

57.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019

Punto 4.3 del orden del día provisional

CD57/5

26 de julio del 2019

Original: inglés

POLÍTICA DEL PRESUPUESTO DE LA OPS

Antecedentes

1. Esta política del presupuesto responde a la recomendación formulada por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 56.º Consejo Directivo de reemplazar la anterior *Política del presupuesto de la OPS*, aprobada en el 2012 y aplicada durante el período 2014-2019 (resolución CSP28.R10 y documento CSP28/7) (1). Como se explica en el párrafo 9 más adelante, esa política se tornó en gran medida irrelevante cuando se introdujo el enfoque del “presupuesto integrado” en el bienio 2016-2017 (2). La política se aplicaba exclusivamente al presupuesto ordinario de la OPS (contribuciones señaladas más ingresos varios), que dejó de ser la base para elaborar el presupuesto después del bienio 2014-2015.

2. En su consideración de la *Evaluación de la política del presupuesto de la OPS* (documentos CD56/6 y CD56/6, Add. I) (3), el 56.º Consejo Directivo señaló que la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) debería responder a los resultados de la evaluación independiente —en particular sus nueve recomendaciones específicas— al formular una nueva política del presupuesto.

3. Además, la Gerencia Ejecutiva de la OPS señaló que una metodología objetiva y flexible para asignar topes presupuestarios basados en las necesidades de los países ayudaría a asegurar que la Oficina aplicase sus recursos donde más se necesitan.

Finalidad general de la nueva política del presupuesto

4. El objetivo principal del proyecto de política del presupuesto es proporcionar un fundamento empírico basado en la evidencia para asignar topes presupuestarios a todos los Estados Miembros de la OPS, brindando al mismo tiempo suficiente flexibilidad para que la Oficina responda a las consideraciones de índole política, sanitaria y técnica que vayan surgiendo.

5. La política del presupuesto está diseñada para guiar las asignaciones presupuestarias durante el período 2020-2025. Incorpora las enseñanzas extraídas a nivel

regional (políticas del presupuesto de la OPS anteriores (1-4), además de sus análisis y las evaluaciones) y a nivel mundial, especialmente la *Asignación estratégica de los márgenes presupuestarios* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2015 (5).

6. Aunque se utiliza una fórmula para calcular los niveles indicativos del presupuesto, sobre la base de un índice de necesidades de salud actualizado y otros factores, el propósito de esta fórmula no es calcular asignaciones presupuestarias matemáticamente. Los niveles indicativos del presupuesto resultantes de la aplicación de la fórmula estarían sujetos a un ajuste por el personal directivo superior y los Estados Miembros de la OPS, basado en su juicio estratégico. Si bien la fórmula aporta un grado útil de objetividad, la inclusión de un componente variable y de ajustes manuales para ciertos países permite una amplia adaptación de los niveles del presupuesto para responder a las necesidades y las prioridades que vayan surgiendo. La fórmula en sí se calcula usando datos que, en algunos casos, corresponden a dos o tres años atrás y, por consiguiente, no pueden reflejar las últimas tendencias de salud en ciertos Estados Miembros.

7. Se espera que esta nueva política del presupuesto proporcione a los Estados Miembros y a la Oficina una herramienta útil para calcular asignaciones presupuestarias, es decir, una herramienta transparente y basada en la evidencia pero, al mismo tiempo, suficientemente flexible para que la Oficina siga siendo receptiva y proactiva al asignar recursos para maximizar el impacto en la salud pública.

Definición de los términos presupuestarios en la OPS

8. En la OPS, el presupuesto no equivale al financiamiento. En todo este documento y en los instrumentos de planificación y presentación de información relacionados de la OPS, como el Plan Estratégico y el Presupuesto por Programas, se emplean los siguientes términos y definiciones:

- a) **Presupuesto:** En la OPS, como en la OMS, el término “presupuesto” se refiere al margen fiscal para fines de planificación. El presupuesto de la OPS, asignado a toda la Organización o a elementos programáticos u orgánicos, es un margen fiscal no financiado que requiere de financiamiento. Para visualizar el concepto de presupuesto imaginamos un recipiente vacío: el recipiente solo se llena una vez que los fondos son recibidos y asignados al recipiente del presupuesto para ser comprometidos (u obligados) y gastados. *Sinónimos:* margen presupuestario, asignación presupuestaria, tope (presupuestario), presupuesto global.
- b) **Presupuesto integrado:** Este es un concepto introducido en el 2015, cuando los Estados Miembros aprobaron la totalidad del Presupuesto por Programas de la OPS 2016-2017 y no solo el componente ordinario del presupuesto por programas. Un presupuesto integrado se refiere al margen fiscal que incluye todas las fuentes posibles de fondos que financian el presupuesto por programas. A diferencia del presupuesto ordinario, no todas las fuentes de financiamiento se materializan, por lo que el concepto de presupuesto integrado permite que haya brechas de financiamiento.

- c) **Financiamiento:** Se refiere a los montos que pueden comprometerse y gastarse. Se utilizan las clasificaciones amplias del financiamiento flexible y las contribuciones voluntarias, con fuentes de financiamiento específicas como contribuciones señaladas o subvenciones individuales que se emplean para rastrear e informar gastos. El Presupuesto por Programas de la OPS 2020-2021 (6) contiene un glosario completo de esos términos. *Sinónimos:* financiación, fondos.
- d) **Presupuesto ordinario:** Es un tipo muy específico de financiamiento para la OPS que consta de las contribuciones señaladas de la OPS y de la OMS más los ingresos varios de la OPS. Como tal, el presupuesto ordinario se consideraba financiamiento asegurado. Ya no se usa este concepto: ahora se usa el de fondos flexibles.
- e) **Fondos flexibles:** Este concepto se emplea actualmente en la OPS y la OMS. Este tipo de fondos incluye, aunque sin limitarse a ellos, las contribuciones señaladas de la OPS y de la OMS y los ingresos varios de la OPS, y también los ingresos generados por los mecanismos especiales de recuperación de costos, como los gastos de apoyo a proyectos de la OPS y la OMS. Los recursos de la cuenta de contribuciones voluntarias básicas de la OMS, aunque son de naturaleza más limitada, también se consideran fondos flexibles.
- f) **Brecha de financiamiento:** Este término se usa normalmente para referirse a la diferencia entre el presupuesto y el financiamiento de la Organización (en su totalidad o en un subelemento). La brecha se aborda normalmente mediante la movilización de recursos. *Sinónimos:* déficit de financiamiento, presupuesto no financiado.

El presupuesto total de la OPS frente al presupuesto ordinario

9. Una de las inquietudes principales que se destacaron en la evaluación realizada en el 2018 de la política del presupuesto de la OPS fue que la política del 2012 (documento CSP28/7) se basaba y aplicaba según el concepto de presupuesto ordinario, que ya no se utiliza. El presupuesto ordinario constaba de las contribuciones señaladas de la OPS y la OMS más los ingresos varios de la OPS. Con la aplicación del concepto de “presupuesto integrado” a partir del 2016, el presupuesto por programas fue aprobado en su totalidad, no solo la porción ordinaria del presupuesto (véase la resolución CD54.R16). Por lo tanto, es lógico aplicar la nueva política del presupuesto a toda la dotación presupuestaria de la OPS.

Las asignaciones presupuestarias a nivel regional frente a las asignaciones presupuestarias a nivel de país

10. Cuando se aprueba el presupuesto por programas de la OPS, los Estados Miembros aprueban la distribución presupuestaria entre los niveles regional, subregional y de país de la Organización. Desde hace algunos años la Oficina ha procurado desplazar gradualmente las asignaciones presupuestarias del nivel regional hacia niveles inferiores. Esta política del presupuesto se centra en la distribución a nivel de país y propone una asignación

dirigida a los niveles subregional y de país por un total de 45%, lo que incluye 42% a las representaciones de la OPS/OMS (véase el cuadro 1) y 3% a oficinas subregionales.

11. En el bienio 2018-2019, poco menos de 40% del presupuesto total fue asignado a los niveles subregional y de país (7). En el cuadro 1 se muestra la distribución aprobada del Programa y Presupuesto 2018-2019 por nivel funcional, así como la distribución proyectada propuesta para el período 2020-2025. El 5% para programas específicos de la Región y respuesta a emergencias es solo un lugar donde ubicar este rubro, puesto que tradicionalmente esos fondos se gastan en todos los niveles de la Organización.

Cuadro 1. Distribución presupuestaria proyectada entre los niveles funcionales de la OPS

Nivel funcional	Bienio 2018-2019		Distribución proyectada 2020-2025
	Monto (millones de US\$)	% del total	% del total
Regional	351,13	52%	50%
Subregional	22,70	3%	3%
País	245,77	36%	42%
Total - Programas básicos	619,60	92%	95%
Programas específicos de la Región y respuesta a emergencias	56,00	8%	5%
Total - Programa y Presupuesto	675,60	100%	100%

La nueva fórmula de la política del presupuesto

12. En la evaluación de la política del presupuesto del 2012 se hizo una serie de recomendaciones que se tuvieron en cuenta al elaborar la nueva formulación de la política (véase el anexo A). Para facilitar la consulta, en el cuadro 2 se presenta un resumen de los principales cambios propuestos en la fórmula de la política del presupuesto. Inmediatamente después del cuadro, en la figura 1, puede verse la fórmula simplificada de la política del presupuesto. Cada elemento de la figura 1 se explica detalladamente en el texto subsiguiente.

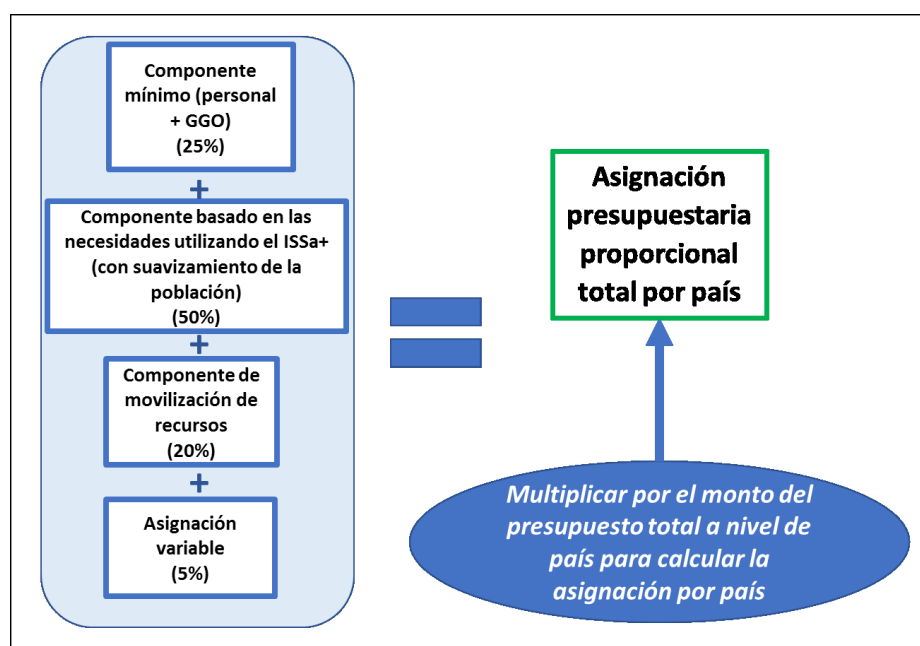
Cuadro 2. Resumen de los principales cambios en la fórmula de la política del presupuesto

Componente de la fórmula original de la política del presupuesto (2012)	Componente de la nueva fórmula de la política del presupuesto (2019)	Justificación del cambio
La política se aplicaba solo al presupuesto ordinario para los países	La política se aplica a toda la asignación presupuestaria para los países	Cuando se comenzó a emplear el concepto de presupuesto integrado, del 2016-2017 en adelante, se dejó de utilizar el concepto de presupuesto ordinario.
Proporción del componente mínimo para asegurar la presencia en el país: 42%	Se actualiza la proporción del componente mínimo al 25% de toda la fórmula	Se actualizaron los cálculos del componente mínimo con base en los gastos de los dos últimos bienios. Se ajustó la ponderación del componente mínimo porque la fórmula se aplica ahora a todo el presupuesto, no solamente al presupuesto ordinario.
Proporción del índice basado en las necesidades: 48%	Se utiliza el índice de salud sostenible ampliado + (ISSa+) recientemente creado (2019) y se ajusta la proporción del componente basado en las necesidades al 50% de toda la fórmula	Se mejoraron los medios de cálculo del índice (de aritméticos a geométricos). Este índice incluye seis dimensiones: dos relacionadas con los resultados de salud y el acceso a la salud, dos relacionadas con los determinantes económicos, incluida la desigualdad de ingresos, y dos sociales, con el objeto de reflejar la influencia de los determinantes sociales de la salud. Se incrementó ligeramente la proporción del índice de necesidades en la fórmula del presupuesto.
Se aplicaba la ponderación por quintiles para suavizar el efecto del índice basado en las necesidades	Se elimina la ponderación por quintiles	Se simplifica la fórmula y se elimina lo que resultó ser un elemento confuso. Los resultados de la aplicación de la ponderación por quintiles no fueron notablemente diferentes de los resultados sin esa ponderación y tendían a no favorecer a los países clave. ¹
Proporción de la asignación orientada a la consecución de resultados: 5%	Se elimina la asignación orientada a la consecución de resultados	Este elemento no se aplicó en la práctica.
No se aplicaba	Se introduce un componente de movilización de recursos y se asigna una ponderación de 20% de toda la fórmula	Proporciona un factor que representa la capacidad de recaudar contribuciones voluntarias. Mitiga el riesgo de incrementar de manera poco realista las asignaciones presupuestarias a los países cuando no se pueden financiar esas asignaciones. Asigna más presupuesto a los países que pueden movilizar recursos y menos a los que no pueden, con base en cifras históricas de financiamiento.
Proporción de la asignación variable: 5%	Se mantiene la proporción de la asignación variable en 5%	Mantiene la flexibilidad dentro de la fórmula. Permite al Director de la Oficina atender situaciones que podrían requerir ajustes estratégicos a partir de los resultados de la fórmula del presupuesto de una manera transparente.

¹ En el Plan Estratégico 2014-2019 (modificado) se indicaron ocho países clave —Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname— en los cuales la Organización hizo más hincapié en la cooperación técnica para que se subsanasen las brechas de salud.

Componente de la fórmula original de la política del presupuesto (2012)	Componente de la nueva fórmula de la política del presupuesto (2019)	Justificación del cambio
No se aplicaba	Se introduce una “cláusula de salvaguardia” que permite la manipulación manual de las asignaciones presupuestarias por razones que superan la capacidad de captar recursos de la fórmula	Reconoce que las fórmulas no son suficientes y que a veces se necesita la manipulación manual cuando los resultados son ilógicos. Es posible realizar una manipulación siempre que sea transparente y acordada por los Estados Miembros. Un ejemplo específico en relación con el Programa y Presupuesto 2020-2021: Brasil y México tienen poblaciones muy grandes en comparación con el resto de los países, y esto sesga los resultados independientemente del factor de suavizamiento que se utilice. Además, ambos países tienen necesidades relativamente altas y, aplicando la fórmula, sus presupuestos serían de más del doble. En el caso de Haití, el tamaño reducido de su población disminuye considerablemente el presupuesto basado en la fórmula, a pesar de tener necesidades relativamente altas. En el Programa y Presupuesto 2020-2021 estos resultados se corrigieron manualmente.

Figura 1. Fórmula propuesta de la política del presupuesto para el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025



13. En el cuadro 3 se resume la distribución de las asignaciones por país por componente de asignación presupuestaria, usando las cifras propuestas del presupuesto por programas de la OPS para el 2020-2021 a título de ejemplo.

Cuadro 3. Componentes de la fórmula propuesta de la política del presupuesto, aplicada al proyecto del Presupuesto por Programas de la OPS 2020-2021

Componente del presupuesto	Proporción del presupuesto	Asignación en el presupuesto por programas 2020-2021 (en millones de US\$, redondeados)
Componente mínimo (personal + GGO)	25%	\$68
Componente basado en las necesidades	50%	\$136
Componente de movilización de recursos	20%	\$55
Componente variable	5%	\$14
Asignación total a nivel de país	100%	\$273

Componente mínimo (25%)

14. El componente mínimo consta de dos elementos principales: dotación mínima de personal y gastos generales de operación (GGO). De manera análoga a la política del presupuesto del 2012, en el proyecto de política se supone que para las operaciones mínimas de una representación de la OPS/OMS establecida se requiere una dotación mínima de cinco personas, y deben considerarse los costos generales de funcionamiento de la oficina. Los costos de personal se calcularon sobre la base de estimaciones actualizadas de los costos actuales de cada representación. En los gastos generales de operación se tuvieron en cuenta esos costos para los gastos del 2016-2017 y 2018-2019 hasta la fecha. Se agregó al componente mínimo un factor de aumento de costos de 3,5% para considerar la inflación y otros costos que puedan elevar este componente en los próximos seis años.

Componente basado en las necesidades (50%)

15. La incorporación del índice de necesidades de salud en la política del presupuesto ha sido la respuesta de la OPS para apoyar la asignación de recursos de una manera que observe los principios de equidad, solidaridad y panamericanismo (documento CSP28/7).

16. La actualización más reciente del índice de necesidades se realizó en el 2012. En aquel momento se detectaron varias limitaciones. En primer lugar, en el índice de necesidades de salud del 2012 se utilizaban dos dimensiones económicas y solo una dimensión relacionada con la salud. En segundo lugar, se utilizaba la esperanza de vida al nacer en lugar de la esperanza de vida sana, que es más amplia. Y en tercer lugar, el cálculo del índice era aritmético, lo que puede dar lugar a una compensación excesiva entre las dimensiones del índice.

17. La Oficina presentó al Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico (SPAG², por su sigla en inglés) diferentes opciones para mejorar el índice de necesidades de salud (resumidas en el anexo B). Después de una cuidadosa consideración, los Estados Miembros optaron por emplear el índice de salud sostenible ampliado + (ISSa+), que se calcula empleando la fórmula que se muestra en la figura 2.

Figura 2. Propuesta de índice de salud sostenible ampliado + (ISSa+)

$$\text{ISSa+} = (I_{\text{result. salud}} \times I_{\text{acceso a la salud}} \times I_{\text{desigualdad}} \times I_{\text{económico}} \times I_{\text{social}} \times I_{\text{ambiental}})^{1/6}$$

18. Las distintas dimensiones, con sus indicadores indirectos, se definen de la siguiente manera:

- a) resultado de salud: esperanza de vida sana (EVS) al nacer o esperanza de vida ajustada en función del estado de salud
- b) acceso a la salud: proporción de partos atendidos por personal calificado y cobertura de inmunización con DPT3
- c) desigualdad: coeficiente de Gini de desigualdad de ingresos
- d) económica: ingreso nacional bruto per cápita (US\$)
- e) social: años de escolaridad recibidos
- f) ambiental: proporción de la población que utiliza mejores suministros de agua

19. El ISSa+ mantiene las dos dimensiones económicas originalmente incluidas en el índice de necesidades de salud del 2012, pero introduce cambios considerables para ampliar su alcance. Corrige la limitación del cálculo aritmético al modificar el índice para utilizar, en su lugar, la media geométrica (la multiplicación de cada dimensión para luego obtener la raíz cuadrada del número de dimensiones). El ISSa+ agrega la esperanza de vida sana, una medición que se puede conseguir fácilmente y que la OMS utiliza. Incluye un indicador indirecto del acceso a la salud, medido por una combinación de la proporción de partos atendidos por personal calificado y la cobertura con la DPT3, e incluye dos indicadores indirectos para los determinantes sociales y ambientales de la salud. En términos generales, el ISSa+ representa una manera más sólida e integral de medir las necesidades de salud de los países de la Región de las Américas.

20. Una vez que se ha calculado el índice, los resultados se ajustan empleando la misma técnica de suavizamiento estadístico de la población que se usaba en la política del presupuesto del 2012: el logaritmo cuadrático ajustado de la población (ALPS, por su sigla

² El Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico, está integrado por 21 Estados Miembros que acordaron colaborar con la Oficina en la elaboración del Plan Estratégico 2020-2025. El SPAG estableció un subgrupo sobre el Índice de Necesidades de Salud y Política de Presupuesto, el cual dio seguimiento al desarrollo de la nueva política de presupuesto y presentó sus recomendaciones finales al SPAG, el SPAG avaló las recomendaciones del subgrupo.

en inglés). Esta técnica matemática reduce el efecto de variaciones altas en las cifras de población dentro del modelo. Esto resulta más acorde con la cooperación técnica de la OPS, que no está definida por el tamaño del país. El ALPS también se está utilizando en la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios de la OMS.

21. Aun después de aplicar el factor de suavizamiento, Brasil y México —los dos países con mayor población que también tienen una representación de la OPS/OMS — representarían 26% del componente total basado en las necesidades. Por otro lado, en el caso de Haití, que tiene una población más pequeña pero la necesidad más alta (el índice basado en las necesidades equivale a cero), se le asignaría menos de 7% del componente total basado en las necesidades. Esto dio origen a la decisión de tratar a estos tres países de manera diferente, como se explica en los párrafos 30 y 31 más adelante.

22. El componente basado en las necesidades fue redistribuido entre los países con base en la proporción de cada país en el índice de necesidades, pero excluyendo las ponderaciones y asignaciones presupuestarias de Brasil, Haití y México.

Componente de movilización de recursos (20%)

23. Este componente refleja el hecho de que los países de la Región tienen diferentes capacidades y grados de éxito al movilizar recursos. En particular, aquellos clasificados como países de ingresos medianos o altos pueden tener menos capacidad para captar recursos. Esto no revistió importancia para la política del presupuesto del 2012, porque solo se aplicaba al presupuesto ordinario y, por lo tanto, se informaba únicamente la distribución de los fondos asegurados. Con el enfoque de presupuesto integrado, es necesario reconocer las diferentes capacidades de movilización de recursos de los países y ajustar sus asignaciones presupuestarias en función de ellas.

24. Los escenarios (o versiones) originales de la nueva política del presupuesto no contenían un componente de movilización de recursos. En consecuencia, el componente basado en las necesidades representaba 70% de toda la fórmula de la política del presupuesto. Esto quería decir que la fórmula asignaba topes presupuestarios más altos a los países con dificultades para movilizar recursos y, al mismo tiempo, reducía el margen presupuestario asignado a varios de los actuales países clave.³

25. El componente de movilización de recursos corrige esta situación al introducir en la fórmula un elemento que tiene en cuenta el potencial de cada país para movilizar recursos a fin de cubrir su presupuesto asignado. Esto se calcula con base en la movilización de recursos a nivel de país en bienios anteriores. La asignación total por país de este componente se distribuye según la ponderación proporcional de las contribuciones voluntarias disponibles en cada país en comparación con el total de contribuciones voluntarias disponibles en bienios previos. Esto se aplica a todos los países excepto Haití (el abordaje especial de Brasil, Haití y México se detalla en los párrafos 30 y 31 más adelante).

³ Ibidem nota al pie 1.

26. El margen presupuestario resultante que se asigna a un país es más realista. La Oficina distribuye el financiamiento flexible de manera estratégica, priorizando el nivel de país y los mandatos técnicos aprobados por los Estados Miembros; sin embargo, los recursos flexibles de la OPS constituyen solo alrededor de 56% del presupuesto total. Si se incrementa el presupuesto a nivel de país sin considerar el financiamiento, se corre el riesgo de que no se cubran todas las dotaciones presupuestarias (que es lo que sucede actualmente, pero que podría exacerbarse si se aplicase de manera irrestricta la fórmula propuesta). La introducción del componente de movilización de recursos ayuda a mitigar este riesgo.

27. Los países que no obtienen buenos resultados en la movilización de recursos todavía reciben el apoyo de los recursos flexibles, pero sus asignaciones presupuestarias deben considerar las fuentes más limitadas de posible financiamiento.

Componente variable (5%)

28. Este componente ya existe en la política del presupuesto del 2012, actualmente en vigor, y la recomendación es mantenerlo. Tiene por objeto aplicarse potencialmente en cada bienio, según se necesite. Se entiende claramente que el componente basado en las necesidades emplea datos que, por lo general, corresponden a dos o tres años atrás. El componente variable aportará un nivel más de flexibilidad en la fórmula, permitiendo a la Oficina atender situaciones de emergencia que pueden no estar contempladas en el cálculo basado en las necesidades (por ejemplo, desastres naturales y problemas de salud pública, como epidemias, conflictos, etc.). El componente variable también permite que el Director y los Estados Miembros puedan fortalecer la cooperación técnica en un determinado país a corto plazo según las prioridades que se hayan determinado y para las que habría que considerar una asignación presupuestaria adicional.

Cláusula de salvaguardia manual

29. Los Estados Miembros reconocen que cualquier fórmula, sin importar qué tan refinada sea, es imperfecta y puede que no sirva para captar la realidad dinámica de las necesidades concretas en todos los países. Por lo tanto, se propone una cláusula de salvaguardia (o cláusula de excepción) manual como parte de la política del presupuesto (no como parte de la fórmula). La cláusula de salvaguardia manual se utilizará cuando los resultados de la fórmula del presupuesto, incluso con el componente variable, no respondan a la situación reconocida de un país dado. En esos casos puede hacerse un ajuste manual del presupuesto, presentando la justificación respectiva a los Estados Miembros para su consideración.

30. La utilidad de esta cláusula posiblemente se ilustre mejor con los ejemplos de Brasil, Haití y México. Al calcular sus correspondientes asignaciones para el proyecto de presupuesto por programas 2020-2021, si se aplicaba directamente la fórmula, Brasil y México más que duplicaban su asignación de presupuesto actual. En el caso de Haití, en cambio, la asignación presupuestaria era de un tercio de la actual. Teniendo cuenta los conocidos retos que enfrenta Haití y la alta prioridad que se asigna a este país de la Región, y considerando la capacidad de Brasil y México de reorientar sus propios recursos nacionales para atender sus situaciones nacionales de salud, los Estados Miembros que

participaron en el SPAG señalaron que las asignaciones presupuestarias para estos tres países debían ajustarse manualmente. A fin de corregir manualmente las asignaciones de Brasil y México, se ajustaron sus niveles de presupuesto con base en los niveles históricos y en consulta con las respectivas representaciones de la OPS/OMS.

31. En el caso de Haití, se consultó con la representación para determinar cuál sería la asignación presupuestaria correcta, dado que el país depende mucho de las contribuciones voluntarias y está sujeto a eventos excepcionales (como el terremoto y la epidemia de cólera) que dieron lugar a aumentos del presupuesto anterior y de las asignaciones de financiamiento, aunque ahora el financiamiento es menor. Esto llevó a la propuesta de reducir la asignación de país para Haití, como se indica en el anexo C. No se aplicó a Haití la fórmula de la política del presupuesto porque la reducción hubiera sido mucho mayor.

Aplicación de la fórmula de la política del presupuesto y distribución en el tiempo

Escenarios considerados y resultados generales

32. La Oficina realizó una serie de consultas y presentó múltiples escenarios a los Estados Miembros en el contexto del SPAG con el objeto de recibir comentarios y sugerencias, y de facilitar el proceso decisorio con respecto a la mejor fórmula a emplearse. En el cuadro 4 se resumen los principales atributos de cada escenario.

**Cuadro 4. Fórmula propuesta de la política del presupuesto:
escenarios considerados**

	Ponderación por quintiles	Factor de movilización de recursos	Cláusula de salvaguardia manual (ajuste para Brasil, Haití, México)
Escenario 1	✓	x	x
Escenario 2	✓	✓	x
Escenario 3	✓	✓	✓
Escenario 4	x	x	x
Escenario 5	x	✓	x
Escenario 6	x	✓	✓

✓: incluido en la fórmula

x: excluido de la fórmula

33. Los escenarios 1 al 3 son más cercanos a la fórmula original usada en la política del presupuesto del 2012, porque en todos ellos se aplica la ponderación por quintiles, como se describió anteriormente. El escenario 1 presenta la aproximación más cercana a la fórmula del 2012, dado que se emplea la ponderación por quintiles, no incluye un factor de movilización de recursos y no hay ningún ajuste manual para Brasil, Haití y México.

34. En los escenarios 4 al 6 se utiliza la nueva fórmula simplificada que se presentó anteriormente en la figura 1, y en los tres se excluye la ponderación por quintiles. En el escenario 5 se agrega el factor de movilización de recursos, y en el escenario 6 se incluye la movilización de recursos y el ajuste manual para los tres países atípicos.

35. A pesar de estas variaciones, en su mayor parte los resultados fueron uniformes en los seis escenarios. A continuación se resumen los principales resultados:

- a) Con muy escasas excepciones (Cuba, Guatemala, Nicaragua y Trinidad y Tabago), las fórmulas del presupuesto requieren un **aumento de las asignaciones presupuestarias en el 2018-2019**. Esto se debe en gran medida al compromiso de asignar una proporción mayor del margen presupuestario a nivel de país, de manera que la fórmula comience con una base más grande a distribuirse.
- b) La **dirección del cambio de la asignación del margen presupuestario** (es decir, si el presupuesto de un país dado debe aumentar o disminuir) sería la misma en la mayoría de los casos, independientemente del escenario aplicado. Solo variaría la magnitud del cambio.
- c) Las fórmulas del presupuesto incluyen una **combinación de componentes históricos** (componente mínimo y de movilización de recursos) así como un **factor independiente** que no depende de la asignación presupuestaria actual (el componente basado en las necesidades). Por lo tanto, los resultados deberían analizarse teniendo esto en cuenta.
 - i. **Los países clave** atraen tradicionalmente más contribuciones voluntarias que otros países de la Región. Cuando se excluye el factor de movilización de recursos, la fórmula del margen presupuestario indicaría una reducción en la mayoría de los países clave. Cuando se incluye el factor de movilización de recursos, la fórmula asignaría más margen presupuestario a la mayoría de los países clave, en particular con los escenarios que utilizan la nueva fórmula del presupuesto (escenarios 4 al 6).
 - ii. **Los países y territorios del Caribe más pequeños sin representación de la OPS/OMS** reciben un aumento considerable del margen presupuestario. Sin embargo, la fórmula no capta la cooperación técnica adicional prestada a través de la Oficina de los Países del Caribe Oriental, que se encuentra en Barbados.
 - iii. **Algunos países de ingresos altos y medianos** como Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay también recibirían un margen presupuestario significativamente mayor que en la actualidad. Esto podría dar lugar a márgenes presupuestarios insostenibles que sean difíciles de financiar. La introducción del factor de movilización de recursos y el límite al aumento por bienio suavizaría y distribuiría estos resultados en el período abarcado.
- d) Los escenarios que usaron la ponderación por quintiles fueron, en términos generales, más extremos al modificar las asignaciones de márgenes presupuestarios que los escenarios que excluyeron la ponderación por quintiles.

36. Con base en los resultados iniciales, la Oficina recomienda utilizar el escenario 6 como propuesta de fórmula del presupuesto. Esto significa que se utilizaría la fórmula del presupuesto simplificada que se presenta en la figura 1, que incluye un factor de movilización de recursos y un ajuste manual de los resultados para Brasil, Haití y México. En el anexo C se presentan los resultados completos del escenario 6.

Distribución de los resultados en el tiempo

37. Otra consideración que se presentó a los Estados Miembros fue el momento adecuado para aplicar la fórmula del presupuesto, es decir, en qué período deben aplicarse los resultados de la fórmula, y si se debe agregar un cambio presupuestario admisible máximo (por ejemplo, +/-10%) por bienio.

38. La Oficina propone que los resultados de aplicar la fórmula se introduzcan paulatinamente a lo largo de tres bienios, y que ningún cambio presupuestario supere el 10% por bienio. Con este enfoque, y considerando que Brasil, Haití y México se ajustan por separado, en el bienio 2020-2021 cinco países recibirían ajustes (aumentos o disminuciones) inferiores a 10% de sus presupuestos actuales, y el resto estaría sujeto a un tope de +/- 10%. Para el bienio 2024-2025, 13 países todavía estarían sujetos a un cambio máximo de +/- 10%, en tanto que el resto habría alcanzado su tope presupuestario. Los países que no alcanzarían su tope según la fórmula son principalmente las islas pequeñas del Caribe sin representaciones de la OPS/OMS y algunos países latinoamericanos que se consideran de ingresos medianos o altos.

39. Los resultados de la aplicación de la fórmula en los tres bienios próximos se presentan en el anexo D.

Intervención del Consejo Directivo

40. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota de este informe, brinde todas las observaciones que crea pertinente y considere la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución que se presenta en el anexo E.

Anexos

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Política del presupuesto de la OPS [Internet]. 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2012 (documento CSP28/7 y resolución CSP28.R10) [consultado el 23 de abril del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28-7-s.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 [Internet]. 54.^o Consejo Directivo de la OPS, 67.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 (resolución CD54.R16) [consultado el 23 de abril del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R16-s.pdf>.

3. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la *Política del presupuesto de la OPS* [Internet]. 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2018; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2018 (documentos CD56/6 y CD56/6, Add. I) [consultado el 23 de abril del 2019]. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&alias=45955-cd56-6-s-evaluacion-politica-presupuesto-addi-955&Itemid=270&lang=es.
4. Organización Panamericana de la Salud. Política del presupuesto regional por programas de la OPS [Internet]. 45.º Consejo Directivo de la OPS, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2004; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2004 (documentos CD45/7 y CD45/7, Corrig. 1, resolución CD45.R6) [consultado el 23 de abril del 2019]. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/257/CD45.r6-s.pdf?sequence=2>.
5. Organización Mundial de la Salud. Asignación estratégica de los márgenes presupuestarios [Internet]. 137.º reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS; 27 y 28 de mayo del 2015; Ginebra. Ginebra: OMS; 2015 (documento EB137/6) [consultado el 23 de abril del 2019]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB137/B137_6-sp.pdf.
6. Organización Panamericana de la Salud. Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019 [Internet]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2017 (*Documento Oficial 354*) [consultado el 23 de abril del 2019]. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34467/CSP29-OD354-s.pdf;jsessionid=21190740EB20510A5B1866BC9E0A206F?sequence=2>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2021 [Internet]. 164.ª Sesión del Comité Ejecutivo; 24 al 28 de junio del 2019; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2019 (documento CE164/13) [consultado el 23 de abril del 2019]. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=49072-ce164-13-s-presupuesto-programas&category_slug=164-comite-ejecutivo&Itemid=270&lang=es.

Anexo A

Manera en que se aborda cada recomendación de la evaluación independiente en el proyecto de política del presupuesto

Tras la aprobación de la política del presupuesto de la OPS del 2012, la Conferencia Sanitaria Panamericana solicitó que se realizara una evaluación minuciosa después de transcurridos dos bienios de su ejecución “a fin de procurar que siga respondiendo a las necesidades cambiantes en materia de salud y que se asignen sistemáticamente los recursos en forma equitativa” (resolución CSP28.R10). La evaluación de la política del Presupuesto fue presentada al 56.º Consejo Directivo, con nueve recomendaciones principales (documentos CD56/6 y CD56/6, Add. I). A continuación se incluyen estas recomendaciones, con una explicación de la manera en que el proyecto de la nueva política del presupuesto responde a cada una de ellas.

Recomendación 1: Modificar el componente basado en las necesidades para que sea menos restrictivo. El componente basado en las necesidades en la nueva política es solo una parte de la fórmula, y la fórmula en sí es flexible y puede ajustarse manualmente (de manera transparente). De esta manera, aunque la porción basada en las necesidades fue calculada utilizando el índice de necesidades de salud (INS), no restringe las asignaciones presupuestarias generales resultantes.

Recomendación 2: Seguir mejorando los cálculos basados en las necesidades. El uso del índice de necesidades de salud actualizado (el INSa+) garantiza una importante mejora de la metodología anterior, incluido el uso de la media geométrica y de más indicadores relacionados con la salud. No se recomienda volver a calcular el INS cada dos años, sino cada seis años, ya que los indicadores a nivel del impacto utilizados no varían mucho en el período más corto.

Recomendación 3: Imponer actualizaciones bienales del componente mínimo. Esta recomendación se cumple con el cálculo bienal de los componentes de gastos generales de operación y de dotación mínima de personal.

Recomendación 4: Permitir el uso de cláusulas de excepción transparentes y limitadas para todas las restricciones de la política del presupuesto. Están incorporadas específicamente en la política del presupuesto y, de hecho, en el bienio 2020-2021 ya se están usando para algunos países.

Recomendación 5: Eliminar el resto de las restricciones impuestas por fórmulas. La eliminación del componente de gestión basada en resultados y de la ponderación por quintiles simplifica la fórmula. Además, el cálculo general de la fórmula puede ajustarse por medio del componente variable (5%), el ajuste manual y la limitación máxima de cambios bienales.

Recomendación 6: Crear un informe ejecutivo bienal sobre la política del presupuesto de carácter obligatorio. La propuesta es incorporar la presentación de información sobre la nueva política del presupuesto de manera más explícita en el informe de desempeño del final del bienio informa que se presenta a los Cuerpos Directivos en el año posterior al cierre de cada bienio. La presentación de información interna a la Gerencia Ejecutiva de la Oficina ya se está presentando con más frecuencia.

Recomendación 7: La política del presupuesto debe ponerse en práctica al sumar sus procesos a los métodos de elaboración del presupuesto y planificación. La nueva política del presupuesto es una parte integral del proyecto de Plan Estratégico 2020-2025. Como tal, figurará explícitamente en la definición de asignaciones presupuestarias en cada presupuesto por programas durante ese período.

Recomendación 8: Analizar la manera de establecer un vínculo entre las contribuciones voluntarias y la política del presupuesto. Esto se logra al aplicar la política del presupuesto a toda la dotación presupuestaria en lugar de solo al presupuesto ordinario, como se hacía anteriormente.

Recomendación 9: Cambiar el punto central de la política del presupuesto del presupuesto ordinario a los fondos flexibles. Esta es la única recomendación que no se ha seguido, dado que la nueva política del presupuesto ha sido diseñada para aplicarse a las asignaciones totales del presupuesto integrado, no a fuentes específicas de financiamiento (por ejemplo, fondos flexibles). Como el presupuesto por programas es consignado por los Estados Miembros íntegramente, se consideró necesario aplicar la política del presupuesto a todo el presupuesto, no solo a tipos específicos de financiamiento. El propósito es garantizar que haya un financiamiento razonable de los presupuestos asignados mediante una combinación de contribuciones señaladas y otros fondos flexibles y contribuciones voluntarias para que el presupuesto sea financiado equitativa y eficientemente en toda la Organización.

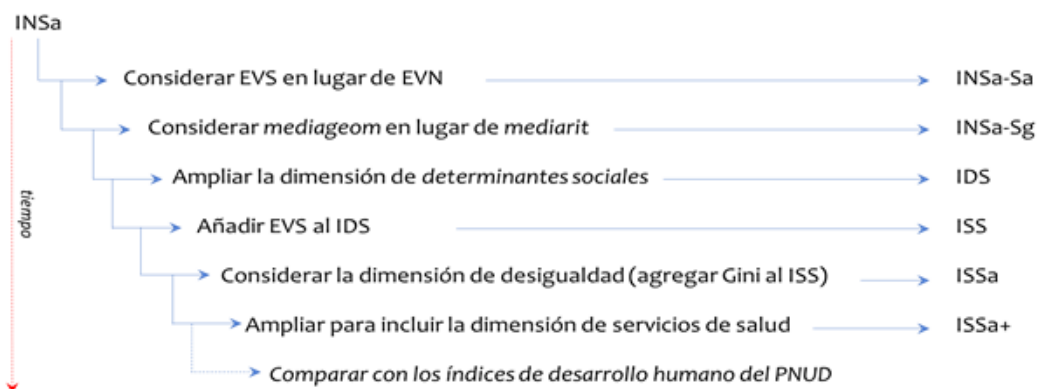
Anexo B

Evolución del proceso de decisión para actualizar el índice de necesidades de salud del 2012

El índice de salud sostenible ampliado + (ISSa+) es la versión más reciente y actualizada del índice de necesidades de salud (INS) genérico, una medición sintética del grado de necesidades relativas de salud de un país. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha usado el INS desde el 2004 para fundamentar su proceso de planificación —y, de manera más específica, para evaluar el componente basado en las necesidades de la política del presupuesto— y para ayudar a determinar cuáles son los países clave en el Plan Estratégico. La incorporación de un índice de necesidades de salud dentro de la política del presupuesto ha sido la respuesta de la OPS para brindar apoyo a la asignación presupuestaria de una manera que refleje los principios de equidad, solidaridad y panamericanismo y, al mismo tiempo, que permita reforzar la transparencia, la objetividad y la rendición de cuentas en la toma de decisiones.

El subgrupo sobre el índice de necesidades de salud y política del presupuesto, establecido por el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico (SPAG, por su sigla en inglés), proporcionó la información necesaria para el proceso de decisión que se siguió al actualizar el índice de necesidades de salud, al pasar del índice de necesidades de salud *ampliado* (INSa) en el 2012 al ISSa+ en el 2019. El SPAG estuvo integrado por 21 Estados Miembros que acordaron colaborar con la Oficina Sanitaria Panamericana (la OSP o la Oficina) en la elaboración del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025; el subgrupo incluyó a representantes de Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Canadá, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos de América y Panamá. Las recomendaciones finales del subgrupo se presentaron al SPAG, el cual las avaló. En la figura 1 se presenta la evolución del proceso de toma de decisiones, así como las justificaciones que lo apoyaron, para actualizar el INSa (2012).

Figura 1. Cronograma esquemático con los hitos clave en la justificación y la toma de decisiones al actualizar el INSa (2012)¹



¹ Las abreviaturas y las fórmulas se indican en el texto a continuación.

El índice de necesidades de salud *ampliado* (2012): El punto de partida del proceso decisorio para actualizar el índice de necesidades de salud fue el índice de necesidades de salud *ampliado* (INSa), como se lo define en la política actual del presupuesto (documento CSP28/7). Para cada país, se calculó la media aritmética de sus dos estimados más recientes de la esperanza de vida al nacer (EVN) y el ingreso per cápita (ipc) —como se presentan en la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud de la OPS— y se tomó el estimado más reciente del coeficiente de Gini. Para un país dado i , se calculó el INSa siguiendo la fórmula que se muestra abajo, donde *actual* es valor actual del país, *min* es el valor mínimo observado en la serie regional de datos y *máximo* es el valor máximo observado en la serie regional de datos.

$$INSa = \frac{\frac{(EVN_{i\ actual} - EVN_{min})}{(EVN_{máx} - EVN_{min})} + \frac{(\log ipc_{i\ actual} - \log ipc_{min})}{(\log ipc_{máx} - \log ipc_{min})} + \left[1 - \frac{(Gini_{i\ actual} - Gini_{min})}{(Gini_{máx} - Gini_{min})}\right]}{3}$$

Como se observa en esta fórmula, se calculó cada componente del índice —a saber, la esperanza de vida, el ingreso per cápita y el coeficiente de Gini— para un país dado aplicando un procedimiento estadístico estándar de transformación mediante el cual se asigna un valor relativo. Este índice de dimensión tiene la siguiente estructura:

$$índice\ de\ dimensión\ (I_x) = \frac{actual - mínimo}{máximo - mínimo}$$

El índice de dimensión puede ubicarse entre cero (para el país más necesitado) y uno (para el país menos necesitado). Cabe señalar que, siguiendo la recomendación bien establecida de reflejar la consabida ley de los rendimientos decrecientes, en vez del valor actual se calculó una transformación logarítmica de la distribución de los ingresos. La finalidad era reflejar de manera apropiada el rango inferior de la distribución de los ingresos, es decir, los países más pobres. La estructura para el índice de dimensión del coeficiente de Gini es diferente (toma su complemento) a fin de tener en cuenta la dirección o la polaridad de ese indicador (si bien un valor más alto en la esperanza de vida al nacer o el ingreso per cápita es lo deseable, en el caso del coeficiente de Gini lo deseable es que sea más bajo). Metodológica y matemáticamente análogo al conocido índice de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el índice de necesidades de salud *ampliado* (INSa) estaba integrado por la suma de los valores de sus tres componentes, después de que se les ha asignado el mismo peso (1/3, un tercio); por lo tanto, el INSa era el promedio aritmético de sus tres índices de dimensión:

$$IDSa = \frac{(I_{EVN} + I_{ipc} + I_{Gini})}{3}$$

Uso de la esperanza de vida sana en lugar de la esperanza de vida al nacer: La primera limitación que se encontró en la formulación del INSA (2012) fue que el componente relativo a la salud, la esperanza de vida al nacer (EVN), aunque tradicionalmente se consideraba un buen indicador para describir la salud de la población, solo capta la experiencia de mortalidad y, por consiguiente, refleja la supervivencia, pero no necesariamente la supervivencia *con un buen estado de salud*. Como indicador descriptivo de la salud de la población es mucho mejor usar la esperanza de vida sana (EVS, también conocida como esperanza de vida ajustada en función del estado de salud) que calcula el tiempo promedio (en años) que una persona (a una edad determinada) podría esperar vivir *con un buen estado de salud*, es decir, teniendo en cuenta la pérdida de salud mortal causada por la muerte prematura y la pérdida de salud no mortal causada por morbilidad y discapacidad. En la actualidad, las estimaciones sobre la esperanza de vida sana están fácilmente disponibles para todos los países. Considerar la esperanza de vida sana en vez de la esperanza de vida al nacer da importancia explícita a *estar vivo y ser saludable* frente al mero hecho de estar vivo. A fin de tener en cuenta esta argumentación, se decidió modificar el INSA de la siguiente manera:

$$\text{INSA-Sa} = \frac{\frac{(EVS_{i \text{ actual}} - EVS_{\text{mín}})}{(EVS_{\text{máx}} - EVS_{\text{mín}})} + \frac{(\log ipc_{i \text{ actual}} - \log ipc_{\text{mín}})}{(\log ipc_{\text{máx}} - \log ipc_{\text{mín}})} + \left[1 - \frac{(Gini_{i \text{ actual}} - Gini_{\text{mín}})}{(Gini_{\text{máx}} - Gini_{\text{mín}})}\right]}{3}$$

Esta variante del INSA-Sa es idéntica al INSA original, excepto que usa la expectativa de vida sana en vez de la expectativa de vida al nacer (INSA-Sa se calcula de la manera usual, es decir, como una media aritmética).

Uso de la media geométrica en lugar de la media aritmética: Otra limitación de la formulación del INSA (2012) guardaba relación con la manera estadística de resumir sus componentes o dimensiones. Se hizo evidente que cuando se manejan cifras en diferentes escalas (como es el caso de los tres componentes del INSA), la manera correcta de resumirlos en un número único desde un punto de vista estadístico es usando la media geométrica en lugar de la media aritmética (es decir, considerar una relación multiplicativa en lugar de una aditiva). En este caso, la media geométrica tiene dos propiedades importantes: 1) *escalabilidad*: permite promediar números de escalas completamente diferentes (por lo que iguala el impacto entre las distintas dimensiones); y 2) *no sustituibilidad*: una cifra alta en una dimensión no compensa una cifra baja en otra dimensión. Por razones similares, desde el 2010 el índice de desarrollo humano del PNUD es una media geométrica de sus dimensiones. Para reflejar estos atributos, se consideró el siguiente cambio del INSA:

$$\text{INSA-Sg} = \left\{ \frac{(EVS_{i \text{ actual}} - EVS_{\text{mín}})}{(EVS_{\text{máx}} - EVS_{\text{mín}})} \times \frac{(\log ipc_{i \text{ actual}} - \log ipc_{\text{mín}})}{(\log ipc_{\text{máx}} - \log ipc_{\text{mín}})} \times \left[1 - \frac{(Gini_{i \text{ actual}} - Gini_{\text{mín}})}{(Gini_{\text{máx}} - Gini_{\text{mín}})}\right] \right\}^{1/3}$$

Esta variante del *INSA-Sg* es idéntica al *INSA* original, excepto que usa la expectativa de vida sana en vez de la expectativa de vida al nacer y se computa como una media geométrica.

Ampliación de la dimensión relativa a los determinantes sociales: Una tercera limitación del *INSA* actual se refiere a su alto grado de dependencia de la dimensión económica (es decir, el ingreso y el coeficiente de Gini) para representar o ilustrar de alguna manera el contexto particular en relación con el nivel correspondiente de necesidades de salud de un país determinado. Se consideró necesario explorar la posibilidad de ampliar el componente actual del *INSA* relativo al contexto para incluir los determinantes sociales de la salud, a fin de tener en cuenta los efectos directos y profundos que las circunstancias de la vida cotidiana tienen en la salud y su distribución en la población, y de reflejar el enfoque del capital social y las capacidades humanas en el desarrollo —y, especialmente en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible— en el desarrollo *sostenible*. La OPS ha estado trabajando en un índice sintético y útil como estratificador de la equidad para el seguimiento de las desigualdades en el ámbito de la salud a nivel subnacional, que capta las tres dimensiones del desarrollo sostenible por medio de indicadores indirectos apropiados: el económico (ingreso per cápita o *ipc*), el social (años de escolaridad alcanzados o *aea*) y el ambiental (cobertura de acceso al agua o *caa*). Este índice sintético es el índice de desarrollo sostenible (IDS), metodológica y matemáticamente análogo al índice de desarrollo humano actual:

$$IDS = \left[\frac{(\log ipc_{i\text{ actual}} - \log ipc_{\text{mín}})}{(\log ipc_{\text{máx}} - \log ipc_{\text{mín}})} \times \frac{(aea_{i\text{ actual}} - aea_{\text{mín}})}{(aea_{\text{máx}} - aea_{\text{mín}})} \times \frac{(caa_{i\text{ actual}} - caa_{\text{mín}})}{(caa_{\text{máx}} - caa_{\text{mín}})} \right]^{1/3}$$

Inclusión de la expectativa de vida sana: En este proceso de toma de decisiones el siguiente paso natural fue agregar la expectativa de vida sana al índice de desarrollo sostenible para transformarlo en una variante más actualizada del índice de necesidades de salud *ampliado* (*INSA*), que tiene en cuenta todos los hitos de la argumentación considerada hasta ese momento. Esta variante se denominó “índice de salud sostenible” (ISS):

$$ISS = \left[\frac{(EVS_{i\text{ actual}} - EVS_{\text{mín}})}{(EVS_{\text{máx}} - EVS_{\text{mín}})} \times \frac{(\log ipc_{i\text{ actual}} - \log ipc_{\text{mín}})}{(\log ipc_{\text{máx}} - \log ipc_{\text{mín}})} \times \frac{(aea_{i\text{ actual}} - aea_{\text{mín}})}{(aea_{\text{máx}} - aea_{\text{mín}})} \times \frac{(caa_{i\text{ actual}} - caa_{\text{mín}})}{(caa_{\text{máx}} - caa_{\text{mín}})} \right]^{1/4}$$

Inclusión de la dimensión de la desigualdad: A pesar del considerable progreso registrado en los últimos decenios, la Región de las Américas sigue siendo la más desigual del mundo en cuanto a la distribución de los ingresos. Es también un hecho bien conocido que la riqueza o los ingresos son un determinante fundamental de la salud de la población y que su desigualdad distributiva afecta profundamente la distribución de la salud y determina otras desigualdades también generalizadas en el ámbito de la salud. Estos mismos argumentos se consideraron en el 2012 para justificar la inclusión del coeficiente de Gini en la elaboración del *INSA* original, y se tuvieron en cuenta ahora. Además, su inclusión en el índice de salud sostenible logra otros dos atributos muy importantes: 1) refleja el grado de desigualdad *social* en el país; y 2) es el único elemento del índice de

necesidades de salud que refleja la desigualdad dentro del país. En consecuencia, se consideró entonces un índice de necesidades de salud actualizado que se denominó “índice de salud sostenible ampliado” (ISSa), con la siguiente fórmula:

$$ISSa = \left\{ \frac{(EVS_{i\text{ actual}} - EVS_{\text{mín}})}{(EVS_{\text{máx}} - EVS_{\text{mín}})} \times \left[1 - \frac{(Gini_{i\text{ actual}} - Gini_{\text{mín}})}{(Gini_{\text{máx}} - Gini_{\text{mín}})} \right] \times \frac{(\log ipc_{i\text{ actual}} - \log ipc_{\text{mín}})}{(\log ipc_{\text{máx}} - \log ipc_{\text{mín}})} \times \frac{(aea_{i\text{ actual}} - aea_{\text{mín}})}{(aea_{\text{máx}} - aea_{\text{mín}})} \times \frac{(caa_{i\text{ actual}} - caa_{\text{mín}})}{(caa_{\text{máx}} - caa_{\text{mín}})} \right\}^{1/5}$$

Ampliación de la dimensión de la salud para incluir un componente relacionado con los servicios de salud: Por último, se consideró el hecho de que el componente relativo a la expectativa de vida sana solo reflejaba un lado de la “ecuación de salud”, es decir, el de los resultados en materia de salud. El aspecto relacionado con los servicios de salud (el acceso a los servicios de salud o la cobertura de los servicios de salud) no estaba presente en la fórmula del nuevo índice. Para que esto se reflejara explícitamente en la dimensión de la salud del nuevo índice de necesidades de salud, se agregó un elemento final, el sexto de la lista: una media aritmética de la proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado y la cobertura de vacunación con la tercera dosis de la DPT (acceso y cobertura de salud o *acs*). La selección de estos dos indicadores sobre el acceso y la cobertura de salud se basó en criterios relacionados con la practicidad y la comodidad. Como no hay datos disponibles para el indicador que universalmente se prefiere para este componente —es decir, el indicador 3.8.1 del *Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* que es la cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos), que aún es objeto de debate a nivel mundial— se optó por incluir los indicadores de acceso y cobertura de salud antes mencionados debido a su amplia disponibilidad regional, la buena calidad de los datos y su importancia crucial como indicadores trazadores de las intervenciones de atención de salud en la etapa más fundamental del curso de la vida, la de los primeros años de vida.

Esta última variante del índice de necesidades de salud actualizado fue la que el subgrupo sobre el índice de necesidades de salud y política del presupuesto del Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico seleccionó y recomendó. Este índice se denominó “índice de salud sostenible ampliado + (ISSa+)” y su fórmula en un formato sin condensar es la siguiente:

$$ISSa+ = \left\{ \frac{(EVS_{i\text{ actual}} - EVS_{\text{mín}})}{(EVS_{\text{máx}} - EVS_{\text{mín}})} \times \frac{(acs_{i\text{ actual}} - acs_{\text{mín}})}{(acs_{\text{máx}} - acs_{\text{mín}})} \times \left[1 - \frac{(Gini_{i\text{ actual}} - Gini_{\text{mín}})}{(Gini_{\text{máx}} - Gini_{\text{mín}})} \right] \times \frac{(\log ipc_{i\text{ actual}} - \log ipc_{\text{mín}})}{(\log ipc_{\text{máx}} - \log ipc_{\text{mín}})} \times \frac{(aea_{i\text{ actual}} - aea_{\text{mín}})}{(aea_{\text{máx}} - aea_{\text{mín}})} \times \frac{(caa_{i\text{ actual}} - caa_{\text{mín}})}{(caa_{\text{máx}} - caa_{\text{mín}})} \right\}^{1/6}$$

donde:

EVS	esperanza de vida sana al nacer (o esperanza de vida ajustada en función del estado de salud)
acs	acceso y cobertura de salud
Gini	coeficiente de Gini de la desigualdad del ingreso
aea	años de escolaridad alcanzados
ipc	ingreso per cápita
caa	cobertura de acceso al agua

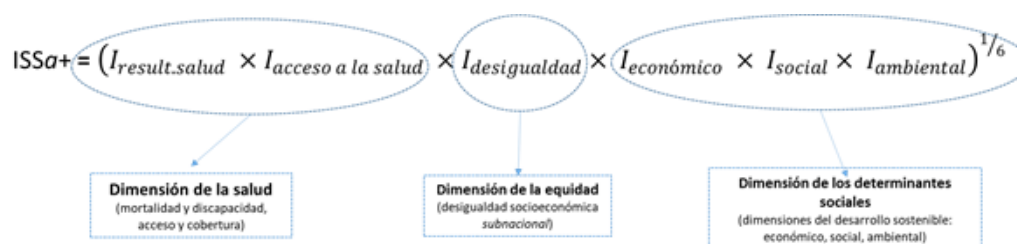
La fórmula del ISSa+ puede representarse en un formato condensado:

$$ISS_{a+} = (I_{result. salud} \times I_{acceso a la salud} \times I_{desigualdad} \times I_{económico} \times I_{social} \times I_{ambiental})^{1/6}$$

donde Ii es un índice de dimensión, cuya ecuación ordinaria es:

$$\text{Índice de dimensión } (I_x) = \frac{\text{actual} - \text{mínimo}}{\text{máximo} - \text{mínimo}}$$

y en el cual es más claro reconocer las tres dimensiones básicas del índice:

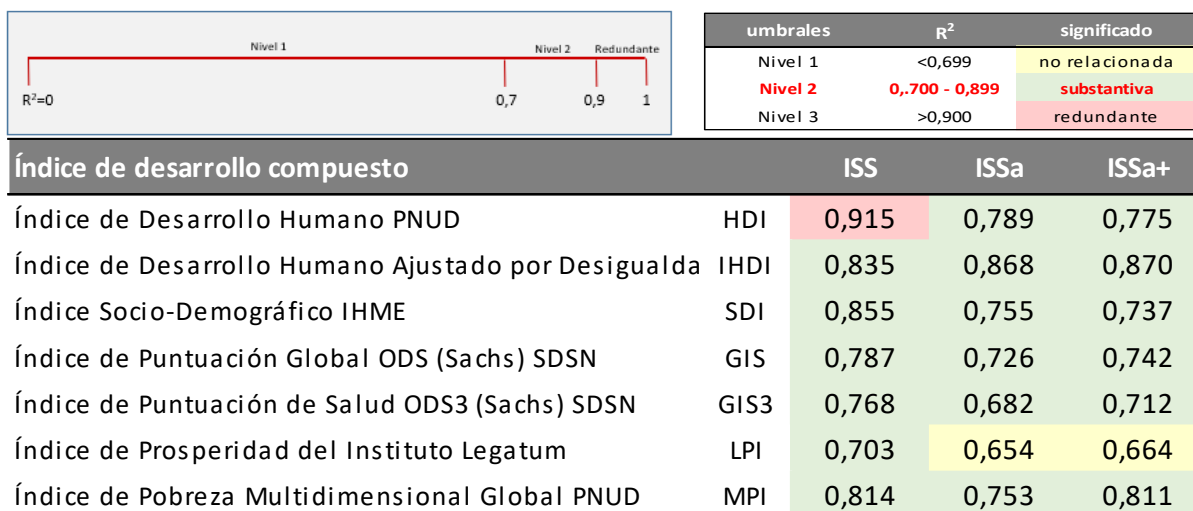


Las seis dimensiones del ISSa+ de la OPS, con sus indicadores indirectos y las fuentes correspondientes, son:

resultados en materia de salud	Esperanza de vida sana (EVS) al nacer o esperanza de vida ajustada en función de la salud (años), anualizada mediante interpolación lineal Fuente: Estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2016 del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria
acceso a la salud	Proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado y cobertura de inmunización con DPT3 Fuente: Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2018, OPS

desigualdad	Coeficiente de Gini de la desigualdad del ingreso, el estimado más reciente de buena calidad Fuente: Base de datos del Instituto Mundial de Investigaciones de Economía del Desarrollo, v. 2018
económica	Ingreso nacional bruto per cápita (US\$), paridad del poder adquisitivo, a dólares internacionales constantes del 2011 Fuente: Indicadores del desarrollo mundial del Banco Mundial (serie del 2018)
social	Años de escolaridad alcanzados; educación per cápita estandarizada según la edad, edad: 25+ Fuente: <i>Global Health Data Exchange</i> , Instituto de Saneamiento y Evaluación Sanitaria
ambiental	Proporción de la población que tiene un suministro mejorado de agua con acceso en el lugar de uso Fuente: Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua del Saneamiento

Análisis de redundancias: Las tres últimas variantes consideradas —a saber, el índice de salud sostenible (ISS), el índice de salud sostenible ampliado (ISSa) y el índice de salud sostenible ampliado + (ISSa+)— se sometieron a un análisis de redundancias para evaluar el grado de redundancia de información que transmitían con respecto a otros siete índices compuestos relacionados desde un punto de vista temático. El análisis se basa en el grado de correlación entre dos grupos de indicadores compuestos al evaluar el coeficiente de determinación (R^2). Si R^2 es demasiado alto, se dice que los dos indicadores compuestos son redundantes (es decir, cualquiera de ellos puede usarse para reflejar el mismo constructo o para medir lo mismo); normalmente el umbral para la redundancia se pone en $R^2 > 0,90$. Si R^2 es demasiado bajo, se dice que los dos indicadores compuestos no están relacionados (es decir, captan diferentes constructos y miden cosas distintas); el umbral de la ausencia de relación normalmente se pone en $R^2 < 0,70$. La ausencia de redundancia sustantiva entre dos índices compuestos debe encontrarse en el rango restringido de $>0,70 > R^2 < 0,90$, en cuyo caso los dos índices tienen sus propias particularidades al captar un constructo o medir una dimensión. En el siguiente cuadro se muestran los resultados obtenidos:



Este análisis pone el ISSa+ de la OPS en un nivel 2 de redundancia, es decir, no tiene redundancia sustantiva respecto del resto de los índices compuestos evaluados, excepto el índice de prosperidad del Legatum Institute, con el cual no está relacionado. Estos resultados favorecen el ISSa+ de la OPS, lo que muestra que tiene puntos comunes con otros índices relacionados pero, al mismo tiempo, capta constructos y mide dimensiones que no se reflejan ni se miden en los otros índices evaluados.

Anexo C

Resultados de la aplicación de la fórmula del presupuesto en el escenario 6

Miembros ¹	Código	Asignación presupuestaria actual para el país	Componente mínimo para operaciones					Fórmula de PP propuesta: ISSa+ (2018) sin ponderación por quintiles, componente de movilización de recursos, ajustes para BRA, HTI, MEX				
			Personal básico	Gastos generales de operación mínimos	Total asignación básica mínima	Asignación variable mínima	Total componente mínimo	Componente basado en necesidades, ajustado para (BRA, HTI, MEX)	Componente de movilización de recursos	Asignación presupuestaria total para el país	Diferencia con la asignación presupuestaria actual del país	
			1	2	4=2+3	5	6=4+5	7	8	9=6+7+8	10=9-1	
Antigua y Barbuda	ATG	650.000	522.000	30.000	552.000	21.668	573.668	449.661	240.130	1.263.459	613.459	
Argentina	ARG	6.330.000	1.852.000	596.171	2.448.171	96.101	2.544.272	4.819.530	761.606	8.125.407	1.795.407	
Aruba	ABW	330.000	-	-	500.000	-	500.000	-	-	500.000	170.000	
Bahamas	BHS	2.700.000	1.610.000	170.272	1.780.272	69.883	1.850.156	1.038.799	-	2.888.954	188.954	
Barbados	BRB	600.000	500.000	500.000	500.000	19.627	519.627	1.248.860	542.202	2.310.689	1.710.689	
Belice	BLZ	3.180.912	1.563.000	199.831	1.762.831	69.199	1.832.030	1.916.575	1.164.928	4.913.534	1.732.622	
Bolivia	BOL	10.170.000	1.890.667	555.243	2.445.910	96.013	2.541.922	4.947.137	3.833.308	11.322.368	1.152.368	
Brasil	BRA	16.793.875	2.042.333	1.340.832	3.383.165	132.804	3.515.969	12.595.406	646.760	16.758.135	(35.740)	
Canadá	CAN	500.000	-	-	500.000	-	500.000	-	-	500.000	-	
Chile	CHL	4.300.000	1.802.000	376.400	2.178.400	85.512	2.263.912	3.626.037	2.041.192	7.931.141	3.631.141	
Colombia	COL	10.000.000	1.828.500	1.158.410	2.986.910	117.249	3.104.159	7.807.604	1.480.542	12.392.305	2.392.305	
Costa Rica	CRI	3.243.000	1.759.000	176.136	1.935.136	75.962	2.011.098	2.659.828	502.821	5.173.747	1.930.747	
Cuba	CUB	5.800.000	507.000	360.390	867.390	34.049	901.438	2.020.948	2.618.785	5.541.172	(258.828)	
Curazao	CUW	120.000	-	-	500.000	-	500.000	-	-	500.000	380.000	
Dominica	DMA	600.000	500.000	30.000	530.000	20.805	550.805	646.993	11.016	1.208.814	608.814	
Ecuador	ECU	7.561.000	1.565.000	488.400	2.053.400	80.605	2.134.005	4.241.808	2.451.363	8.827.176	1.266.176	
El Salvador	SLV	5.595.000	1.857.250	101.680	1.958.930	76.897	2.035.827	3.790.994	1.410.176	7.236.997	1.641.997	
Estados Unidos	USA	490.000	-	-	500.000	-	500.000	-	-	500.000	10.000	
Francia	FRT	300.000	-	-	500.000	-	500.000	-	-	500.000	200.000	
Granada	GRD	600.000	600.000	30.000	630.000	24.730	654.730	865.996	23.912	1.544.639	944.639	
Guatemala	GTM	13.200.000	2.077.450	527.062	2.604.512	102.238	2.706.751	7.570.590	2.591.624	12.868.965	(331.035)	
Guyana	GUY	6.000.000	1.636.000	316.031	1.952.031	76.626	2.028.657	2.079.386	2.699.185	6.807.228	807.228	
Haití	HTI	32.117.600	2.000.200	1.064.241	3.064.441	120.293	3.184.734	23.721.970	3.577.990	30.484.693	(1.632.907)	
Honduras	HND	11.457.000	1.847.833	664.430	2.512.263	98.617	2.610.880	5.657.534	6.127.305	14.395.719	2.938.719	
Jamaica	JAM	4.960.000	1.611.167	246.079	1.857.246	72.905	1.930.151	2.670.002	410.457	5.010.609	50.609	
México	MEX	9.239.000	1.780.000	841.882	2.621.882	102.920	2.724.803	6.929.250	1.290.613	10.944.665	1.705.665	
Nicaragua	NIC	13.035.000	1.678.708	202.032	1.880.740	73.827	1.954.567	4.313.748	3.750.927	10.019.242	(3.015.758)	
Países Bajos	NET	120.000	-	-	500.000	-	500.000	-	-	500.000	380.000	
Panamá	PAN	5.701.000	1.638.500	243.680	1.882.180	73.884	1.956.064	2.836.250	3.209.438	8.001.752	2.300.752	
Paraguay	PRY	8.922.400	1.792.000	214.485	2.006.485	78.763	2.085.248	4.421.655	2.892.450	9.399.353	476.953	
Perú	PER	11.250.000	1.721.500	763.432	2.484.932	97.544	2.582.476	5.379.410	3.736.355	11.698.241	448.241	
Puerto Rico	PRI	340.000	-	-	500.000	-	500.000	-	-	500.000	160.000	
Reino Unido	UKT	1.526.000	-	-	500.000	-	500.000	-	-	500.000	(1.026.000)	
República Dominicana	DOM	6.253.000	1.596.333	431.158	2.027.491	79.588	2.107.079	3.905.764	1.383.085	7.395.928	1.142.928	
Saint Kitts y Nevis	KNA	533.000	600.000	30.000	630.000	24.730	654.730	360.659	715.130	1.730.519	1.197.519	
San Martín	SXM	346.000	-	-	500.000	-	500.000	-	-	500.000	154.000	
San Vicente y las Granadinas	VCT	650.000	600.000	250.000	850.000	33.366	883.366	834.402	-	1.717.769	1.067.769	
Santa Lucía	LCA	600.000	456.000	30.000	486.000	19.078	505.078	828.021	1.233.455	2.566.553	1.966.553	
Suriname	SUR	4.800.000	1.662.000	354.167	2.016.167	79.143	2.095.310	2.429.334	2.003.534	6.528.179	1.728.179	
Trinidad y Tabago	TTO	4.100.000	1.469.500	203.819	1.673.319	65.685	1.739.004	1.639.578	58.626	3.437.209	(662.791)	
Uruguay	URY	3.973.000	1.959.000	337.180	2.296.180	90.135	2.386.315	1.961.751	1.205.820	5.553.886	1.580.886	
Venezuela	VEN	7.061.000	1.821.500	421.618	2.243.118	88.052	2.331.170	5.784.519	385.264	8.500.953	1.439.953	
		226.047.787	47.846.442	13.255.059	65.601.501	2.398.499	68.000.000	136.000.000	55.000.000	259.000.000	32.952.213	

Propuesto como país clave según la fórmula del índice de necesidades

¹ Francia incluyen Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica; los Países Bajos incluyen las Antillas Neerlandesas; el Reino Unido incluye B14:M51en Anguila, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Bermuda, las Islas Caimán y las Islas Turcas y Caicos

Explicaciones del cuadro del anexo C

Columna 1. Asignación actual presupuestaria actual para el país: Asignación presupuestaria para el país en el bienio 2018-2019.

Columna 2. Personal básico: Dotación mínima de personal básico en una representación de la OPS/OMS dada; consta de cinco funcionarios y los costos se calculan según los niveles del bienio 2020-2021.

Columna 3. Gastos generales de operación mínimos: Están basados en montos históricos incurridos por Representación de la OPS/OMS en 2016-2017 y en 2018-2019.

Columna 4. Total asignación básica mínima: Suma de las columnas 2 y 3.

Columna 5. Asignación variable mínima: Resto del componente mínimo (25%), distribuido proporcionalmente entre todos los países a los que se les aplica un componente mínimo. Esto representa los aumentos potenciales de los gastos generales de operación y los costos de personal a lo largo del período de seis años.

Columna 6. Total componente mínimo: Suma de las columnas 4 y 5.

Columna 7. Componente basado en las necesidades (ajustado para BRA, HTI, MEX): Con excepción de los países o territorios en los que se indica que no tienen ninguna necesidad y los casos especiales de Brasil, Haití y México, el componente basado en las necesidades (50%) se distribuyó utilizando la parte proporcional del ISSa+ multiplicada por el número de habitantes, y aplicando el factor de suavizamiento logaritmo cuadrático ajustado de la población (ALPS, por sus siglas en inglés). El espacio presupuestario de Brasil, Haití y México y su proporción fueron excluidos del cálculo. En el caso de Brasil y México, el componente basado en las necesidades se calculó en 75% de su asignación actual, porcentaje que corresponde a la ponderación promedio de sus gastos generales de operación. En el caso de Haití, el componente basado en las necesidades se definió a partir de las conversaciones sostenidas con la representación.

Columna 8. Componente de movilización de recursos: La ponderación atribuida a este componente es 20% del tope del presupuesto total del país. El espacio presupuestario por país fue asignado según la ponderación de las contribuciones voluntarias de ese país en relación con las contribuciones voluntarias totales recibidas por la OPS a nivel de país en el bienio 2016-2017.

Columna 9. Asignación total presupuestaria para el país: Suma de las columnas 6, 7 y columna 8.

Columna 10. Diferencia con la actual asignación presupuestaria de país: Columna 1 menos columna 9.

Anexo D

Aplicación de la fórmula seleccionada en el tiempo, con una variación máxima +/-10% utilizando el escenario 6 de la fórmula del presupuesto

Miembros ¹	Código	Nueva política del presupuesto (2019)			Aplicación de la política del presupuesto en diferentes bienes con cambios porcentuales máximos entre bienes (solo con fines ilustrativos)							Componente variable 2020-2021
		Asignación actual del país 2018-2019	Total de asignación presupuestaria según la fórmula	Diferencia con la asignación presupuestaria actual del país	Bienio 2020-2021 (+/-10% máx)	% cambio respecto al bienio anterior	Proyección bienio 2022-2023 (+/-10% máx)	% cambio respecto al bienio anterior	Proyección bienio 2024-2025 ¹ (+/-10% máx)	% cambio respecto a bienio anterior	Diferencia entre el presupuesto asignado total y el bienio 2024-2025	
		1	2	3=2-1	4	5=(4/1)-1	6	7=(6/1)-1	8	9=(8/1)-1	10=9-6	
Antigua y Barbuda	ATG	650.000	1.263.459	613.459	715.000	10%	786.500	10%	865.150	10%	398.309	-
Argentina	ARG	6.330.000	8.125.407	1.795.407	6.963.000	10%	7.659.300	10%	8.125.407	6%	0	-
Aruba	ABW	330.000	500.000	-	500.000	-	500.000	-	500.000	-	-	-
Bahamas	BHS	2.700.000	2.888.954	188.954	2.888.954	7%	2.888.954	0%	2.888.954	0%	0	-
Barbados	BRB	600.000	2.310.689	1.710.689	660.000	10%	726.000	10%	798.600	10%	1.512.089	-
Belice	BLZ	3.180.912	4.913.534	1.732.622	3.499.003	10%	3.848.904	10%	4.233.794	10%	679.740	-
Bolivia	BOL	10.170.000	11.322.368	1.152.368	11.187.000	10%	11.322.368	1%	11.322.368	0%	0	-
Brasil	BRA	16.793.875	16.758.135	(35.740)	16.758.135	0%	16.758.135	0%	16.758.135	0%	0	-
Canada	CAN	500.000	500.000	-	500.000	-	500.000	-	500.000	-	-	-
Chile	CHL	4.300.000	7.931.141	3.631.141	4.730.000	10%	5.203.000	10%	5.723.300	10%	2.207.841	-
Colombia	COL	10.000.000	12.392.305	2.392.305	11.000.000	10%	12.100.000	10%	12.392.305	2%	0	-
Costa Rica	CRI	3.243.000	5.173.747	1.930.747	3.567.300	10%	3.924.030	10%	4.316.433	10%	857.314	-
Cuba	CUB	5.800.000	5.541.172	(258.828)	5.541.172	-4%	5.541.172	0%	5.541.172	0%	0	-
Curacao	CUW	120.000	500.000	-	500.000	-	500.000	-	500.000	-	-	-
Dominica	DMA	600.000	1.208.814	608.814	660.000	10%	726.000	10%	798.600	10%	410.214	-
Ecuador	ECU	7.561.000	8.827.176	1.266.176	8.317.100	10%	8.827.176	6%	8.827.176	0%	0	-
El Salvador	SLV	5.595.000	7.236.997	1.641.997	6.154.500	10%	6.769.950	10%	7.236.997	7%	0	-
Estados Unidos	USA	490.000	500.000	-	500.000	-	500.000	-	500.000	-	-	-
Francia	FRT	300.000	500.000	-	500.000	-	500.000	-	500.000	-	-	-
Granada	GRD	600.000	1.544.639	944.639	660.000	10%	726.000	10%	798.600	10%	746.039	-
Guatemala	GTM	13.200.000	12.868.965	(331.035)	12.868.965	-3%	12.868.965	0%	12.868.965	0%	0	-
Guyana	GUY	6.000.000	6.807.228	807.228	6.600.000	10%	6.807.228	3%	6.807.228	0%	0	-
Haití	HTI	32.117.600	30.484.693	(1.632.907)	30.484.693	-5%	30.484.693	0%	30.484.693	0%	0	-
Honduras	HND	11.457.000	14.395.719	2.938.719	12.602.700	10%	13.862.970	10%	14.395.719	4%	0	-
Jamaica	JAM	4.960.000	5.010.609	50.609	5.010.609	1%	5.010.609	0%	5.010.609	0%	0	-
México	MEX	9.239.000	10.944.665	1.705.665	10.162.900	10%	10.944.665	8%	10.944.665	0%	0	-
Nicaragua	NIC	13.035.000	10.019.242	(3.015.758)	11.731.500	-10%	10.558.350	-10%	10.019.242	-5%	0	-
Países Bajos	NET	120.000	500.000	-	500.000	-	500.000	-	500.000	-	-	-
Panamá	PAN	5.701.000	8.001.752	2.300.752	6.271.100	10%	6.898.210	10%	7.588.031	10%	413.721	-
Paraguay	PRY	8.922.400	9.399.353	476.953	9.399.353	5%	9.399.353	0%	9.399.353	0%	0	-
Perú	PER	11.250.000	11.698.241	448.241	11.698.241	4%	11.698.241	0%	11.698.241	0%	0	-
Puerto Rico	PRI	340.000	500.000	-	500.000	-	500.000	-	500.000	-	-	-
Reino Unido	UKT	1.526.000	500.000	-	500.000	-	500.000	-	500.000	-	-	-
República Dominicana	DOM	6.253.000	7.395.928	1.142.928	6.878.300	10%	7.395.928	8%	7.395.928	0%	0	-
Saint Kitts y Nevis	KNA	533.000	1.730.519	1.197.519	586.300	10%	644.930	10%	709.423	10%	1.021.096	-
San Vicente y las Granadinas	VCT	650.000	1.717.769	1.067.769	715.000	10%	786.500	10%	865.150	10%	852.619	-
Santa Lucía	LCA	600.000	2.566.593	1.966.593	660.000	10%	726.000	10%	798.600	10%	1.767.953	-
Sint Maarten	SXM	346.000	500.000	-	500.000	-	500.000	-	500.000	-	-	-
Suriname	SUR	4.800.000	6.528.179	1.728.179	5.280.000	10%	5.808.000	10%	6.388.800	10%	139.379	-
Trinidad y Tabago	TTO	4.100.000	3.437.209	(662.791)	3.690.000	-10%	3.437.209	-7%	3.437.209	0%	0	-
Uruguay	URY	3.973.000	5.553.886	1.580.886	4.370.300	10%	4.807.330	10%	5.288.063	10%	265.823	-
Venezuela	VEN	7.061.000	8.500.953	1.439.953	7.767.100	10%	8.500.953	9%	8.500.953	0%	0	-
		226.047.787	259.000.000	32.524.213	234.578.226		242.947.623		247.727.863		8.681.999	14.000.000

Propuesto como país clave según la fórmula del índice de necesidades

¹ Francia incluyen Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica; los Países Bajos incluyen las Antillas Neerlandesas; el Reino Unido incluyen Anguila, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Bermuda, las Islas Caimán y las Islas Turcas y Caicos

Explicaciones del cuadro del anexo D

Columna 1. Asignación actual del país 2018-2019: Asignación presupuestaria actual del país para el bienio 2018-2019.

Columna 2. Total de asignación presupuestaria según la fórmula: Corresponde a la columna 9 del cuadro del anexo B.

Columna 3. Diferencia con la asignación presupuestaria actual del país: Columna 2 menos columna 1.

Columna 4. Bienio 2020-2021 (+/-10% máx.): La asignación actual de país avanzaría en la dirección de la cantidad recomendada por la fórmula del presupuesto, con una variación máxima de 10%, o la cantidad recomendada por la fórmula del presupuesto, la que sea menor.

Columna 5. Porcentaje de cambio respecto al bienio anterior: Calculado con base en la asignación presupuestaria actual para el bienio 2018-2019.

Columna 6. Proyección bienio 2022-2023 (+/-10% máx.): Solo para fines ilustrativos. La asignación de país calculada para el bienio 2020-2021 avanzaría en la dirección de la cantidad recomendada por la fórmula del presupuesto, con una variación máxima de 10%, o la cantidad recomendada por la fórmula del presupuesto, la que sea menor.

Columna 7. Porcentaje de cambio respecto al bienio anterior: Calculado con base en la asignación presupuestaria para 2020-2021.

Columna 8. Proyección bienio 2024-2025 (+/-10% máx.): Solo para fines ilustrativos. La asignación de país calculada para el bienio 2022-2023 avanzaría en la dirección de la cantidad recomendada por la fórmula del presupuesto, con una variación máxima de 10%, o la cantidad recomendada por la fórmula del presupuesto, la que sea menor.

Columna 9. Porcentaje de cambio respecto al bienio anterior: Calculado con base en la asignación presupuestaria para 2020-2021.

Columna 10. Diferencia entre el presupuesto asignado total y el bienio 2024-2025: Diferencia entre lo que sería el presupuesto sugerido para el bienio 2024-2025 y el que se propone en la fórmula del presupuesto.

Columna 11. Componente variable 2020-2021: El espacio presupuestario para este componente sigue sin distribuirse a menos que la Directora proponga su distribución.

57.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019

CD57/5
Anexo E
Original: inglés

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

POLÍTICA DEL PRESUPUESTO DE LA OPS

EL 57.º CONSEJO DIRECTIVO,

(PP1) Habiendo examinado el proyecto de *Política del presupuesto de la OPS* (documento CD57/5, en el que se presenta una política del presupuesto regional revisada que define una nueva manera de asignar topes presupuestarios dentro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS);

(PP2) Observando las recomendaciones contenidas en la evaluación externa de la política del presupuesto vigente que fue presentada para consideración de los Estados Miembros en los documentos CD56/6 y CD56/6, Add. 1;

(PP3) Consciente de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS han adoptado enfoques de presupuesto integrado y que los Estados Miembros aprueban ahora un presupuesto integrado, no únicamente el presupuesto ordinario como se hacía antes del bienio 2016-2017;

(PP4) Considerando las deliberaciones del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

(OP)1. Agradecer al Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico y en particular al subgrupo sobre el índice de necesidades de salud y la política del presupuesto por sus esfuerzos para recomendar modificaciones e introducir nuevos criterios para la asignación de topes presupuestarios entre las representaciones de la OPS/OMS en los países.

(OP)2. Tomar nota del modelo propuesto para asignar topes presupuestarios en los países.

(OP)3. Aprobar la nueva *Política del presupuesto de la OPS*, haciendo hincapié en los siguientes puntos:

- a) la asignación presupuestaria entre los tres niveles funcionales de la Organización (de país, subregional y regional) se realizará de tal manera que, para fortalecer la cooperación con los países, la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) se esforzará continuamente por mantener estructuras funcionales y orgánicas óptimas con miras a lograr el mayor grado de impacto posible en los países, en tanto sigue respondiendo de manera eficaz a los mandatos regionales y subregionales colectivos;
- b) la proporción del presupuesto proyectada para los niveles de país y subregional (combinados) se fija en 45% para el período 2020-2025; la distribución entre los niveles funcionales y orgánicos continúa siendo dinámica y permite ajustes a los topes presupuestarios a lo largo del proceso de planificación según sea necesario, siempre de manera transparente y con el objetivo de mejorar resultados de salud en los países y para los países;
- c) en la reasignación de topes presupuestarios entre los países, no se modificará (aumentará o disminuirá) la asignación presupuestaria de ningún país en más de 10% por bienio;
- d) si se aplica la “cláusula de salvaguardia” de ajuste manual en un bienio dado, se presentará la justificación respectiva a los Estados Miembros para su consideración y aprobación.

(OP)4. Asegurar que las asignaciones presupuestarias a los países en los distintos presupuestos por programas de la OPS en el período 2020-2025 se guíen por la política del presupuesto y se introduzcan paulatinamente a lo largo de los tres bienios, a fin de que sean manejables las transiciones para los programas de cooperación técnica y las representaciones de la OPS/OMS.

(OP)5. Promover la priorización en la asignación de recursos entre los resultados programáticos en consonancia con los mandatos colectivos e individuales de los Estados Miembros, como se expresa en los documentos de planificación de la OPS.

(OP)6. Solicitar a la Directora que:

- a) aplique la nueva *Política del presupuesto de la OPS* cuando se formulen futuros proyectos de presupuestos por programas para la consideración del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana;
- b) presente al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana información actualizada sobre la ejecución de la *Política del presupuesto de la OPS* cada dos años, como parte del informe de la evaluación de fin de bienio del presupuesto por programas de la OPS;

- c) presente al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana una evaluación minuciosa de la *Política del presupuesto de la OPS* después de dos bienios (cuatro años) de su ejecución, para asegurar que se estén alcanzando los objetivos planteados en la política del presupuesto;
- d) colabore con los Estados Miembros para promover modalidades más eficaces de cooperación en un entorno de limitaciones financieras.

- - -