía	SAL	149	72,4	4.955	3,695	0,803	0,492	0,647	3
25	Jamaica	JAM	2.651	75,7	3.655	3,563	0,916	0,358	0,637	3
26	El Salvador	ELS	6.515	70,6	4.755	3,677	0,740	0,474	0,607	4
27	Paraguay	PAR	5.878	70,8	4.670	3,669	0,745	0,466	0,605	4
28	República Dominicana	DOR	8.745	66,7	6.155	3,789	0,604	0,587	0,596	4
29	Perú	PER	27.167	69,7	4.775	3,679	0,707	0,475	0,591	4
30	Granada	GRA	80	64,5	6.585	3,819	0,527	0,617	0,572	4
31	Suriname	SUR	436	71,0	3.480	3,542	0,754	0,336	0,545	4
32	Cuba	CUB	11.300	76,7	2.177	3,338	0,951	0,129	0,540	4
33	Ecuador	ECU	13.003	70,7	3.295	3,518	0,743	0,312	0,528	5
34	Guatemala	GUT	12.347	65,7	4.015	3,604	0,567	0,399	0,483	5
35	Guyana	GUY	765	63,3	3.950	3,597	0,483	0,392	0,438	5
36	Honduras	HON	6.941	68,9	2.525	3,402	0,679	0,194	0,437	5
37	Nicaragua	NIC	5.466	69,4	2.355	3,372	0,696	0,164	0,430	5
38	Bolivia	BOL	8.808	63,7	2.370	3,375	0,499	0,166	0,333	5
39	Haití	HAI	8.326	49,4	1.625	3,211	0,000	0,000	0,000	5

¹ Los Paises Bajos incluyen Aruba y las Antillas Holandesas.

Francia incluye la Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica.

El Reino Unido incluye Anguila, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Bermuda, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos.

Estados Unidos incluye las Islas Vírgenes de Estados Unidos.

² En miles.

³ e₀ = esperanza de vida al nacer.

Ingreso = PNB per cápita (ppp)

<i>Máximo</i>	78,1	4,195	Q1	0,793
<i>Mínimo</i>	49,4	3,211	Q2	0,685
			Q3	0,607
			Q4	0,533

Cuadro 3. Resultados obtenidos al aplicar el logaritmo al cuadrado de la población

Estados Miembros	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q
	Grupo según necesidades	Ponderación de recursos según grupo de necesidades		Población	Logaritmo al cuadrado de la población		Logaritmo al cuadrado de la población ponderado según el peso asignado a los recursos por grupo de necesidades		Porcentaje de la asignación basada en las necesidades	Asignación básica	Total parcial, a. básica	Asignación variable	Asignación total	Topes máximos presupuesto ordinario 2004-2005	Topes máximos de 2004-2005 comparados con a. básica	Clave del país	
		%	Miles	%	Miles	%	(b x f)	%	Nivel mínimo	Asignación basada en necesidades	(j + k)	(l + m)	(l - o)				
Estados Unidos	0									500.000	-	500.000	?	?	353.100	146.900	USA
Canadá	0									500.000	-	500.000	?	?	809.900	(309.900)	CAN
Países Bajos	0									500.000	-	500.000	?	?	187.200	312.800	NET
Francia	0									500.000	-	500.000	?	?	151.600	348.400	FRA
Reino Unido	0									500.000	-	500.000	?	?	431.600	68.400	UNK
Puerto Rico	0									250.000	-	250.000	?	?	210.000	40.000	PUR
St. Kitts y Nevis	1	1,00	1,1%	42	0,0%	2,63	0,6%	2,63	0,2%	500.000	162.000	662.000	?	?	176.100	485.900	SCN
Barbados	1	1,00	1,1%	270	0,1%	5,91	1,4%	5,91	0,5%	500.000	365.000	865.000	?	?	713.300	151.700	BAR
Bahamas	1	1,00	1,1%	314	0,1%	6,23	1,5%	6,23	0,5%	500.000	384.000	884.000	?	?	1.364.800	(480.800)	BAH
Uruguay	1	1,00	1,1%	3.415	0,6%	12,48	3,0%	12,48	1,1%	500.000	770.000	1.270.000	?	?	1.540.700	(270.700)	URU
Costa Rica	1	1,00	1,1%	4.173	0,8%	13,11	3,1%	13,11	1,1%	500.000	808.000	1.308.000	?	?	3.024.500	(1.716.500)	COR
Chile	1	1,00	1,1%	15.805	2,9%	17,63	4,2%	17,63	1,5%	500.000	1.087.000	1.587.000	?	?	2.276.900	(689.900)	CHI
Argentina	1	1,00	1,1%	38.428	7,1%	21,02	5,0%	21,02	1,8%	500.000	1.296.000	1.796.000	?	?	4.140.200	(2.344.200)	ARG
Antigua y Barbuda	2	1,50	1,7%	73	0,0%	3,47	0,8%	5,21	0,4%	500.000	321.000	821.000	?	?	176.100	644.900	ANI
Trinidad y Tabago	2	1,50	1,7%	1.303	0,2%	9,70	2,3%	14,55	1,2%	500.000	898.000	1.398.000	?	?	2.354.800	(956.800)	TRT
Panamá	2	1,50	1,7%	3.120	0,6%	12,21	2,9%	18,31	1,6%	500.000	1.129.000	1.629.000	?	?	2.348.800	(719.800)	PAN
Venezuela	2	1,50	1,7%	25.699	4,8%	19,45	4,6%	29,17	2,5%	500.000	1.799.000	2.299.000	?	?	4.150.700	(1.851.700)	VEN
Colombia	2	1,50	1,7%	44.222	8,2%	21,58	5,1%	32,37	2,8%	500.000	1.996.000	2.496.000	?	?	4.280.700	(1.784.700)	COL
México	2	1,50	1,7%	103.457	19,2%	25,15	6,0%	37,72	3,2%	500.000	2.326.000	2.826.000	?	?	6.357.400	(3.531.400)	MEX
Dominica	3	2,25	2,5%	79	0,0%	3,60	0,9%	8,10	0,7%	500.000	500.000	1.000.000	?	?	271.300	728.700	DOM
San Vicente y las Granac	3	2,25	2,5%	120	0,0%	4,32	1,0%	9,73	0,8%	500.000	600.000	1.100.000	?	?	176.100	923.900	SAV
Santa Lucía	3	2,25	2,5%	149	0,0%	4,72	1,1%	10,63	0,9%	500.000	655.000	1.155.000	?	?	176.100	978.900	SAL
Belice	3	2,25	2,5%	256	0,0%	5,80	1,4%	13,05	1,1%	500.000	805.000	1.305.000	?	?	1.158.300	146.700	BLZ
Jamaica	3	2,25	2,5%	2.651	0,5%	11,72	2,8%	26,37	2,3%	500.000	1.626.000	2.126.000	?	?	3.068.500	(942.500)	JAM
Brasil	3	2,25	2,5%	178.470	33,2%	27,58	6,6%	62,05	5,3%	500.000	3.827.000	4.327.000	?	?	8.716.200	(4.389.200)	BRA
Granada	4	3,38	3,8%	80	0,0%	3,62	0,9%	12,22	1,0%	500.000	754.000	1.254.000	?	?	176.100	1.077.900	GRA
Suriname	4	3,38	3,8%	436	0,1%	6,97	1,7%	23,51	2,0%	500.000	1.450.000	1.950.000	?	?	1.363.000	587.000	SUR
Paraguay	4	3,38	3,8%	5.878	1,1%	14,21	3,4%	47,95	4,1%	500.000	2.957.000	3.457.000	?	?	2.795.700	661.300	PAR
El Salvador	4	3,38	3,8%	6.515	1,2%	14,55	3,5%	49,09	4,2%	500.000	3.028.000	3.528.000	?	?	3.074.900	453.100	ELS
República Dominicana	4	3,38	3,8%	8.745	1,6%	15,54	3,7%	52,44	4,5%	500.000	3.234.000	3.734.000	?	?	3.207.200	526.800	DOR
Cuba	4	3,38	3,8%	11.300	2,1%	16,43	3,9%	55,44	4,7%	500.000	3.419.000	3.919.000	?	?	2.351.600	1.567.400	CUB
Perú	4	3,38	3,8%	27.167	5,1%	19,66	4,7%	66,35	5,7%	500.000	4.092.000	4.592.000	?	?	5.571.000	(979.000)	PER
Guyana	5	5,06	5,7%	765	0,1%	8,32	2,0%	42,10	3,6%	500.000	2.596.000	3.096.000	?	?	1.889.100	1.206.900	GUY
Nicaragua	5	5,06	5,7%	5.466	1,0%	13,97	3,3%	70,72	6,1%	500.000	4.362.000	4.862.000	?	?	2.934.500	1.927.500	NIC
Honduras	5	5,06	5,7%	6.941	1,3%	14,76	3,5%	74,70	6,4%	500.000	4.607.000	5.107.000	?	?	3.861.900	1.245.100	HON
Haití	5	5,06	5,7%	8.326	1,5%	15,37	3,7%	77,81	6,7%	500.000	4.799.000	5.299.000	?	?	4.931.700	367.300	HAI
Bolivia	5	5,06	5,7%	8.808	1,6%	15,56	3,7%	78,78	6,7%	500.000	4.859.000	5.359.000	?	?	4.574.200	784.800	BOL
Guatemala	5	5,06	5,7%	12.347	2,3%	16,74	4,0%	84,75	7,3%	500.000	5.227.000	5.727.000	?	?	4.766.300	960.700	GUT
Ecuador	5	5,06	5,7%	13.003	2,4%	16,93	4,0%	85,68	7,3%	500.000	5.284.000	5.784.000	?	?	3.983.800	1.800.200	ECU
TOTAL		88,56	100%	537.823	100%	420,94	100,0%	1.167,86	100,0%	19.250.000	72.022.000	91.272.000	2.823.900	94.095.900	94.095.900	(2.823.900)	

Cuadro 4. Resultados obtenidos al aplicar la raíz cuadrada de la población

Estados Miembros	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q
	Grupo según necesidades	Ponderación de recursos según grupo por necesidades		Población	Raíz cuadrada de la población		Raíz cuadrada de la población ponderada según peso de recursos por grupo de necesidades	Porcentaje de asignación basada en las necesidades	Asignación básica		Total parcial, a. básica	Asignación variable	Asignación total	Topes máximos presupuesto ordinario 2004-05	Topes máximos de 2004-05 comparados con a. básica	Clave del país	
		%	Miles	%	Miles	%	(b x f)	%	Nivel mínimo	Asignación basada en las necesidades (j + k)	(l + m)	(l - o)					
Estados Unidos	0									500.000	-	500.000	?	?	353.100	146.900	USA
Canadá	0									500.000	-	500.000	?	?	809.900	(309.900)	CAN
Países Bajos	0									500.000	-	500.000	?	?	187.200	312.800	NET
Francia	0									500.000	-	500.000	?	?	151.600	348.400	FRA
Reino Unido	0									500.000	-	500.000	?	?	431.600	68.400	UNK
Puerto Rico	0									250.000	-	250.000	?	?	210.000	40.000	PUR
St. Kitts y Nevis	1	1,00	1,1%	42	0,0%	6	0,2%	6	0,1%	500.000	60.000	560.000	?	?	176.100	383.900	SCN
Barbados	1	1,00	1,1%	270	0,1%	16	0,6%	16	0,2%	500.000	153.000	653.000	?	?	713.300	(60.300)	BAR
Bahamas	1	1,00	1,1%	314	0,1%	18	0,6%	18	0,2%	500.000	165.000	665.000	?	?	1.364.800	(699.800)	BAH
Uruguay	1	1,00	1,1%	3.415	0,6%	58	2,0%	58	0,8%	500.000	545.000	1.045.000	?	?	1.540.700	(495.700)	URU
Costa Rica	1	1,00	1,1%	4.173	0,8%	65	2,2%	65	0,8%	500.000	602.000	1.102.000	?	?	3.024.500	(1.922.500)	COR
Chile	1	1,00	1,1%	15.805	2,9%	126	4,3%	126	1,6%	500.000	1.172.000	1.672.000	?	?	2.276.900	(604.900)	CHI
Argentina	1	1,00	1,1%	38.428	7,1%	196	6,7%	196	2,5%	500.000	1.828.000	2.328.000	?	?	4.140.200	(1.812.200)	ARG
Antigua y Barbuda	2	1,50	1,7%	73	0,0%	9	0,3%	13	0,2%	500.000	119.000	619.000	?	?	176.100	442.900	ANI
Trinidad y Tabago	2	1,50	1,7%	1.303	0,2%	36	1,2%	54	0,7%	500.000	505.000	1.005.000	?	?	2.354.800	(1.349.800)	TRT
Panamá	2	1,50	1,7%	3.120	0,6%	56	1,9%	84	1,1%	500.000	781.000	1.281.000	?	?	2.348.800	(1.067.800)	PAN
Venezuela	2	1,50	1,7%	25.699	4,8%	160	5,4%	240	3,1%	500.000	2.242.000	2.742.000	?	?	4.150.700	(1.408.700)	VEN
Colombia	2	1,50	1,7%	44.222	8,2%	210	7,1%	315	4,1%	500.000	2.941.000	3.441.000	?	?	4.280.700	(839.700)	COL
México	2	1,50	1,7%	103.457	19,2%	322	10,9%	482	6,2%	500.000	4.499.000	4.999.000	?	?	6.357.400	(1.358.400)	MEX
Dominica	3	2,25	2,5%	79	0,0%	9	0,3%	20	0,3%	500.000	186.000	686.000	?	?	271.300	414.700	DOM
San Vicente y las Granac	3	2,25	2,5%	120	0,0%	11	0,4%	25	0,3%	500.000	230.000	730.000	?	?	176.100	553.900	SAV
Santa Lucía	3	2,25	2,5%	149	0,0%	12	0,4%	27	0,4%	500.000	256.000	756.000	?	?	176.100	579.900	SAL
Belice	3	2,25	2,5%	256	0,0%	16	0,5%	36	0,5%	500.000	336.000	836.000	?	?	1.158.300	(322.300)	BLZ
Jamaica	3	2,25	2,5%	2.651	0,5%	51	1,7%	116	1,5%	500.000	1.080.000	1.580.000	?	?	3.068.500	(1.488.500)	JAM
Brasil	3	2,25	2,5%	178.470	33,2%	422	14,3%	951	12,3%	500.000	8.863.000	9.363.000	?	?	8.716.200	646.800	BRA
Granada	4	3,38	3,8%	80	0,0%	9	0,3%	30	0,4%	500.000	281.000	781.000	?	?	176.100	604.900	GRA
Suriname	4	3,38	3,8%	436	0,1%	21	0,7%	70	0,9%	500.000	657.000	1.157.000	?	?	1.363.000	(206.000)	SUR
Paraguay	4	3,38	3,8%	5.878	1,1%	77	2,6%	259	3,3%	500.000	2.413.000	2.913.000	?	?	2.795.700	117.300	PAR
El Salvador	4	3,38	3,8%	6.515	1,2%	81	2,7%	272	3,5%	500.000	2.540.000	3.040.000	?	?	3.074.900	(34.900)	ELS
República Dominicana	4	3,38	3,8%	8.745	1,6%	94	3,2%	316	4,1%	500.000	2.943.000	3.443.000	?	?	3.207.200	235.800	DOR
Cuba	4	3,38	3,8%	11.300	2,1%	106	3,6%	359	4,6%	500.000	3.345.000	3.845.000	?	?	2.351.600	1.493.400	CUB
Perú	4	3,38	3,8%	27.167	5,1%	165	5,6%	556	7,2%	500.000	5.187.000	5.687.000	?	?	5.571.000	116.000	PER
Guyana	5	5,06	5,7%	765	0,1%	28	0,9%	140	1,8%	500.000	1.306.000	1.806.000	?	?	1.889.100	(83.100)	GUY
Nicaragua	5	5,06	5,7%	5.466	1,0%	74	2,5%	374	4,8%	500.000	3.490.000	3.990.000	?	?	2.934.500	1.055.500	NIC
Honduras	5	5,06	5,7%	6.941	1,3%	83	2,8%	422	5,5%	500.000	3.933.000	4.433.000	?	?	3.861.900	571.100	HON
Haití	5	5,06	5,7%	8.326	1,5%	91	3,1%	462	6,0%	500.000	4.307.000	4.807.000	?	?	4.931.700	(124.700)	HAI
Bolivia	5	5,06	5,7%	8.808	1,6%	94	3,2%	475	6,2%	500.000	4.430.000	4.930.000	?	?	4.574.200	355.800	BOL
Guatemala	5	5,06	5,7%	12.347	2,3%	111	3,8%	563	7,3%	500.000	5.245.000	5.745.000	?	?	4.766.300	978.700	GUT
Ecuador	5	5,06	5,7%	13.003	2,4%	114	3,9%	577	7,5%	500.000	5.383.000	5.883.000	?	?	3.983.800	1.899.200	ECU
TOTAL		88,56	100%	537.823	100%	2.947	100,0%	7.724	100,0%	19.250.000	72.023.000	91.273.000	2.822.900	94.095.900	94.095.900	(2.822.900)	

- - -