



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



45.º CONSEJO DIRECTIVO

56.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 27 de septiembre-1 de octubre 2004

Punto 4.1 del orden del día provisional

CD45/7 (Esp.)
1 septiembre 2004
ORIGINAL: INGLÉS

POLÍTICA DEL PRESUPUESTO 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.º Consejo Directivo aprobó la política del presupuesto 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 del presupuesto 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 del presupuesto 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 del presupuesto 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 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. Esta meta, dedicada 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 los centros y las unidades regionales también prestan 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 un nivel básico 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, o de base, que financiará un nivel básico 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 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 establecerán objetivos claros para el uso de estos fondos, que se rastrearán y vigilarán por separado para informar sobre los adelantos logrados en la consecución de las metas enunciadas. Estos fondos se usarán también para proteger los actuales niveles del presupuesto por programas de los países clave. Se prevé que los recursos totales destinados al financiamiento variable 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)		
	Infección por el VIH/SIDA	Enfermedades transmisibles	Medicamentos esenciales
Regional	+	+++	+++
Subregional	++	++	++
País	+++	++++	++

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 nivel básico 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 establecerán objetivos claros para el uso de estos fondos, que se rastrearán y vigilarán por separado para notificar sobre los adelantos logrados en la consecución de las metas enunciadas. 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 *actual* es el valor real 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 cuantiles

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 cuantiles, 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.

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

12. 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.

13. El modelo de alisamiento escogido para el modelo propuesto es *la raíz cuadrada del número de habitantes*. Aunque hay varios métodos corrientes de alisamiento estadístico que se emplean en este tipo de modelos, este método tiene un factor de compresión más bajo

sobre las estadísticas de población que otras técnicas de alisamiento más enérgicas; por lo tanto, se obtiene un nivel más gradual de redistribución de los recursos al pasar de los países de gran tamaño a los de tamaño más reducido.

Resultados del modelo

- a) Los dos elementos del modelo que influyen considerablemente en el grado de redistribución de los recursos entre los países de la Región son el método de alisamiento del número de habitantes y la escala aplicada de ponderación por cuantiles. Los criterios aplicados para seleccionar los métodos de estos dos elementos en el modelo propuesto tienen dos objetivos principales: 1) que haya equidad y que se logre una repercusión positiva clara en los países más necesitados, y 2) que la redistribución resultante de los recursos entre los países se haga de manera gradual.
- b) El modelo propuesto aplica una escala de ponderación progresiva gradual según la cual cada quintil sucesivo recibe un factor mayor que el del quintil precedente. En concreto, el factor Q2 es 20% mayor que el Q1; el Q3, 30% mayor que el Q2; el Q4, 40% mayor que el Q3; y el Q5, 50% mayor que el Q4. Esta escala progresiva genera un nivel más gradual de redistribución de los recursos, y aun así ejerce una repercusión positiva en los grupos de países más necesitados.
- c) El modelo propuesto utiliza la raíz cuadrada del número de habitantes. Como se mencionó anteriormente, este método de alisamiento tiene un factor de compresión menor sobre las estadísticas de la población que las técnicas de alisamiento más enérgicas, como el logaritmo al cuadrado del número de habitantes; por consiguiente, el método de la raíz cuadrada genera un nivel más gradual de redistribución de los recursos al pasar de los países de gran tamaño a los de tamaño más reducido.
- d) La asignación básica se muestra en términos proporcionales. Así, la columna *j* muestra la porción de base del componente esencial, que es una cantidad fija predeterminada para todos los países, con arreglo a los criterios establecidos para dicha porción. La columna *k* representa la parte del componente básico que se basa en las necesidades, calculado según la lógica del modelo. El total de la asignación básica se presenta como 95% de la asignación presupuestaria total para el país. El 5% restante se asignará como la porción variable (columna *m*) aplicando los criterios anteriormente mencionados para este componente.

- e) Los datos estadísticos (esperanza de vida al nacer; ingreso per cápita ajustado según la paridad del poder adquisitivo; número de habitantes) usados en este modelo y para calcular el índice basado en las necesidades de salud provienen del sistema oficial de datos básicos de salud de la OPS. Estos datos, en su versión más reciente, se utilizarán en cada ciclo de preparación del presupuesto para preparar la asignación de los recursos destinados a los países.
- f) El modelo propuesto sirve para indicar la parte proporcional de los recursos que se distribuirá entre los países. El monto real de los recursos presupuestarios asignado a un país determinado dependerá de la cuantía del presupuesto aprobada por el Consejo Directivo en años futuros.

Cuadro 1. El modelo conceptual

País	Parámetro basado en necesidades (-) (+)	Cuantil	FINANCIAMIENTO CENTRAL		FINANCIAMIENTO VARIABLE	
			Base	Basado en necesidades (ponderación por cuantiles)		
País A	-	Grupo 1 (menos necesitados)	\$	\$?	
País B			\$?	
País C			\$?	
País J		-	Grupo 2	\$	\$\$?
País K				\$?
País L				\$?
País X		+	Grupo 3 (más necesitados)	\$	\$\$\$?
País Y				\$?
País Z				\$?

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

(Fuente de los datos: los datos más recientes –de septiembre de 2004– del sistema oficial de datos básicos de salud de la OPS.)

	País ¹	Clave	Núm. de habitantes en 2004 (x 1000)	Esperanza de vida (e0)		Ingreso per cápita (i\$)		Promedios aritméticos		Logaritmo del ingreso	Ponderaciones estandarizadas		Índice de necesidades de salud	Grupo según necesidades
				2003	2004	2001	2002	e0	Ingreso		e0	Ingreso		
1	Estados Unidos	USA	297,155	77.3	77.4	35,220	36,110	77.4	35,665.0	4.552	0.964	1.363	1.164	0
2	Canadá	CAN	31,744	79.5	79.6	27,940	28,930	79.6	28,435.0	4.454	1.043	1.263	1.153	0
3	Territorios de Francia	FRT	1,020	78.2	78.4	26,550	27,040	78.3	26,795.0	4.428	0.998	1.236	1.117	0
4	Territorios de los Países Bajos	NET	294	77.1	77.3	28,140	28,350	77.2	28,245.0	4.451	0.958	1.260	1.109	0
5	Territorios del Reino Unido	UKT	172	77.4	77.6	25,890	26,580	77.5	26,235.0	4.419	0.970	1.227	1.099	0
6	Puerto Rico	PUR	3,898	75.7	75.9	16,250	18,090	75.8	17,170.0	4.235	0.909	1.040	0.975	0
7	Barbados	BAR	271	77.3	77.5	14,850	14,660	77.4	14,755.0	4.169	0.966	0.973	0.970	1
8	Costa Rica	COR	4,250	78.3	78.4	8,360	8,560	78.4	8,460.0	3.927	1.000	0.728	0.864	1
9	Argentina	ARG	38,871	74.4	74.6	11,440	10,190	74.5	10,815.0	4.034	0.863	0.836	0.850	1
#	Chile	CHI	15,996	76.2	76.3	9,240	9,420	76.3	9,330.0	3.970	0.925	0.771	0.848	1
#	Uruguay	URU	3,439	75.5	75.7	8,590	7,710	75.6	8,150.0	3.911	0.902	0.711	0.807	1
#	Bahamas	BAH	317	67.2	67.4	15,680	15,680	67.3	15,680.0	4.195	0.607	1.000	0.804	1
#	St. Kitts y Nevis	SCN	39	71.6	71.9	10,640	10,750	71.8	10,695.0	4.029	0.766	0.831	0.798	1
#	México	MEX	104,931	73.6	73.8	8,740	8,800	73.7	8,770.0	3.943	0.835	0.744	0.789	2
#	Antigua y Barbuda	ANI	68	71.3	71.6	10,120	10,390	71.5	10,255.0	4.011	0.755	0.813	0.784	2
#	Trinidad y Tabago	TRT	1,307	71.1	70.8	8,710	9,000	71.0	8,855.0	3.947	0.737	0.748	0.743	2
#	Panamá	PAN	3,177	74.9	75.0	6,030	6,060	75.0	6,045.0	3.781	0.879	0.580	0.729	2
#	Venezuela	VEN	26,170	73.9	74.1	5,770	5,220	74.0	5,495.0	3.740	0.845	0.537	0.691	2
#	Colombia	COL	44,914	72.4	72.7	6,080	6,150	72.6	6,115.0	3.786	0.794	0.585	0.689	2
#	San Vicente y las Granadinas	SAV	121	74.2	74.4	5,120	5,190	74.3	5,155.0	3.712	0.856	0.509	0.683	3
#	Dominica	DOM	69	74.1	74.4	5,170	4,960	74.3	5,065.0	3.705	0.854	0.502	0.678	3
#	Brasil	BRA	180,654	68.4	68.7	7,350	7,450	68.6	7,400.0	3.869	0.652	0.669	0.660	3
#	Santa Lucía	SAL	150	72.7	72.9	4,960	4,950	72.8	4,955.0	3.695	0.803	0.492	0.647	3
#	Belize	BLZ	261	71.4	71.3	5,360	5,490	71.4	5,425.0	3.734	0.751	0.532	0.642	3
#	Jamaica	JAM	2,676	75.9	76.1	3,630	3,680	76.0	3,655.0	3.563	0.917	0.358	0.637	3
#	El Salvador	ELS	6,614	71.0	71.2	4,720	4,790	71.1	4,755.0	3.677	0.742	0.474	0.608	4
#	Paraguay	PAR	6,018	71.1	71.3	4,750	4,590	71.2	4,670.0	3.669	0.746	0.466	0.606	4
#	Perú	PER	27,567	70.1	70.4	4,670	4,880	70.3	4,775.0	3.679	0.712	0.475	0.594	4
#	República Dominicana	DOR	8,872	66.6	66.6	6,040	6,270	66.6	6,155.0	3.789	0.583	0.587	0.585	4
#	Granada	GRE	89	64.5	64.5	6,570	6,600	64.5	6,585.0	3.819	0.508	0.617	0.563	4
#	Suriname	SUR	439	71.3	71.5	3,480	3,480	71.4	3,480.0	3.542	0.753	0.336	0.545	4
#	Cuba	CUB	11,328	76.8	77.0	2,004	2,350	76.9	2,177.0	3.338	0.948	0.129	0.539	4
#	Ecuador	ECU	13,192	71.0	71.2	3,250	3,340	71.1	3,295.0	3.518	0.742	0.312	0.527	5
#	Guatemala	GUT	12,661	66.1	66.5	4,000	4,030	66.3	4,015.0	3.604	0.572	0.399	0.485	5
#	Nicaragua	NIC	5,597	69.8	70.1	2,360	2,350	70.0	2,355.0	3.372	0.702	0.164	0.433	5
#	Guyana	GUY	767	63.4	63.6	3,960	3,940	63.5	3,950.0	3.597	0.472	0.392	0.432	5
#	Honduras	HON	7,099	68.8	68.8	2,510	2,540	68.8	2,525.0	3.402	0.661	0.194	0.428	5
#	Bolivia	BOL	8,973	64.2	64.6	2,350	2,390	64.4	2,370.0	3.375	0.504	0.166	0.335	5
#	Haití	HAI	8,437	50.0	50.4	1,640	1,610	50.2	1,625.0	3.211	0.000	0.000	0.000	5

1 Los Países Bajos incluyen Aruba y Antillas Holandesas; Francia incluye Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica; el Reino Unido incluye Anguila, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos.

e0 = esperanza de vida al nacer; ingreso = ingreso nacional bruto ajustado según la paridad del poder adquisitivo (en dólares internacionales, i\$)

Cuadro 3. Resultados obtenidos al aplicar el logaritmo al cuadrado del número de habitantes

Estados Miembros	Grupo según necesidades	Ponderación según necesidades		Núm. de habitantes		Raíz cuadrada del número de habitantes		Porcentaje de asignación basada en las necesidades		Asignación básica (asignación proporcional)			Asignación variable	Asignación total (l + m)
		Factor	%	Miles	%	Miles	%	(b x f)	%	Base	Asignación basada en las necesidades	Subtotal (j + k)		
Estados Unidos	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Canadá	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Países Bajos	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Francia	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Reino Unido	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Puerto Rico	0									0.16%	-	0.16%	?	?
St. Kitts y Nevis	1	1.00	1.6%	42	0.0%	6	0.2%	6	0.1%	0.32%	0.10%	0.42%	?	?
Barbados	1	1.00	1.6%	270	0.1%	16	0.6%	16	0.3%	0.32%	0.25%	0.57%	?	?
Bahamas	1	1.00	1.6%	314	0.1%	18	0.6%	18	0.3%	0.32%	0.27%	0.59%	?	?
Uruguay	1	1.00	1.6%	3,415	0.6%	58	2.0%	58	1.1%	0.32%	0.89%	1.21%	?	?
Costa Rica	1	1.00	1.6%	4,173	0.8%	65	2.2%	65	1.2%	0.32%	0.99%	1.31%	?	?
Chile	1	1.00	1.6%	15,805	2.9%	126	4.3%	126	2.3%	0.32%	1.92%	2.24%	?	?
Argentina	1	1.00	1.6%	38,428	7.1%	196	6.7%	196	3.6%	0.32%	3.00%	3.32%	?	?
Antigua y Barbuda	2	1.20	1.9%	73	0.0%	9	0.3%	10	0.2%	0.32%	0.16%	0.48%	?	?
Trinidad y Tabago	2	1.20	1.9%	1,303	0.2%	36	1.2%	43	0.8%	0.32%	0.66%	0.98%	?	?
Panamá	2	1.20	1.9%	3,120	0.6%	56	1.9%	67	1.2%	0.32%	1.03%	1.34%	?	?
Venezuela	2	1.20	1.9%	25,699	4.8%	160	5.4%	192	3.6%	0.32%	2.94%	3.26%	?	?
Colombia	2	1.20	1.9%	44,222	8.2%	210	7.1%	252	4.7%	0.32%	3.86%	4.18%	?	?
México	2	1.20	1.9%	103,457	19.2%	322	10.9%	386	7.1%	0.32%	5.91%	6.23%	?	?
Dominica	3	1.56	2.5%	79	0.0%	9	0.3%	14	0.3%	0.32%	0.21%	0.53%	?	?
San Vicente y las Granadinas	3	1.56	2.5%	120	0.0%	11	0.4%	17	0.3%	0.32%	0.26%	0.58%	?	?
Santa Lucía	3	1.56	2.5%	149	0.0%	12	0.4%	19	0.4%	0.32%	0.29%	0.61%	?	?
Belice	3	1.56	2.5%	256	0.0%	16	0.5%	25	0.5%	0.32%	0.38%	0.70%	?	?
Jamaica	3	1.56	2.5%	2,651	0.5%	51	1.7%	80	1.5%	0.32%	1.23%	1.55%	?	?
Brasil	3	1.56	2.5%	178,470	33.2%	422	14.3%	659	12.2%	0.32%	10.08%	10.40%	?	?
Granada	4	2.18	3.5%	80	0.0%	9	0.3%	20	0.4%	0.32%	0.30%	0.62%	?	?
Suriname	4	2.18	3.5%	436	0.1%	21	0.7%	46	0.8%	0.32%	0.70%	1.02%	?	?
Paraguay	4	2.18	3.5%	5,878	1.1%	77	2.6%	167	3.1%	0.32%	2.56%	2.88%	?	?
El Salvador	4	2.18	3.5%	6,515	1.2%	81	2.7%	176	3.3%	0.32%	2.70%	3.02%	?	?
República Dominicana	4	2.18	3.5%	8,745	1.6%	94	3.2%	204	3.8%	0.32%	3.13%	3.44%	?	?
Cuba	4	2.18	3.5%	11,300	2.1%	106	3.6%	232	4.3%	0.32%	3.55%	3.87%	?	?
Perú	4	2.18	3.5%	27,167	5.1%	165	5.6%	360	6.7%	0.32%	5.51%	5.83%	?	?
Guyana	5	3.28	5.3%	765	0.1%	28	0.9%	91	1.7%	0.32%	1.39%	1.71%	?	?
Nicaragua	5	3.28	5.3%	5,466	1.0%	74	2.5%	242	4.5%	0.32%	3.71%	4.02%	?	?
Honduras	5	3.28	5.3%	6,941	1.3%	83	2.8%	273	5.0%	0.32%	4.18%	4.50%	?	?
Haití	5	3.28	5.3%	8,326	1.5%	91	3.1%	299	5.5%	0.32%	4.57%	4.89%	?	?
Bolivia	5	3.28	5.3%	8,808	1.6%	94	3.2%	307	5.7%	0.32%	4.70%	5.02%	?	?
Guatemala	5	3.28	5.3%	12,347	2.3%	111	3.8%	364	6.7%	0.32%	5.57%	5.89%	?	?
Ecuador	5	3.28	5.3%	13,003	2.4%	114	3.9%	374	6.9%	0.32%	5.72%	6.04%	?	?
TOTAL		61.78	100.0%	537,823.00	100.0%	2,947	100.0%	5,406	100.0%	12.27%	82.73%	95.00%	5.00%	100.00%

Nota: La escala de ponderación basada en las necesidades usada en este modelo es progresiva: el factor Q2 es 20% mayor que el Q1; el factor Q3, 30% más que el Q2; el Q4, 40% más que el Q3; y el Q5, 50% más que el Q4, el factor Q4 es 40% más que Q3; el factor Q5 es 50% más que Q4

- - -