

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXIX Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1983

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XXXV Reunión

16023

INDEXED

Tema 14 del programa provisional

CD29/15 (Esp.)
26 julio 1983
ORIGINAL: INGLES

DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DE LA OPS

El Comité Ejecutivo examinó el Documento CE90/17, adjunto, en el que se estudiaba la cuestión de la distribución de los recursos financieros de la OPS, junto con la presentación del Grupo de Trabajo del Secretariado que preparó el documento. Después del debate, el Comité recomendó al Consejo Directivo que el Director tenga en cuenta los resultados y las conclusiones del estudio en cuanto al establecimiento de niveles autorizados para los planes del presupuesto de los programas de países correspondiente al bienio 1986-1987. Particular atención debe darse--además a los correspondientes indicadores cuantitativos--a las prioridades regionales y nacionales expresadas en las Estrategias Regionales y en el Plan de Acción para conseguir la meta de salud para todos, al nivel del compromiso de los gobiernos, a la capacidad de absorción de las administraciones nacionales y a las situaciones especiales dentro de los países.

El Comité Ejecutivo consideró que la cuestión de la distribución de recursos entre los Miembros de la OPS debe ser examinada periódicamente en consulta con los Gobiernos Miembros. En este examen se requiere prestar particular atención a la pertinencia de los factores correspondientes, habida cuenta de las cambiantes circunstancias en la Región. Por último, el Comité Ejecutivo recomendó al Director que en el informe sobre el presupuesto por programas para 1986-1987, que será presentado en la 94a Reunión del Comité Ejecutivo, incluya un análisis de las repercusiones del estudio en la distribución de los recursos en el proyecto de presupuesto por programas.

El Comité aprobó la siguiente Resolución IV, que contiene un proyecto de resolución para la consideración del Consejo Directivo:

LA 90a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Teniendo presente el Documento CE90/17 sobre la cuestión de la distribución de los recursos financieros de la OPS, el informe del grupo de trabajo que preparó dicho documento y el debate habido al respecto, y

Teniendo en cuenta las Resoluciones XVI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo y XIV de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, en las que se pide al Director que estudie la distribución de los recursos presupuestarios de la OPS entre los Países Miembros,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Países Miembros que sigan examinando las recomendaciones del estudio antes de que se celebre la XXIX Reunión del Consejo Directivo.
2. Recomendar a la XXIX Reunión del Consejo Directivo que apruebe la siguiente resolución:

LA XXIX REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo presente el Documento CD29/15 sobre la cuestión de la distribución de los recursos financieros de la OPS, y habiendo oído la presentación de esta cuestión hecha por el Comité Ejecutivo;

Teniendo en cuenta las Resoluciones XVI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo y XIV de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, en las que se pide al Director que estudie la distribución de los recursos presupuestarios de la OPS entre los Países Miembros, y

Enterada de las recomendaciones formuladas en la 90a Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre la distribución de los recursos financieros de la OPS (Documento CD29/15).

2. Dar las gracias al Director y al Grupo de Trabajo por el estudio pormenorizado y esclarecedor, y al Comité Ejecutivo por el análisis cuidadoso del asunto.

3. Instar al Director a que tenga en cuenta las recomendaciones contenidas en el estudio y las observaciones hechas durante el debate del Comité Ejecutivo en cuanto al establecimiento de niveles autorizados para los planes del presupuesto de los programas de países correspondiente al bienio 1986-1987 con inclusión de la importancia de las prioridades regionales y nacionales expresadas en las Estrategias Regionales y en el Plan de Acción para conseguir la meta de salud para todos en el año 2000, el compromiso de los Gobiernos, la capacidad de absorción de las administraciones nacionales y las situaciones especiales, además de los correspondientes indicadores cuantitativos.

4. Instar al Director a que siga examinando periódicamente esta cuestión y, en particular, a que, con la participación de los Países Miembros, revise los factores pertinentes, habida cuenta de las diversas y cambiantes circunstancias en el seno de la Región.

5. Pedir al Director que en el informe sobre el presupuesto por programas para 1986-1987, que será presentado en la 94a Reunión del Comité Ejecutivo, incluya un análisis de las repercusiones del estudio en la distribución de los recursos en el proyecto de presupuesto.

Anexo



comité ejecutivo del
consejo directivo

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



90a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1983

CD29/15 (Esp.)
ANEXO

Tema 7 del programa provisional

CE90/17 (Esp.)
18 mayo 1983
ORIGINAL; INGLES

DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DE LA OPS

El Director somete a la consideración de la 90a Reunión del Comité Ejecutivo un estudio sobre la distribución entre los países de los recursos financieros del presupuesto por programas de la OPS/OMS, en cumplimiento de lo dispuesto por la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana en su Resolución XIV y por la 88a Reunión del Comité Ejecutivo en su Resolución XVII.

Introducción

En septiembre de 1982 la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la Resolución XIV en la que se solicitaba al Director Regional "que realice un estudio de la cuestión para establecer una forma más equitativa de distribución de los recursos de la OPS, tratando de conceder la debida atención a las necesidades más características de los países, y que informe al respecto a la 90a Reunión del Comité Ejecutivo". En 1981, la XXVIII Reunión del Consejo Directivo había solicitado en la Resolución XVI que el Director "formule en el contexto de las estrategias mundiales, regionales y nacionales de salud para todos en el año 2000 una base nacional para la asignación de recursos entre los programas de países de manera que refleje: i) las necesidades relativas de salud de los países, y ii) la capacidad relativa de los países para incluir programas prioritarios mundiales y regionales en sus sistemas nacionales de salud". En junio de 1982, el Comité Ejecutivo en su 88a Reunión había aprobado la Resolución XVII en la que se solicitaba al Director que "continúe estudiando la forma de establecer una distribución más equitativa de los recursos de la OPS/OMS entre los Gobiernos Miembros, y que informe al respecto a la 90a Reunión del Comité Ejecutivo en 1983". (Véanse las resoluciones en el Anexo I.)

El presente estudio se ha realizado en cumplimiento de esas directrices. En la preparación del mismo se exploraron cuatro sectores generales. La primera acción consistió en examinar las obligaciones constitucionales de la Organización para con los Países Miembros, el efecto de las mismas en la distribución de recursos y la atención prestada recientemente por los Cuerpos Directivos a la distribución de recursos financieros entre los Países Miembros. El segundo paso consistió en analizar la actual asignación presupuestaria de la Organización y determinar si existen variables que permitan explicar la distribución actual de recursos presupuestarios entre los países. El tercer tema investigado fue la forma como otros organismos internacionales distribuyen sus recursos presupuestarios entre sus países miembros y particularmente entre los de la Región. La cuarta actividad se relacionó con la consideración de otros factores que podrían ser pertinentes para una organización internacional de salud en la asignación de recursos entre los Países Miembros. Cada uno de estos sectores se trata en una sección distinta y al final se incluye una sección de conclusiones y recomendaciones.

1. Factores jurídicos e históricos

En el Artículo 1 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud se indica que sus propósitos fundamentales serán "la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes".

La Constitución confiere a la Conferencia y al Consejo Directivo la responsabilidad de examinar y aprobar el presupuesto de la Organización y al Comité Ejecutivo la responsabilidad de someter el presupuesto preparado por el Director al Consejo o a la Conferencia junto con sus recomendaciones. El Director es responsable por la preparación del presupuesto. Las funciones a realizarse mediante acciones de la Oficina son las especificadas en el Código Sanitario Panamericano o las agregadas subsiguientemente mediante acciones del Consejo o de la Conferencia en su empeño por cumplir con el cometido descrito en el Artículo 1 de la Constitución.

La Oficina Sanitaria Panamericana, según lo especificado en el Capítulo IX del Código Sanitario Panamericano, tiene el mandato de cumplir con las funciones administrativas y los deberes que determine la Conferencia, actuar como organismo sanitario de coordinación central y como centro de acopio y distribución general de información sobre salud para los Gobiernos Miembros y desempeñar otras funciones específicas. Entre estas se cuentan el suministro a las autoridades de salud de los gobiernos firmantes, mediante publicaciones u otra forma apropiada, de toda la información disponible relativa al estado de las enfermedades transmisibles, los adelantos alcanzados en la lucha contra esas enfermedades, los nuevos métodos de control, las estadísticas de morbilidad

y mortalidad, los adelantos en materia de organización y administración de la salud pública en cualesquiera de las ramas de la medicina preventiva y otra información pertinente. Se ha solicitado a la Oficina que asesore a las autoridades de salud de los gobiernos firmantes y consulte con ellas en materia de problemas de salud pública y de interpretación y aplicación del Código.

Ni la Constitución, ni el Código Sanitario Panamericano, ni el examen de las resoluciones aprobadas por el Consejo Directivo o la Conferencia en los últimos años, determinan una asignación de recursos mínima o máxima a un País Miembro ni un sistema de distribución basado en mecanismos jurídicos. La Constitución y el Código Sanitario Panamericano exigen suministro de información, consulta, intercambio científico y técnico, asesoramiento, realización de reuniones y conferencias y otras formas de cooperación como instrumentos que le permiten cumplir con sus funciones.

Al analizar los últimos cinco años de acción por parte de los Cuerpos Directivos de la OPS, se observó que se han aprobado 190 resoluciones para apoyar las actividades de cooperación técnica de la Organización. Cerca de 70 de esas resoluciones exigen la utilización de recursos humanos y financieros de la Organización para suministrar información, emprender estudios o iniciar acciones en cumplimiento de lo dispuesto en las resoluciones. Casi ninguna contiene una asignación obligatoria de fondos presupuestarios, con excepción de la Resolución XIV aprobada en septiembre de 1982, por la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, en la que se especificó que no menos del 35% del presupuesto ordinario debería destinarse a los programas de los países. Casi en ninguna se especificó el gasto de una suma determinada o la asignación de una parte de los recursos presupuestarios a un programa particular de cooperación técnica o a un país en especial; sin embargo, la política adoptada con respecto a las mismas ha afectado la distribución general de los recursos presupuestarios de la Organización entre los programas y la administración a niveles nacional, regional y de área. Indirectamente, esas resoluciones pueden afectar una parte de la distribución presupuestaria entre los países a tal punto que estos tengan que solicitar nuevos programas de cooperación técnica para dar cumplimiento a lo dispuesto en las resoluciones.

En la discusión y el debate realizados dentro de la Conferencia Sanitaria Panamericana, se ha reconocido la complejidad de la búsqueda de indicadores adecuados de necesidad y equidad para la distribución de recursos. Al efectuar una comparación de varios países con características físicas muy divergentes en lo que respecta al tamaño de la población, superficie y aspectos geográficos, esa dificultad se acentúa aún más cuando se incorpora el concepto de necesidad en el que se deben considerar las condiciones de salud, el desarrollo institucional, la posible utilización de recursos y la disponibilidad de asignaciones de recursos internos para atender las necesidades de salud y otras "características" de los Países Miembros.

En julio de 1975, el Comité Ejecutivo de la OPS solicitó un estudio similar de "indicadores para ayudar (al Director) a establecer asignaciones provisionales de sumas presupuestarias para cada país..." (véase la Resolución XXXIX de la 74a Reunión del Comité Ejecutivo). Se formó un Grupo de Trabajo que preparó un informe en julio de 1976. (véase el Anexo II: Documento CD24/8, Formulación del Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, Informe del Grupo de Trabajo, septiembre/octubre de 1976).

En el Informe del Grupo de Trabajo se examinaron los criterios anteriores de asignación y se indicaron los distintos cambios ocurridos en el orden de prioridad de la Organización con el tiempo. Se observó que, en un principio, de acuerdo con lo dispuesto en el Código Sanitario Panamericano, la atención se concentró en la prevención de la propagación internacional de las infecciones transmisibles, la correspondiente necesidad de normalizar el acopio de estadísticas de morbilidad y mortalidad y el intercambio de información entre los gobiernos signatorios. En la etapa formativa de la creación de la Organización Mundial de la Salud, se prestó atención en la Región a otros asuntos distintos de las enfermedades transmisibles como "demostración de proyectos locales integrados de salud y concesión de becas". A medida que los países fueron desarrollando su propia infraestructura de salud y su capacidad, los intereses se centraron en mayores inquietudes a las que la Organización respondió diversificando los conocimientos y la especialización técnica de su personal y de sus programas.

El Grupo de Trabajo encontró que no se hacía ninguna exigencia de reorientación ni de nuevos proyectos con lo que se estimulaba un sistema de preparación de un presupuesto marginal en el que se permitía establecer metas de planificación para el año siguiente con base en las asignaciones del año en curso más una subvención para aumentos de costos.

El Grupo de Trabajo encontró también que la cantidad presupuestada para los programas en los países era de 33.5% aproximadamente aunque, en promedio, la suma gastada se acercó al 35% durante el período 1970-1974. El Grupo concluyó que es preciso examinar los criterios o indicadores usados para esa clase de asignación, particularmente en términos de la cooperación técnica con los Países Miembros (véase el Anexo II, págs. 2-6 del Documento CD24/8 del 19 de agosto de 1976).

En su informe, el Grupo de Trabajo examinó varios indicadores potenciales del estado de salud y en razón de la disponibilidad de datos decidió usar la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años como el mejor indicador de las necesidades de salud. Se consideró ese factor en relación con los factores de población y PNB per cápita (criterios empleados por el PNUD) y se comparó con la distribución entre los Países Miembros correspondiente al presupuesto ordinario de 1975. Se encontraron profundas divergencias a raíz del examen (véase el Anexo II, págs. 6-7 del Documento CD24/8 y el Cuadro 3, pág. 14 en el mismo Anexo y Documento). El Grupo de Trabajo se refirió a la rigidez y la precisión

implicada, inherentes en los indicadores calculados por métodos matemáticos, especialmente en lo que se refiere a su posible aplicación en el campo de la salud, y afirmó que resulta difícil considerar un índice verdaderamente objetivo, que esté libre de sospechas, parcialidad o decisiones arbitrarias. Agregó que muchos de los datos tienen dos o tres años y si se emplearan en el campo de la salud, una fórmula matemática de esa índole encerraría al planificador de salud en un procedimiento que estaría siempre al menos tres o cuatro años des- actualizado en relación con las condiciones de salud dinámicas y en constante transformación tanto dentro como fuera de los países (véase el Anexo II, págs. 8-9 del Documento CD24/8).

En las recomendaciones del Grupo de Trabajo (véase el Anexo II, págs. 9-10 del Documento CD24/8) se aboga por un conjunto de indicadores más subjetivos que se puedan considerar al establecer futuras asignaciones para los países. Comprenden solicitudes de los Países Miembros relativas a necesidades comprobadas y su aplicabilidad a las prioridades de los mismos, prioridades establecidas a nivel regional como el Plan Decenal de Salud para las Américas, información disponible sobre los criterios de selección y rechazo de apoyo a proyectos e indicadores matemáticos basados en otras variables, empleados por la OMS. El Grupo de Trabajo concluyó que es preciso seguir debatiendo este asunto.

En la XXIV Reunión del Consejo Directivo en septiembre de 1976, se analizaron el estudio y las recomendaciones del Grupo de Trabajo y se aprobó la Resolución XX en la que se tomó nota del informe y se solicitó tener en cuenta las recomendaciones correspondientes y proseguir el estudio (véase la última página del Anexo II). No hay ninguna otra indicación de que se haya emprendido una actividad oficial al respecto fuera de las resoluciones de la 88a Reunión del Comité Ejecutivo.

En el examen de la documentación anterior se notó que los indicadores cuantitativos no habían sido aprobados oficialmente ni utilizados por la Organización en la asignación provisional de recursos para los programas de los países. Las discusiones sostenidas en las presentaciones anteriores sobre el presupuesto indican también que se ha prestado mayor atención a las solicitudes de los países, a la planificación apropiada, a las prioridades nacionales y regionales, a las probabilidades de éxito y a la capacidad de ejecución de los países al determinar las asignaciones provisionales.

2. Factores actuales que explican la distribución por países

Con el fin de tratar de entender la tendencia de distribución de los recursos presupuestarios, se efectuó una encuesta estadística en la que se hizo la siguiente pregunta: ¿Qué variables explican la distribución real entre los países receptores del presupuesto de programas para los países? Partiendo del presupuesto de 1980-1981 y concentrándose en la distribución de recursos para los programas de los países, se efectuó una serie de análisis de regresión lineal en un conjunto de distintas

variables, en varias combinaciones. Esas variables fueron población; desarrollo general o ingreso en el que se empleó el PNB per cápita como indicador; necesidades de salud en las que la mortalidad infantil por cada 1,000 niños nacidos vivos constituyó un indicador, y la capacidad de absorción de un país cuyos indicadores fueron el número de médicos por cada 10,000 habitantes y el número de lechos hospitalarios por cada 1,000. La explicación de los indicadores específicos se encuentra en las páginas 1-3 del Anexo III.

Todo este estudio se presenta en el Anexo III por ser un documento de investigación singular e informativo. Se trató de entender cuáles fueron las suposiciones implícitas de las personas encargadas de determinar las asignaciones presupuestarias provisionales para los países. El estudio se emprendió con la esperanza de ayudar a agilizar el proceso de asignación en el presupuesto de 1984-1985. El análisis de las asignaciones para los programas de los países en 1980-1981 dejó ver que la población fue la variable más importante para explicar la distribución presupuestaria entre países, como sería de suponer en una región en la que la población del Brasil es 700 veces más numerosa que la de Belice. La población per se sirvió para explicar el 83% de la distribución entre los distintos países. Cuando la población se deja de lado, la otra variable de importancia estadística que sirve para explicar la distribución interpaíses es la mortalidad infantil. Esta explicó otro 2% de esa distribución. Al hacer caso omiso de la población, la mortalidad infantil permite explicar el 13.5% de la diferencia restante en la distribución interpaíses. Fue la única variable de importancia estadística distinta de la población que sirvió para explicar la tendencia de la distribución presupuestaria (véase el Anexo III, págs. 4-5).

El análisis indicó que por cada aumento de 10 puntos en la mortalidad infantil--un cambio de un punto porcentual--el presupuesto del país aumentó en un 1.3% aproximadamente, mientras la población se mantuvo constante. Para obtener el mismo aumento en presupuesto se necesitó un aumento demográfico del 11%.

El análisis exploró luego el lugar que ocupan los países en términos de su presupuesto particular al compararlos con la relación media de población y mortalidad infantil de todos los países. Como se indica en el Cuadro 5 del Anexo III, los países ocuparon distintos lugares en uno y otro lado de la media.

Esa información--de que el presupuesto de algunos países es inferior al valor esperado de la relación promedio basada en las variables de población y mortalidad infantil consideradas en conjunto--ya estaba a disposición del Secretariado de la OPS al considerar las propuestas de asignación de fondos marginales disponibles dentro del proyecto de presupuesto para 1984-1985. Aunque no constituyó el único criterio, este factor se tuvo en cuenta. La reasignación de una parte sustancial de fondos de Área a países que servían de anfitrión a las Oficinas de Área

fue obviamente un factor más importante. Sin embargo, el resultado final como se indica en la última columna del Cuadro 5 (Anexo III), señala que las modificaciones efectuadas durante 1984-1985 causan desplazamiento de todos los países que se encuentran en una posición inferior al promedio, a un punto más cercano a este.

El análisis del proyecto de asignación de recursos para programas en 1984-1985 muestra ahora que la mortalidad infantil es un factor más importante para explicar la distribución interpaíses de lo que fue en el presupuestario de 1980-1981. Un aumento de 10 puntos en mortalidad aumenta el presupuesto de un país no en un 1.3% sino casi en 2%. Actualmente, el uso conjunto de la población y la mortalidad infantil explica también cerca del 89% de la distribución total interpaíses en lugar del 85% como fue el caso en el presupuesto de 1980-1981. Casi todo ese aumento fue el resultado del mayor efecto de la mortalidad infantil.

Es importante subrayar que el examen de la distribución del presupuesto de 1980-1981 y de las asignaciones provisionales para 1984-1985 consistió en un análisis estadístico post facto. Los resultados indican las variables que se podrían considerar más pertinentes para explicar la distribución pero no significan que esas variables constituyeron la base real de las decisiones sobre la forma como se debe realizar la asignación. El presupuesto de cada país para 1984-1985 y los presupuestos anteriores a este se prepararon según las solicitudes recibidas de los países, teniendo en cuenta las necesidades de salud y los recursos nacionales después de efectuar consultas conjuntas con el ministerio de salud, los Representantes de la OPS en los países y el Secretariado, a la luz de la misión de la Organización y de las prioridades establecidas en el Plan de Acción Regional.

3. Criterios para asignación de recursos empleados en otras instituciones internacionales

Para efectos del estudio se obtuvo un informe de los actuales criterios para asignación de recursos a los países empleados en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y en el Banco Mundial y su Asociación Internacional del Fomento (AIF). Ese informe (véase el Anexo IV) comienza con un examen del informe preparado por el Grupo de Trabajo en 1976 en el que se analizaron los criterios de asignación de recursos del PNUD en esa época. El informe se basó en entrevistas sostenidas con funcionarios de la ONU y en el análisis de los documentos de ese organismo así como en entrevistas sostenidas con funcionarios del Banco Mundial.

Se observa en el informe que la búsqueda de un sistema equitativo de asignación de recursos a los países receptores ha sido una meta continua pero evasiva dentro del sistema de la ONU. Un mandato general de la Asamblea General consiste en conceder y suministrar la mayor proporción de recursos disponibles a los países menos adelantados.

La distinta finalidad y el carácter de las diferentes instituciones tienen un efecto inevitable en los factores considerados pertinentes para determinar criterios apropiados de asignación de recursos. La responsabilidad de la Organización Panamericana de la Salud de tratar de mejorar las condiciones de salud, en lugar del desarrollo económico general, es una consideración muy importante que conviene recordar al examinar las asignaciones de recursos de otros organismos que tienen mandatos constitucionales distintos. Esta Organización es la única que tiene la responsabilidad absoluta de cooperar con los países para mejorar las condiciones de salud de los pueblos de las Américas.

3.1 PNUD

Como se señaló en el informe del Grupo de Trabajo preparado en 1976 (véase el Anexo IV, pág. 4), el PNUD basó el 92.5% de su asignación de recursos en una fórmula en la que se tienen en cuenta solo la población y el Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita. Este último se escogió como el factor más adecuado para definir el desarrollo económico general. El Consejo del PNUD ha sometido los criterios de asignación a continua revisión. Después de que la Asamblea General de las Naciones Unidas abogó por una mayor concentración de recursos en los países menos adelantados (los que tienen un ingreso per cápita inferior a EUA\$500 y otras características de subdesarrollo), el Consejo del PNUD formalizó sus procedimientos de asignación.

Como se cita en el Anexo IV, págs. 5-10, en la actualidad el PNUD asigna el 80% de sus recursos para programas en los países según una fórmula en la que se combinan la población y el PNB per cápita. Los dos factores se ponderan en una rígida ecuación matemática en la que se da mayor importancia a los países que registran aumentos demográficos y disminuciones en el PNB per cápita. En su asignación para 1977-1981, los países menos adelantados recibieron el 66% del total de asignaciones de recursos efectuadas por el PNUD a los programas de los países.

En sus procedimientos de asignación para 1982-1986, el PNUD terminó que el 80% de sus recursos se destinaría a países que tuvieran un PNB per cápita de EUA\$500 o menos. Además, al determinar la distribución de esos recursos, el PNUD decidió emplear esos dos criterios básicos (población y PNB) para asignar el 90% de lo que debería recibir el país y criterios suplementarios para asignar el 10%. Los criterios suplementarios abarcaron lo siguiente: a) necesidades especiales de los países menos adelantados y de los países de "vanguardia" (los contiguos a Rodesia antes de la independencia de Zimbabwe y los contiguos a Sudáfrica en la actualidad) en los que no se pueden aplicar los criterios suplementarios; b) países recién independizados; c) países sin salida al mar; d) países que sufren problemas ecológicos agudos; e) países insulares en desarrollo; f) magnitud del programa de desarrollo de un país y compromiso adquirido para fomentar la justicia social, y g) deuda acumulativa de un país, su actual balanza de pagos y cambios en las relaciones de intercambio (véase el Anexo IV, págs. 8-9).

Sin embargo, puesto que el nivel general de financiamiento del PNUD fue inferior a la meta prevista, el PNUD agregó a todo lo anterior, límites mínimos y máximos para que los países que tuvieran un PNB per cápita inferior a EUA\$3,000 no recibieran menos de los recursos asignados durante el ciclo previo de planificación quinquenal, y los países que sobrepasaran esa cifra no recibieran menos del 80% de los recursos previamente asignados. Así se fijó el límite mínimo para el financiamiento a los países. El máximo se estableció asegurándose de que los países que tuvieran un PNB per cápita superior a EUA\$1,500 no recibieran más de la suma previamente asignada durante el último período quinquenal (véase el Anexo IV, pág. 9). El efecto de los límites mínimos y máximos consistió prácticamente en eliminar cualquier repercusión de los criterios suplementarios en la distribución de recursos a los países.

Cabe observar que en 1979 y 1980 América Latina y el Caribe recibieron 13.6% de los fondos generales del PNUD para programas en los países y que en 1981 esa cifra fue solo del 12.8%. De todos los países en desarrollo, América Latina y el Caribe representan 15.5% de la población total y tienen un PNB per cápita cuyo promedio se acerca al doble del de los países en desarrollo.¹

3.2 FNUAP

La naturaleza particular de la responsabilidad del FNUAP en materia de política demográfica y planificación de la familia, junto con su propia sensibilidad en el campo del desarrollo internacional, afecta la distribución de recursos. El FNUAP, hasta mediados de los años 1970, atendía las solicitudes recibidas de los países sin aplicar ningún criterio de asignación de recursos. Sin embargo, el Consejo de Administración en su 22a sesión determinó que se deberían concentrar los recursos en los países prioritarios para cumplir con lo dispuesto por el Consejo Económico y Social y la Asamblea General de las Naciones Unidas (véase el Anexo IV, pág. 18).

El Consejo del FNUAP analizó subsecuentemente una serie de posibles criterios y decidió aceptar como criterios de elegibilidad de los países prioritarios los siguientes: 1) incremento demográfico anual de 100,000 personas o más; 2) tasa bruta de reproducción del 2.5 o más; 3) tasa de mortalidad infantil de 160 o más por cada 1,000 niños nacidos vivos; 4) densidad de la población agrícola en tierra cultivable de 2.0 personas o más por hectárea. Además de estos indicadores demográficos, se fijó un límite máximo de EUA\$500 en el PNB per cápita como umbral para

¹Documento A/36/478 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, "Operational Activities for Development of the United Nations System Note by the Secretary-General", págs. 49-55.

Documento A/37/445 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, "Operational Activities for Development of the United Nations System Note by the Secretary-General", págs. 82-84.

la designación de un país prioritario. En 1981, en su 27a sesión, el Consejo de Administración del FNUAP determinó que dos tercios de los recursos para programas en los países se asignarían a los prioritarios que comprendían 54 países, inclusive 6 de América Latina y el Caribe.

Al determinar la distribución entre esos y otros países en lo que respecta al tercio restante de los fondos del FNUAP, habría que tener en cuenta otros criterios subjetivos, entre éstos, políticas y programas del gobierno, consagración de los gobiernos a una política demográfica declarada, capacidad de absorción, asistencia para el desarrollo proveniente de otras fuentes, grado de apoyo para actividades de población provenientes de otras fuentes y tasas de ejecución real y proyectada (véase el Anexo IV, págs. 20-21).

En 1981, América Latina y el Caribe recibieron 14.76% de los fondos del FNUAP para programas en los países.

3.3 UNICEF

Los procedimientos de asignación de recursos de UNICEF están menos orientados hacia factores cuantitativos, aunque ese organismo ha establecido criterios provisionales de planificación para determinar la asignación presupuestaria de cada país en particular. El proceso para determinar la asignación final depende más de las negociaciones conjuntas de UNICEF con los países y se relaciona con la naturaleza de los programas deseados y la opinión del UNICEF sobre el orden de prioridad de los programas.

UNICEF ha adoptado el PNB per cápita y el tamaño de la población infantil (1-15 años) de un país como los factores básicos para la asignación de recursos. Los países se dividen, por ende, en tres grupos principales: los de ingresos más bajos con un PNB per cápita de EUA\$400 o menos; los de ingresos medios con un PNB per cápita de \$400 a \$1,500 y los de ingresos más elevados con un PNB per cápita de \$1,500 o más.

El paso siguiente consiste en multiplicar un factor "por niño" en los tres grupos. Los países de ingresos más bajos y los que tienen una población infantil inferior a 0.5 millones, los países con dificultades económicas pasajeras y los designados "como si fueran" países menos adelantados reciben 45 centavos por niño; los países de ingresos medios reciben 15 centavos por niño y los de ingresos elevados, 2 centavos por niño.

En las negociaciones bilaterales con los países receptores puede haber un aumento o una disminución hasta del 20% en el nivel de financiamiento al que tendrían derecho los países con base en los criterios de asignación de recursos.

El UNICEF ha considerado la posibilidad de agregar la mortalidad infantil como criterio suplementario a los criterios del PNB per cápita y al tamaño de la población infantil. Ha modificado los grupos actuales con arreglo a ello (véase el Anexo IV, Cuadro 1, siguiente a la pág. 27). Sin embargo, el Consejo de Administración no ha aprobado aún ese proyecto.

En 1981, el 6.06% de los fondos del UNICEF se asignó a América Latina y al Caribe.

3.4 Banco Mundial/Asociación Internacional de Fomento

Se efectuó un breve examen del proceso de asignaciones a países seguido por el Banco Mundial/Asociación Internacional de Fomento (AIF) (véase el Anexo IV, pág. 29). En este caso también, la naturaleza de la institución, que es un organismo financiero multilateral del Grupo del Banco Mundial que concede préstamos en condiciones favorables para desarrollo económico y social, afecta los criterios de asignación. El objetivo básico es apoyar el esfuerzo global de canalización de recursos a los países más pobres. El principal criterio empleado es el PNB per cápita, y el 90% de los fondos de la AIF se destinan a los países que tienen un PNB per cápita inferior a EUA\$400 y el resto, casi en su totalidad, a los que tienen uno de \$400 a \$795. Sin embargo, la falta de solvencia es un criterio suplementario que permite que los países que sobrepasen el límite de los \$795 sigan participando en el programa de crédito de la AIF si una recesión económica causa una situación tal que lleve a otras instituciones crediticias a considerar al país como insolvente. Aunque pocos países de América Latina y el Caribe cumplen con los requisitos mínimos, es posible que las actuales condiciones económicas lleven a los administradores del AIF a obrar con mayor flexibilidad.

En el Anexo V se efectúa una comparación de la distribución porcentual hecha por el PNUD, el FNUAP y UNICEF a los países de América Latina y el Caribe según el monto de gastos reales en 1981.

4. Otros posibles factores pertinentes

Al considerar los criterios que permitirían efectuar una asignación más objetiva de los recursos presupuestarios de la OPS entre los Países Miembros, se creyó conveniente explorar al menos tres clases según lo dispuesto en la Resolución XIV de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, la Resolución XVI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo y la Resolución XVII de la 88a Reunión del Comité Ejecutivo.

- La posibilidad de crear una escala cuantitativa para medir necesidad, que ejemplificara la naturaleza de la Organización como organismo de cooperación técnica en el campo de la salud.
- Un mecanismo para garantizar que las prioridades regionales de las Estrategias y del Plan de Acción formen parte del procedimiento de asignaciones.
- Un mecanismo para responder a la capacidad gubernamental para absorber y utilizar eficazmente otros recursos.

Al explorar los factores potenciales se dio consideración a los usados en otros organismos enumerados en el Anexo IV y a los resultados de las indagaciones del Grupo de Trabajo en 1976.

Cabe señalar que una vez que se haya seleccionado una escala cuantitativa, se podrá usar de muchas formas. Se puede aplicar rigurosamente. Puede servir para establecer límites mínimos y máximos para que los países que se encuentren bajo un nivel determinado no reciban menos de lo que recibieron en la asignación anterior y los que estén sobre un nivel determinado no reciban más de lo que recibieron en el último período de asignaciones presupuestarias. Puede constituir también un instrumento de distribución de otros fondos marginales, o de "nuevo dinero", y en ese caso los países recibirían en un principio la misma asignación que en años anteriores y los fondos en exceso de esta se distribuirían según la escala cuantitativa. En todos los casos se supone que la escala debe emplearse para calcular las cifras de "planificación" y que la asignación real del presupuesto dependería de la consideración de otros factores precitados, por ejemplo, si los programas propuestos cumplen con los requisitos de las prioridades nacionales y regionales, y del juicio aún más subjetivo pero esencial sobre la posibilidad de emplear los fondos eficazmente.

Entre los posibles factores considerados para determinar las necesidades por medio de una escala cuantitativa está el índice de la calidad física de la vida (CFV), que es un índice compuesto en el que se utiliza la tasa de alfabetismo de los adultos (personas mayores de 15 años), la tasa de mortalidad infantil (defunciones por cada 1,000 niños nacidos vivos) y la esperanza de vida a la edad de un año. Ese índice fue ideado por el "Overseas Development Council" después de muchos años de trabajo en un esfuerzo por encontrar los factores más útiles para diferenciar el estado de bienestar o de desarrollo social en los países. Después de examinar la amplia gama de posibles factores, estos tres permitieron diferenciar más eficazmente los distintos países del mundo. Cada uno de los elementos está escalonado en un índice de 0 a 100, en el que 0 es igual a las peores condiciones del mundo en este sector en 1950 y 100, a las condiciones óptimas previstas para el año 2000. La consecuencia del uso del índice de CFV es la concentración en países con un desarrollo social mínimo y, por ende, una gran necesidad. En el Anexo VI, el índice de CFV de los Países Miembros se convierte a un porcentaje (los países que tienen el índice más bajo reciben la mayor parte) del total de recursos disponibles que recibiría cada país si se usara solo ese índice como criterio para asignación. Sin embargo, como el índice de CFV no contiene un elemento demográfico, fue preciso preparar otro índice en el que se combinaran esos dos factores. En el Anexo VI se convierten esos factores a términos porcentuales para facilitar la comparación.

Se examinaron también otros factores como la medida directa del desarrollo económico, por ejemplo el PNB per cápita, junto con los indicadores de las condiciones de salud. En el Anexo VI se incluye una

escala que representa el PNB per cápita, el índice de la CFV y la población, distribuidos en forma porcentual. Finalmente, en el Anexo VI se incluye también una escala en la que se tienen en cuenta la mortalidad infantil, la esperanza de vida y el PNB per cápita.

Como se observó anteriormente, la escala utilizada depende también, hasta cierto punto, de la finalidad. Si todos los fondos para los programas de los países se distribuyeran de acuerdo con una fórmula particular, la población sería un elemento esencial. Si se consideran solo otros fondos marginales, se podría argüir que no es preciso incluir la población, dada su gran importancia según lo indicado en el Anexo III, en la distribución actual del presupuesto de la OPS/OMS sino que conviene más bien concentrarse únicamente en los indicadores de las condiciones de salud.

Las dos escalas finales del Anexo VI señalan una combinación de la población con la mortalidad infantil. En la primera se da una importancia del 75% a la mortalidad infantil y del 25% a la población. En la segunda se aplica la relación media de la población y la mortalidad infantil en la asignación correspondiente al proyecto de presupuesto para 1984-1985.

Enseguida se comparan todas las escalas con la distribución porcentual real del proyecto de presupuesto para 1984-1985.

Al determinar las asignaciones a los países, se necesitarían criterios más subjetivos para garantizar la consideración de las prioridades regionales de las Estrategias y del Plan de Acción y sería preciso tener en cuenta la capacidad gubernamental para absorber y utilizar los recursos adicionales de manera eficaz.

En este sentido se exploraron cuatro clasificaciones posibles:

1. Capacitación de absorción

- existencia de organismos múltiples con proyectos múltiples
- designación del Ministerio de Salud como principal organismo determinante de la política del sector de salud
- disponibilidad de personal nacional homólogo
- planes y proyectos listos a ponerse en marcha con solicitudes adicionales de cooperación suplementaria

2. Compromiso gubernamental

- existencia de una situación política favorable
- existencia de políticas nacionales de salud formuladas
- existencia de planes y programas formulados
- programas y proyectos en marcha con recursos asignados y aprobados

3. Prioridades regionales

- expresión tangible a nivel nacional
- pequeños países
- proyectos nacionales de importancia regional
- área extraordinariamente amplia de cobertura programada en las zonas rurales o urbanas

4. Situaciones especiales

- deterioro progresivo de las instalaciones y su funcionamiento
- grave crisis económica
- emergencia nacional

Aunque se podrían asignar valores cuantitativos arbitrarios a las distintas clasificaciones, durante el estudio se consideró que era más útil limitarse a señalar los posibles asuntos a considerar al calcular futuras cifras de planificación para el presupuesto de los países.

Estos criterios suplementarios podrían emplearse para modificar los límites máximos de planificación provisional derivados del uso de medidas cuantitativas de necesidad o aplicarse a una parte específica de los recursos presupuestarios.

Convendría notar que aunque es posible emplear varios indicadores en cada una de las clasificaciones precitadas, en pocos casos revelarán más de lo que pueden determinar los profesionales en conjunto, según su experiencia y los resultados de un análisis comparativo.

5. Conclusión y recomendación

Al examinar varias fuentes de información sobre el tema, salta a la vista que no es posible como tampoco es deseable realizar cambios radicales de recursos de un bienio a otro. Del mismo modo, se considera que del análisis de los últimos presupuestos y del proyecto de presupuesto para 1984-1985 se desprende que los factores más importantes para un organismo internacional de salud son la población y la mortalidad infantil.

Las prácticas de otros organismos ofrecen un contexto apropiado para examinar la práctica de la OPS. En general, se puede afirmar que otros organismos estudiados usan una fórmula cuantitativa más estrictamente para determinar el nivel de planificación presupuestaria que la OPS. Además, los criterios que aplican son indicativos, en gran medida, de su finalidad que aunque es similar no es idéntica a la de un organismo internacional de salud. Por otra parte, la gran importancia dada el producto nacional bruto per cápita indica una concentración de recursos a nivel mundial en la que no se tienen en cuenta las fallas derivadas del uso de promedios nacionales de ingreso para identificar a las personas que viven en condiciones de pobreza. Los promedios nacionales, especialmente en los países extensos, pueden ocultar un número importante de personas pobres.

Al considerar los posibles indicadores de necesidad, no se puede emitir un juicio decisivo sobre un indicador particular en el que las consideraciones no sean arbitrarias. Sin embargo, las personas encargadas de preparar el informe opinan que al considerar los factores empleados por esta Organización para asignar límites máximos de planificación presupuestaria para los países, existe una razón fundamental en la Constitución de la Organización y una justificación en términos de las metas políticas generales de la misma para considerar que la tasa de mortalidad infantil es pertinente para emitir un juicio sobre la necesidad. Como indicador, la tasa de mortalidad infantil tiene también un valor agregado en el sentido de que en muchos estudios se indica que está más relacionada con la distribución real de la pobreza y la riqueza en los países que otros indicadores como el PNB per cápita que oculta varias diferencias socioeconómicas. La mortalidad infantil, por ende, parece ser un mejor indicador de la desigualdad socioeconómica de los países que cualquier otra medida mundial.¹

El Director opina que si se decide emplear factores cuantitativos para determinar una gran parte de las asignaciones presupuestarias de la Organización a los países, la mortalidad infantil o cualquiera que sea el indicador escogido debería emplearse junto con la población. Los indicadores de salud per se pueden servir para determinar la distribución solo cuando se asignan cantidades marginales valiéndose de una medida cuantitativa.

Se recomienda que al establecer los límites máximos de planificación para los países en el presupuesto para 1986-1987 se asigne el financiamiento posterior al proporcionado en 1984-1985 mediante un conjunto de indicadores que den una importancia relativa del 75% a la mortalidad infantil y del 25% a la población.

Se subraya que este puede ser solo un paso inicial en el establecimiento de límites máximos en la planificación presupuestaria para cada país. Debe darse un segundo paso en el que se consideren los otros factores precitados, inclusive la capacidad de absorción, el compromiso gubernamental y ciertas circunstancias especiales.

Finalmente, la decisión relativa al monto de las asignaciones del presupuesto real de cada país, por contraposición a los límites máximos de planificación iniciales, debe depender de la conveniencia de los programas propuestos y de la promesa de que estos sean representativos de las prioridades nacionales y regionales y, según la evaluación hecha previamente, permitan lograr los objetivos de salud para todos.

Anexos

¹Documentos, "Conferencia sobre los Factores Sociales en la Mortalidad". Colegio de México, México, 1980.

ANEXO I



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD



ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXVIII Reunión

XXXIII Reunión

CE90/17 (Esp.)
ANEXO I(A)

RESOLUCION XVI

ANTEPROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION
PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL BIENIO 1984-1985

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento Oficial 169 presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en el cual figura el anteproyecto que servirá de base para la preparación del proyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud por valor de \$106,680,000;

Observando que dicho anteproyecto de programa y presupuesto no está estructurado de acuerdo con los componentes del Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el Año 2000, adoptado en la XXVIII Reunión del Consejo Directivo, y

Reconociendo que el bienio 1982-1983 constituye un período de transición,

RESUELVE:

1. Pedir al Director que prepare el proyecto de programa y presupuesto para 1984-1985, a fin de que dicho proyecto:
 - a) Se ajuste a la estructura establecida en el Plan de Acción Regional y al sistema de clasificación de programas que establezca la OMS con arreglo al Séptimo Programa General de Trabajo;
 - b) Tenga en cuenta los comentarios y preocupaciones expresados por los Gobiernos Miembros en la XXVIII Reunión del Consejo Directivo respecto a los costos relacionados con la inflación;
 - c) Asegure que se de prioridad a las metas mínimas regionales establecidas en el Capítulo 6, Parte II, del Documento Oficial 173;
 - d) Formule en el contexto de las estrategias mundiales, regionales y nacionales de salud para todos en el año 2000, una base racional para la asignación de recursos entre los programas de países, de manera que refleje:
 - i) las necesidades relativas de salud en los países, y
 - ii) la capacidad relativa de los países para incluir programas prioritarios mundiales y regionales en sus sistemas nacionales de salud;

- e) Conceda prioridad a la asignación de recursos para la aplicación de programas y la prestación de servicios en los países, con relación a los programas de área; y reduzca al mínimo los costos administrativos y de apoyo a los programas;
 - f) Incorpore los resultados de ulteriores consultas con autoridades nacionales a la reformulación de programas y presupuestos por países conforme al inciso d).
2. Encomendar al Comité Ejecutivo que examine y, llegado el caso, revise el anteproyecto de programa y presupuesto para 1984-1985 según las pautas precisadas.
3. Manifestar su inquietud ante el número de Países Miembros con atrasos en el pago de sus contribuciones de cuota al presupuesto ordinario de la OPS y pedir que los Países Miembros se pongan al día lo antes posible en dicho pago.

(Aprobada en la decimosegunda sesión plenaria,
celebrada el 29 de septiembre de 1981)



XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XXXIV REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.

SEPTIEMBRE 1982

RESOLUCION

XIV

CE90/17 (Esp.)
ANEXO I(B)**CRITERIOS Y PAUTAS PARA LA PREPARACION DEL PROYECTO DE PROGRAMA
Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
PARA EL BIENIO 1984-1985****LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo examinado el Documento CSP21/24, que contiene la Clasificación y Descripción de los Programas de la OPS basadas en el Sistema de Clasificación de Programas establecido por la OMS en relación con el Séptimo Programa General de Trabajo (Anexo C), y las asignaciones presupuestarias provisionales para 1984-1985 del presupuesto ordinario OPS/OMS de acuerdo con el nuevo sistema de clasificación de programas y con la ubicación presupuestaria de éstos (Anexo D);

Teniendo en cuenta que en la Resolución XVI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo se pide al Director que utilice nuevas pautas para la formulación de proyectos de programa y presupuesto para 1984-1985, y

Tomando nota de las recomendaciones formuladas por la 88a Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Aceptar la Clasificación y Descripción de los Programas de la OPS contenidas en el Anexo C del Documento CSP21/24, incluyendo una nueva clasificación 2.6, Preparativos para Casos de Desastres, y con ciertas modificaciones en la descripción de las clasificaciones según las recomendaciones del Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo, como la estructura que deberá utilizarse en el documento de programa y presupuesto 1984-1985, solicitando al mismo tiempo al Director a hacer los reajustes apropiados en la clasificación de la OMS o en la de la OPS a fin de que sean lo más idénticas posible, de manera que pueda someter los resultados de esas gestiones a la aprobación del Comité Ejecutivo.

2. Pedir al Director que:

- a) Aumente la proporción de los fondos asignados a los programas en los países por lo menos a un 35 por ciento del presupuesto ordinario OPS/OMS, teniendo en cuenta las propuestas de programa y presupuesto a ser sometidas por los países, en la formulación del proyecto de programa y presupuesto para 1984-1985;

- b) Que efectúe las reducciones que sean apropiadas en otras ubicaciones presupuestarias, teniendo en cuenta las metas mínimas regionales establecidas en el Capítulo 6 de la Parte II del Documento Oficial 173, así como también los estudios en marcha relacionados con los Centros y las Oficinas de Área de la OPS;
- c) Que realice un estudio de la cuestión para establecer una forma más equitativa de distribución de los recursos de la OPS, tratando de conceder la debida atención a las necesidades más características de los países, y que informe al respecto a la 90a Reunión del Comité Ejecutivo.

(Aprobada en la octava sesión plenaria,
celebrada el 23 de septiembre de 1982)

COMITE EJECUTIVO DEL
CONSEJO DIRECTIVO

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

GRUPO DE TRABAJO DEL
COMITE REGIONAL

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



88a Reunión

88a Reunión

CE90/17 (Esp.)
ANEXO I(C)

RESOLUCION XVII

CRITERIOS Y PAUTAS PARA LA PREPARACION DEL PROYECTO DE PROGRAMA
Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
PARA EL BIENIO 1984-1985

EL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo examinado el Documento CE88/19, que contiene la Clasificación y Descripción de los Programas de la OPS basados en el Sistema de Clasificación de Programas establecido por la OMS en relación con el Séptimo Programa General de Trabajo (Anexo C), y las asignaciones presupuestarias provisionales para 1984-1985 del presupuesto ordinario OPS/OMS de acuerdo con el nuevo sistema de clasificación de programas y con la ubicación presupuestaria de éstos (Anexo D), y

Teniendo en cuenta que en la Resolución XVI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo se pide al Director que utilice nuevas pautas para la formulación del proyecto de programa y presupuesto para 1984-1985,

RESUELVE:

Recomendar a la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, XXXIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, que apruebe la siguiente resolución:

LA XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Documento CE88/19, que contiene la Clasificación y Descripción de los Programas de la OPS basadas en el Sistema de Clasificación de Programas establecido por la OMS en relación con el Séptimo Programa General de Trabajo (Anexo C), y las asignaciones presupuestarias provisionales para 1984-1985 del presupuesto ordinario OPS/OMS de acuerdo con el nuevo sistema de clasificación de programas y con la ubicación presupuestaria de éstos (Anexo D);

Teniendo en cuenta que en la Resolución XVI de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo se pide al Director que utilice nuevas pautas para la formulación de proyectos de programa y presupuesto para 1984-1985, y

Tomando nota de las recomendaciones formuladas por la 88a Reunión del Comité Ejecutivo,

./...

RESUELVE:

1. Aprobar la Clasificación y Descripción de los Programas de la OPS contenidas en el Anexo C del Documento CE88/19, incluyendo una nueva clasificación 2.6, Preparativos para Casos de Desastres, y con ciertas modificaciones en la descripción de las clasificaciones según las recomendaciones del Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo, como la estructura que deberá utilizarse en el documento de programa y presupuesto 1984-1985.

2. Pedir al Director que:

- a) Aumente la proporción de los fondos asignados a los programas en los países por lo menos a un 35 por ciento del presupuesto ordinario OPS/OMS, teniendo en cuenta las propuestas de programa y presupuesto a ser sometidas por los países, en la formulación del proyecto de programa y presupuesto para 1984-1985;
- b) Que efectúe las reducciones que sean apropiadas en otras ubicaciones presupuestarias, teniendo en cuenta las metas mínimas regionales establecidas en el Capítulo 6 de la Parte II del Documento Oficial 173, así como también los estudios en marcha relacionados con los Centros y las Oficinas de Área de la OPS;
- c) Continúe estudiando la forma de establecer una distribución más equitativa de los recursos de la OPS entre los Gobiernos Miembros, y que informe al respecto a la 90a Reunión del Comité Ejecutivo en 1983.

(Aprobada en la octava sesión plenaria,
celebrada el 28 de junio de 1982)

CE90/17 (Esp.)

ANEXO II

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXIV Reunión

comité regional CE90/17 (Esp.)



ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXVIII Reunión

México, D.F.

Septiembre-October 1976

Tema 31 del programa provisional

CD24/8 (Esp.)

19 agosto 1976

ORIGINAL: INGLES

ELABORACION DEL PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD

El informe provisional del Grupo de Trabajo (Documento CE76/7) fue presentado al Comité Ejecutivo durante su 76a Reunión, en junio de 1976. Después de ser examinado, el Comité aprobó la Resolución XXII, por la cual transmite el informe al Consejo Directivo para que lo examine en su XXIV Reunión, junto con el acta resumida donde figura la discusión del tema por el Comité Ejecutivo en su 76a Reunión. El Comité encargó al Director que tome en cuenta las recomendaciones en la elaboración de los futuros programas y presupuestos de la Organización. El informe final, revisado por el Grupo de Trabajo desde esa Reunión del Comité, se adjunta como Anexo I. Las actas del debate sobre el tema en el Comité figuran en el Anexo II.

Anexos

ELABORACION DEL PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Informe del Grupo de Trabajo

La necesidad de estrechar la cooperación entre las autoridades nacionales de salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la preparación del programa y presupuesto de la Organización fue subrayada por el Comité Ejecutivo en su 74a Reunión, celebrada en Washington, D.C., en julio de 1975. En el párrafo 3 de la parte dispositiva de la Resolución XXXIX aprobada por el Comité, se pidió "... al Director que designe una comisión con objeto de recomendar indicadores que le ayuden a establecer las asignaciones provisionales de los montos presupuestarios para cada país de acuerdo con las necesidades de asistencia técnica para los proyectos solicitados por los Gobiernos, según sus propias prioridades y las que ha establecido la Organización".

En cumplimiento de esta resolución, el Director constituyó un Grupo de Trabajo integrado por el Dr. Alfredo Arreaza Guzmán, ex-Subdirector de la OSP, y el Dr. A. J. de Villiers, Director General de los Servicios Internacionales de Salud de la Secretaría de Salud y Bienestar Nacional del Canadá.

1. Método seguido por el Grupo de Trabajo

El Grupo de Trabajo examinó la base constitucional de las funciones y actividades de la OPS, sobre todo en lo concerniente a la prestación de asistencia técnica como parte de las actividades generales de la Organización que, en el uso diario, se denomina con más propiedad "cooperación técnica" según se describe en el Documento Oficial 141, páginas 1-5, y en las Actas Oficiales de la OMS No. 231, Apéndice 1.

Además, el Grupo de Trabajo estudió todos los documentos relativos a la asignación de recursos a los Países Miembros con arreglo a los diversos programas de cooperación técnica; entrevistó a los funcionarios encargados de preparar el programa y presupuesto; examinó los procedimientos seguidos por la Organización al asignar fondos presupuestarios para los programas en los países, y estudió los criterios o indicadores que se utilizan para distribuir los recursos de la OPS de conformidad con las necesidades de salud y los recursos de cada País Miembro.

Como parte de su procedimiento básico para enfocar el estudio de la asignación de los recursos de la Organización, el Grupo de Trabajo, desde el principio, consideró lo siguiente:

- a) que es esencial que el mayor esfuerzo en cooperación técnica se oriente hacia los Países Miembros más necesitados. El grado en que, en términos monetarios, esta pauta pueda aplicarse depende sólo de la necesidad de mantener servicios técnicos centrales, servicios de apoyo y administrativos y las necesidades prioritarias por programa de grupos de países de la Región en su conjunto;
- b) que es importante mantener el concepto de unidad de los programas de cooperación técnica de la Organización con los Países Miembros, independientemente de si los elementos integrantes se realizan a nivel de la Sede, de las Oficinas de Area o del país.

2. Elaboración del programa de la OPS y estado actual de las asignaciones de fondos presupuestarios a los Países Miembros

El programa de la Organización se basó en un principio en las disposiciones del Código Sanitario Panamericano y, más adelante, en la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, así como en las decisiones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo en lo que respecta a los diversos programas de trabajo y las prioridades establecidas en éstos, como las consignadas en el Plan Decenal de Salud para las Américas.

El programa en sí ha sido objeto de varias modificaciones importantes en cuanto a las asignaciones presupuestarias. Al principio, en virtud del Código Sanitario Panamericano, el programa procuraba especialmente prevenir la propagación de las infecciones transmisibles, estandarizar la recopilación de estadísticas de morbilidad y mortalidad correspondientes y promover el intercambio de información entre los gobiernos signatarios.

Durante los años formativos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y después de éstos se amplió considerablemente la cooperación técnica. Los programas de la Organización de nuevo se concentraron principalmente en ciertas prioridades regionales, como las enfermedades transmisibles (malaria, tuberculosis, frambesia, enfermedades venéreas), unos pocos proyectos de demostración o de salud coordinados a nivel local y la concesión de becas. Fue difícil realizar proyectos de saneamiento ambiental debido a la casi completa falta de personal idóneo en la mayoría de los países. Muy poco se podría realizar debido al grave problema de la inexistencia de la infraestructura de salud necesaria a nivel nacional. En esas circunstancias, parecería que en la selección de proyectos y, por consiguiente, en la asignación de recursos, influía en alto grado la iniciativa del personal de la Oficina.

Como resultado del fortalecimiento gradual de la situación económica de algunos de los Países Miembros, de la creciente disponibilidad de recursos locales y de la mayor demanda de servicios de salud por la población local, se organizaron mejor los servicios nacionales respectivos y se proporcionó una más amplia variedad de servicios especiales. Al mismo tiempo, aumentó el interés, el deseo y la capacidad de algunos países por utilizar los servicios ofrecidos por la Organización. En consecuencia, la Organización necesitó cada vez más conocimientos técnicos y adquirió una mayor gama de ellos para atender a los Países Miembros. El crecimiento era esencial, pero era difícil modificar los proyectos que habían sido establecidos al principio. Al parecer, sólo últimamente, con poca o sin ninguna presión para reorientarlos ni demanda de nuevos proyectos, se ha observado la tendencia a continuar ciertos proyectos sin evaluación ni/o modificación. Ello estimuló al establecimiento de un sistema con el fin de preparar un presupuesto marginal que permitió fijar objetivos de planificación para el año siguiente a base de las asignaciones del ejercicio en curso, más un margen de fondos para el incremento de gastos. Los nuevos proyectos en los países fueron presupuestados sobre la misma base, tomando en cuenta el principio general (no escrito) de que las asignaciones totales a los países no deberían reducirse en ningún momento. Por consiguiente, el crecimiento efectivo del programa de la Organización dependía de incrementos en el presupuesto global y las prioridades en esferas de actividad en evolución eran establecidas conjuntamente por los ministerios de salud y el personal de área y de país de la OPS.

Los datos consignados en el Cuadro 1 corresponden a los porcentajes de los fondos ordinarios de la OPS/OMS presupuestados para diversos tipos de proyectos para los años de 1970 a 1974 inclusive, y muestran claramente que las asignaciones para proyectos de los países se mantuvieron casi al mismo nivel. En el Cuadro 2 es interesante advertir que la cantidad gastada en los proyectos de los países por lo general era superior en un promedio de 1.5% a la cantidad presupuestada para los años que se analizan.

Otro aspecto de importancia es la dificultad cada vez mayor que ha experimentado la Organización al tratar de atender las expectativas crecientes y la mayor demanda de servicios por los Países Miembros con los recursos disponibles. El aumento de gastos debido a la inflación ha casi agotado los incrementos para ampliar el programa. Por ello, la Organización ha intensificado sus esfuerzos para obtener recursos extrapresupuestarios,* así como para promover la programación de servicios de salud a nivel nacional y subrayar su necesidad para lo cual es preciso definir claramente las prioridades del país, en la inteligencia de que tal programación es un requisito esencial para aprovechar al máximo los escasos recursos disponibles.*

* Working Guidelines for Country Health Programming. WHO CHP/DT, 5 julio de 1974.

Por lo tanto, parece haber motivos para inferir que era oportuno racionalizar mejor el aprovechamiento y asignación de los ya escasos recursos, según lo reconoció el Comité Ejecutivo, y que era necesario examinar los criterios o indicadores utilizados para efectuar dicha asignación, particularmente la que se refiere a la cooperación técnica con los Países Miembros.

3. Formulación de pautas y criterios para determinar las asignaciones al programa y al presupuesto

La orientación general para determinar las asignaciones al programa y al presupuesto deriva de las decisiones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo en lo que respecta a las prioridades para la Región (por ejemplo, el Plan Decenal de Salud, el Sector Programa General de Trabajo de la OMS) y de las prioridades que se establecen a nivel nacional después de implantar la programación por país.

En los documentos de la OPS examinados por el Grupo de Trabajo no se encontraron normas o criterios expresados claramente que pudieran utilizarse en la selección de actividades de proyectos o en la consiguiente determinación de fondos presupuestarios asignados a cada país. No obstante, se evidenció en general, como se esclarecerá más adelante, que debieron de haberse seguido algunos principios generales por lo menos para establecer inicialmente los objetivos presupuestarios de conformidad con el procedimiento de preparación del presupuesto marginal antes mencionado, así como al (re)asignarse fondos para nuevos proyectos previstos en esos objetivos. Por consiguiente, fue necesario tratar de localizar e identificar tales orientaciones y situarlas en una mejor perspectiva para utilizarlas en el futuro.

En el Primer Programa General de Trabajo para un Período Determinado, preparado por la OMS para los años 1952-1955 (Actas Oficiales de la OMS No. 32, Anexo 10) se examinaron con cierto detalle varios criterios para seleccionar o rechazar actividades. Aunque dichos criterios fueron establecidos principalmente para ser aplicados con criterio global, también constituyeron una base sólida para seleccionar proyectos de actividades a nivel regional e interpaís y aun a nivel nacional. A continuación se esbozan brevemente esos criterios, según fueron resumidos por el Grupo de Trabajo:

- a) Factibilidad y aceptabilidad regional interpaís con especial referencia a la aceptabilidad interpaís, disponibilidad de técnicas que se consideran eficaces, y participación activa en las actividades por los Países Miembros, salvo en situaciones de emergencia.
- b) Posibilidad de demostrar los resultados y de que el proyecto sea satisfactorio en un período de tiempo determinado.
- c) Alcance de la esfera de acción propuesta con especial referencia a las actividades que, probablemente, beneficien directa o indirectamente al mayor número de habitantes.
- d) Disponibilidad de personal competente para realizar el trabajo.

- e) Requisitos para iniciar acción, incluyendo estudios preliminares y preparativos necesarios; información completa de las actividades ya realizadas en determinada especialidad por otros organismos; posibilidades de acción o financiamiento por otras fuentes; determinación de si la OPS es el organismo mejor capacitado para iniciar o emprender la acción propuesta, y la posibilidad de coordinar dicha acción con otros proyectos similares.
- f) Continuación y realización de actividades que puedan llevarse a cabo únicamente por intermedio de una organización internacional de salud y que puedan relacionarse con información, estandarización y coordinación internacional, y ser ampliamente definidas como tales.
- g) Factibilidad financiera.

A dichos criterios podrían agregarse algunos otros de la OMS que corresponden más particularmente al nivel nacional, a saber:

- a) relativa importancia y urgencia del problema de salud;
- b) interés de un país por obtener servicios técnicos, y
- c) capacidad de un país para beneficiarse con proyectos de cooperación técnica, con particular referencia a su habilidad para llevar a cabo actividades ellos mismos al término de un proyecto de la OPS.

Al parecer, estos últimos tres criterios, junto con la disponibilidad de conocimientos técnicos para resolver problemas, fueron los que se utilizaron en forma más sistemática al responder a las solicitudes de cooperación técnica de los Países Miembros. En el pasado, a veces había que tomar en cuenta las realidades y presiones políticas. Sin embargo, la mayoría de los países formularon sus solicitudes de acuerdo con sus necesidades que, a veces, fueron determinadas en forma arbitraria, pero ahora, en colaboración con la OPS, son identificadas mediante el análisis del sector salud o la programación nacional en salud.

No obstante, los criterios antes esbozados, aunque cualitativos, todavía son válidos en el contexto actual y cuando se usan junto con las prioridades derivadas de la programación de salud en el país o a nivel interpaís y regional, de conformidad con las deliberaciones de los Cuerpos Directivos, como los criterios relativos al programa mencionados en el Sexto Programa General de Trabajo de la OMS, deben constituir una base realista para preparar la totalidad del programa y presupuesto de la Organización. Parte esencial e integrante de este proceso es la activa participación tanto de los Países Miembros como de la propia Organización.

También debe tomarse en cuenta la racionalización al aplicar el principio de "la mayor parte para los más necesitados" y al determinar la proporción del presupuesto ordinario total de la OPS/OMS a ser asignada para cooperación técnica a nivel nacional.

Si bien el principio de "la mayor parte para los más necesitados" puede ser aceptable en general, implica una categorización de países de acuerdo con sus necesidades. Sin embargo, puede ser difícil determinar criterios totalmente aceptables para asignar con equidad fondos del presupuesto ordinario de la OPS/OMS a las actividades de carácter nacional.

4. Examen de una fórmula matemática que podría usarse como indicador

El debate durante la 74a Reunión del Comité Ejecutivo, que llevó a la aprobación de la Resolución XXXIX, se concentró en el posible establecimiento de criterios matemáticos o de una fórmula con esa finalidad. Las fórmulas matemáticas son usadas con más frecuencia por organismos encargados de redistribuir los recursos económicos. Aun en el mejor de los casos, tienden a ser rígidas y no toman en cuenta las condiciones dinámicas y en constante evolución de los países y entre éstos. Como ejemplo de esas fórmulas, el Grupo de Trabajo estudió la fórmula usada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y propuso varias modificaciones con el fin de refinarla para su posible uso en relación con las condiciones de salud que prevalecen en los Países Miembros. El PNUD ideó la fórmula para calcular metas--Cifras Indicativas de Planificación (IPF)*--con miras a distribuir los recursos económicos disponibles entre los países beneficiarios. La mayor proporción de la fórmula (92.5%) se basa en dos factores: la población y el producto nacional bruto (PNB) per cápita y una pequeña proporción en algunos criterios sociales complementarios.

Después de examinar la fórmula, el Grupo de Trabajo estimó que la fórmula del PNUD, basada principalmente en la población y el producto nacional bruto per cápita, no reflejaba adecuadamente las condiciones y necesidades de salud de los Países Miembros y, por lo tanto, procedió a buscar indicadores de salud que pudieran usarse para ponderar o modificar la ecuación básica del PNUD. Se consideraron, entre otros indicadores, los siguientes:

- esperanza de vida al nacer
- mortalidad infantil
- proporción de defunciones en los menores de 5 años de edad
- consumo de calorías por habitantes
- ingesta proteínica por habitante.

*Indicative Planning Figures

Se estimó que la "esperanza de vida al nacer" era el indicador más útil del estado de salud de una población, pero no se dispone de datos confiables respecto a la mayoría de los países, ni estos son suficientemente completos en relación con los otros indicadores de la lista. La información más fidedigna se refiere a la proporción de defunciones de menores de cinco años, en comparación con la tasa general de defunción. Como, en cualquier caso, las defunciones en este grupo de edad influirían en alto grado en la esperanza de vida y en vista de que esas defunciones reflejarían en gran parte un conjunto de factores de salud adversos, como condiciones higiénicas inadecuadas, agua potable poco inocua, prevalencia de enfermedades transmisibles y deficiente estado nutricional, se estimó que constituía un indicador conveniente de las "necesidades de salud" y se seleccionó para examinarlo más a fondo.

El método del PNUD fue examinado de nuevo y modificado sobre la base de una población de por lo menos 2 millones de habitantes, un producto nacional bruto per cápita de \$700 y la inclusión de "las necesidades de salud". Se efectuaron varios cálculos respecto a los cuales se varió la importancia relativa de los elementos básicos con fines ilustrativos. Los datos disponibles más recientes, principalmente para 1973 (comparables a los publicados en el Cuadro 12 de Las condiciones de salud en las Américas, 1969-1972), se utilizaron para obtener esos cálculos ilustrativos.

Los países se agruparon por orden ascendente de la proporción de mortalidad de menores de cinco años (véase Figura 1) y se dividieron en los cuatro grupos siguientes:

Grupo 1

Barbados
Uruguay
Trinidad y Tabago
Guyana*
Cuba
Argentina
Bahamas
Jamaica

Grupo 2

Chile
Surinam
Paraguay
Costa Rica
Panamá

Grupo 3

Belice
Nicaragua
Venezuela
Colombia
México
Honduras
Bolivia*
Brasil*

Grupo 4

República Dominicana
El Salvador
Perú
Guatemala
Ecuador
Haití*

* proporción estimada

Al distribuir los puntos a ser asignados a cada país sobre la base de este índice de las necesidades de salud, se asignaron ponderaciones como sigue:

Cada país del grupo 1	1
Cada país del grupo 2	2
Cada país del grupo 3	3
Cada país del grupo 4	4

La distribución porcentual, calculada a base de las asignaciones del presupuesto ordinario de la OPS/OMS para 1975 a proyectos de país, se presenta en el Cuadro 3 respecto al criterio del PNUD adaptado y dos combinaciones del PNUD y el indicador "necesidades de salud". Se observará que existe cierta comparabilidad y conformidad general con respecto a las asignaciones a países representadas por las cifras de planificación correspondientes a 1975 expresadas en porcentajes en la columna 6. Sin embargo, cuando se aplican los porcentajes deseados, es decir de la columna 5, a la cantidad total asignada a proyectos de país para 1976, según se indica en el Cuadro 4, se advierten varias diferencias significativas. La más importante se refiere a las cantidades fundamentalmente menores, en términos presupuestarios reales, en países como Costa Rica, Jamaica y Trinidad y Tabago.

Los datos precedentes demuestran claramente algunas de las dificultades y, en especial, la rigidez y exactitud implícita en los indicadores obtenidos matemáticamente sobre todo en cuanto se relacionan con su posible aplicación al sector salud. Procedería preguntar si es en realidad prácticamente posible llegar a las unidades apropiadas en forma equitativa o aceptable para todos los países. En otras palabras, si bien la exactitud matemática de la ecuación y los cálculos basados en ella pueden verificarse en todo momento, parece difícil vislumbrar un índice verdaderamente objetivo, es decir uno que esté exento de toda sospecha, prejuicio individual o decisión arbitraria.

Los índices de estado de salud son, naturalmente, fundamentales para formarse una idea exacta de las necesidades de salud de un país. Sin embargo, los mejores datos disponibles siguen siendo en gran parte poco fidedignos. Todos los índices de salud, usados en conjunto con la totalidad de los índices sociopolíticos y económicos son también los que pueden reflejar mejor el estado de salud de la población o sus posibilidades de mejora.

Además, el tipo de fórmula matemática del PNUD (ideada con miras a redistribuir los recursos económicos se basa, en lo esencial, en información que, en el mejor de los casos, tiene ya 2-3 años y se aplica prospectivamente a 2-5 años futuros. Si se utilizaran en el sector

salud esas fórmulas tenderían a enmarañar al planificador de salud en un procedimiento que estaría siempre por lo menos 3-4 años en discrepancia con las condiciones de salud dinámicas y en constante cambio tanto en los países como entre éstos. Esto sería lamentable para una organización de salud que debe mantener suficiente flexibilidad para atender a la demanda creada por condiciones en rápida evolución y que en todo momento debe estar preparada para hacer frente a las exigencias del futuro.

En vista de los diversos factores que es preciso tener en cuenta, incluyendo el hecho básico de la falta de confiabilidad de los datos, parecería que las fórmulas matemáticas no son adecuadas para abordar los problemas que la Organización debe resolver y los programas que ha de realizar. Por lo tanto, esas fórmulas en la asignación de recursos de la OPS serían, en el mejor de los casos, de utilidad limitada. Podrían quizá constituir pautas generales si se aplicaran a esa parte del programa y presupuesto de cooperación técnica de la Organización que se refiere a asistencia técnica, como becas, materiales y suministros para adiestramiento-educación y equipo de demostración. Sin embargo, la preocupación principal de la OPS debe ser la promoción de la salud basada en la cooperación técnica y no en la redistribución de recursos.

Cualquiera que sea el importe de los fondos asignados al programa y presupuesto para los diversos Países Miembros, la base utilizada para determinarlos debe ser claramente comprendida y no entenderse que las cantidades que se les asignan o las sumas no gastadas podrían ser reasignadas por ellos a otros fines que los del programa convenido.

Los programas de cooperación técnica deben basarse decididamente en las necesidades de salud demostradas del país, definidas a base de la programación nacional de salud, y promover en todo momento la autoconfianza nacional. A este respecto, la Organización debe tratar de mejorar la capacidad de los países para beneficiarse con dichos programas. Para esto, debe contar con una infraestructura conveniente y aprovechar al máximo los recursos asignados.

Recomendaciones provisionales

A base de las consideraciones precedentes, así como de las deliberaciones del Comité Ejecutivo, en su 76a Reunión, acerca de la Resolución XXXIX, aprobada por el Comité Ejecutivo en su 74a Reunión, el Grupo de Trabajo sugiere que se examinen los siguientes grupos de indicadores, por estimarse que podrían ayudar mejor al Director en la asignación provisional de cantidades del programa/presupuesto para cooperación técnica con los Países Miembros.

1. Las solicitudes de los Países Miembros, con especial referencia a las necesidades demostradas y a su relación con las prioridades establecidas a nivel nacional mediante procedimientos de programación de país aceptados y la magnitud y naturaleza de su efecto sobre los recursos.

2. Las prioridades establecidas por decisión de la Conferencia Sanitaria Panamericana, del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo, en armonía con la función constitucional de la Organización (incluyendo el Plan Decenal de Salud para las Américas, a nivel regional, y el Programa General de Trabajo para un Período Determinado y otras decisiones pertinentes adoptadas por la OMS).

3. La información disponible acerca de los criterios utilizados por la OMS para seleccionar o rechazar actividades específicas, prestando especial atención a:

- a) La importancia relativa de determinado problema de salud;
- b) La "capacidad de absorción" demostrada por un país para beneficiarse con determinadas actividades y continuarlas;
- c) La factibilidad y aceptabilidad de una actividad a nivel regional, interpaís y nacional;
- d) La probabilidad de éxito de determinada actividad, y
- e) La factibilidad financiera, etc.

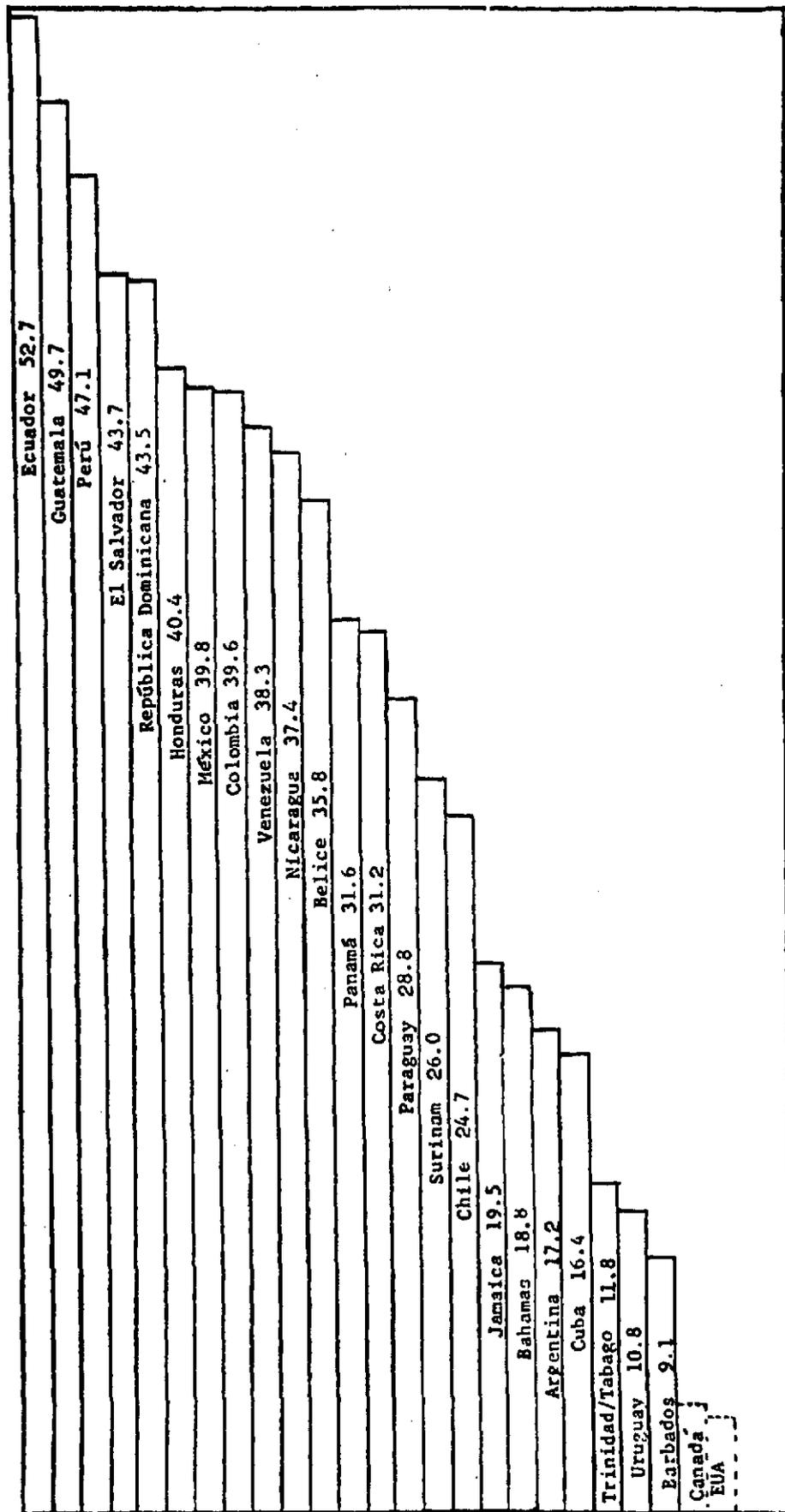
4. Los indicadores establecidos como parte de los procedimientos de planificación y evaluación a largo plazo de la Organización.

Finalmente el Grupo de Trabajo señala que, aunque este informe inicial no constituye un estudio detallado del problema, espera que sirva de punto de partida adecuado para proseguir las deliberaciones.

El Grupo de Trabajo está también convencido de que el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo podrían aportar una colaboración real asesorando aún más al Director en la racionalización y elaboración del programa y presupuesto de la Organización.

Figura 1

FORCENTAJE DE DEFUNCIÓNES DE MENORES DE CINCO AÑOS



Cuadro 2

PORCENTAJE DE GASTOS CON CARGO A
 LOS FONDOS DEL PRESUPUESTO ORDINARIO
 DE LA OPS/OMS POR TIPO DE PROYECTO
 1970-1974

<u>Tipo de proyecto</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1973</u>	<u>1974</u>	<u>Tasa promedio 1970-1974</u>
Proyectos de país	35.2	34.5	33.4	35.9	36.7	35.2
Proyectos AMRO	6.9	7.4	7.5	7.4	6.0	7.0
Otros proyectos AMRO	22.4	24.7	26.3	24.8	25.1	24.8
Oficinas de Area	5.2	4.3	4.2	4.2	4.6	4.5
Sede	29.6	28.1	27.3	26.3	26.9	27.5
Aumento del Activo	.7	1.0	1.3	1.4	.7	1.0
<u>Total, todos los proyectos</u>	<u>100.0</u>	<u>100.00</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Cuadro 3

CIFRAS TOPE A BASE DE LA POBLACION/PNB Y SALUD

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Criterio del PNUD solamente*	PNUD: 75% usando razones	Salud: 25% usando incrementos	PNUD: 67% usando razones	Salud: 33% usando incrementos	Distribución de presupuesto de 1975 PO y WO
Argentina	3.1	3.1	2.9	3.0	4.4
Bahamas	.2	.6	.2	.7	0.4
Barbados	.4	.7	.4	.8	1.2
Belice	.5	1.5	.5	1.9	.9
Bolivia	4.7	4.7	4.8	4.7	3.3
Brasil	26.1	20.7	26.2	19.0	21.8
Chile	2.5	2.8	2.4	2.8	4.1
Colombia	13.2	11.0	13.2	10.3	5.3
Costa Rica	.5	1.2	.5	1.4	2.8
Cuba	3.1	2.7	2.5	2.6	2.6
Rep. Dominicana	2.0	3.0	2.3	3.4	2.9
Ecuador	4.4	4.8	4.9	4.9	3.8
El Salvador	2.8	3.6	3.1	3.9	5.1
Guatemala	2.7	2.9	3.0	3.8	3.8
Guyana	1.2	1.0	1.0	1.3	1.6
Haití	5.3	5.5	6.0	5.6	3.9
Honduras	2.1	2.7	2.1	2.9	2.8
Jamaica	.5	.7	.4	.8	3.1
México	13.2	11.0	13.2	10.3	6.7
Nicaragua	.8	1.8	.8	2.1	1.7
Panamá	.5	1.1	.4	1.3	2.4
Paraguay	1.6	2.0	1.4	2.1	2.6
Perú	4.6	5.0	5.2	5.1	3.4
Surinam	.5	1.1	.4	1.3	1.6
Trinidad y Tabago	.4	.7	.3	.8	1.5
Uruguay	.7	.9	.6	1.0	2.0
Venezuela	1.5	2.3	1.5	2.5	4.3

*Con ligero reajuste descrito en el texto.

Cuadro 4

CIFRAS DE PLANIFICACION BASADAS EN LA POBLACION/PNB Y SALUD
EN COMPARACION CON CIFRAS DEL WO Y PO PARA 1976

País	Asignación del WO-PO para 1976*	Asignación del WO-PO para 1976 usando % indicado en el Cuadro 3, Col. 5
Argentina	\$ 557,145	\$ 366,029
Bahamas	58,561	85,407
Barbados	139,670	97,608
Belice	108,588	231,819
Bolivia	403,303	573,446
Brasil	2,409,236	2,318,185
Chile	431,480	341,627
Colombia	635,267	1,256,700
Costa Rica	364,299	170,814
Cuba	329,230	317,225
República Dominicana	360,147	414,833
Ecuador	516,611	597,848
El Salvador	531,951	475,838
Guatemala	521,671	463,637
Guyana	232,113	158,613
Haití	604,429	683,255
Honduras	334,966	353,828
Jamaica	313,725	97,608
México	762,335	1,256,700
Nicaragua	235,143	256,220
Panamá	306,306	158,613
Paraguay	276,208	256,220
Perú	529,945	622,250
Surinam	175,594	158,613
Trinidad y Tabago	247,291	97,608
Uruguay	274,308	122,010
Venezuela	541,452	305,024
TOTAL	\$ 12,200,974	\$ 12,237,578

*Cifras tomadas del Documento Oficial 134

ACTAS RESUMIDAS DEL DEBATE EN LA 76a REUNION DEL
COMITE EJECUTIVO SOBRE LA ELABORACION DEL PROGRAMA Y PRESUPUESTO
DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Decimoprimerá sesión plenaria

El PRESIDENTE (traducido del inglés) recuerda que el Comité Ejecutivo, en su 74a Reunión, pidió al Director que designara una comisión encargada de recomendar indicadores que le ayudaran a establecer las asignaciones presupuestarias provisionales para cada país. El Director constituyó una comisión integrada por dos miembros: el Dr. Arreaza Guzmán, ex-Subdirector de la OSP, y el Dr. de Villiers, Director General de los Servicios Internacionales de Salud, Secretaría de Salud y Bienestar Nacional, del Canadá.

El Dr. DE VILLIERS (Grupo de Trabajo Especial) (traducido del inglés) señala que el informe provisional se basa en las discusiones sostenidas el año anterior entre el Dr. Arreaza Guzmán y él personalmente. Al prepararlo, tomaron en cuenta la función constitucional de la Organización y, especialmente, su función coordinadora en la Región en su conjunto y en nombre de ésta. Los conceptos más nuevos tratados incluyen programación nacional en salud, importancia de los recursos extrapresupuestarios y cooperación técnica. En el informe se examinan brevemente los antecedentes del programa y presupuesto, los criterios utilizados por la OMS para orientar la selección de las actividades del programa, incluyendo la importancia o urgencia relativa del problema de salud, el deseo de un país de obtener servicios técnicos y la "capacidad de absorción" para realizar esos programas, así como la utilidad de la fórmula matemática del PNUD para determinar los fondos asignados a cada país. Se sugiere que es difícil incorporar las necesidades de salud en forma aceptable para todos y que, en general las fórmulas de ese tipo probablemente sean inadecuadas o, en el mejor de los casos, sirvan sólo de orientación general. Las recomendaciones formuladas en su informe son de carácter provisional.

Lamentablemente, el informe revela que ha sido preparado en un plazo muy limitado, por lo cual no fue posible revisarlo o editarlo en definitiva. El Dr. Arreaza Guzmán no tuvo oportunidad de leerlo. Por ello, se deslizaron varios errores de forma, y de estas deficiencias solo es responsable el orador. Espera, sin embargo, que en la versión que se presentará al Consejo Directivo, en su próxima reunión, figurarán no sólo las observaciones de los Miembros sino que se habrán corregido los errores. Reitera que el informe no es definitivo y no representa un estudio cabal del tema; constituye más bien un punto de partida para el debate que, según espera, sea de utilidad para orientar las deliberaciones durante la reunión.

El Dr. DE CAIRES (Estados Unidos de América) (traducido del inglés) estima que el acertado informe en referencia trata de asuntos de gran interés. El Dr. de Villiers ha señalado que el mayor bien debe orientarse hacia los más necesitados.

Si bien el principio es aceptable para todos, plantea problemas como el de la capacidad de los más necesitados para absorber efectivamente la asistencia brindada, cualquiera que sea su procedencia. Por lo tanto, es importante que los recursos de la OPS sean utilizados por el país de que se trate para llevar a cabo un programa que atraiga fondos extrapresupuestarios, ya que la OPS no está en condiciones financieras para funcionar por sí sola.

El informe se refiere también a la fórmula del PNUD basada en la población y el producto nacional bruto per cápita, más el factor salud. En muchos casos, no se dispone de información actualizada exacta sobre la cual pueda basarse la fórmula. Sin embargo, el informe no refleja desesperación sino que expone las amplias líneas generales que el Director podría seguir al distribuir equitativamente los recursos de la OPS a los Países Miembros. El problema tiene repercusiones a largo plazo, ya que lo que es oportuno un año puede no serlo el año siguiente.

La Sa. McDONALD (Bahamas) (traducido del inglés) estima que el informe es valioso y estimulante. Ella considera que la fórmula matemática de la OMS para distribuir los recursos es criticable por ser demasiado inflexible y no tomar en cuenta condiciones dinámicas, y también duda de la fórmula del PNUD que se basa en alto grado en la población y el producto nacional bruto per cápita. A juzgar por la experiencia que ha tenido en su propio país, los ingresos por habitantes no dan un cuadro acertado de la situación.

Señala que en el cuadro sobre mortalidad consignado en la página 7 del informe no se incluyó a Bahamas que, según las cifras, debería figurar entre Surinam y Paraguay.

El Dr. ACUÑA (Director) dice que el documento elaborado por los doctores de Villiers y Arreaza no pretende dar una solución definitiva al problema de la asignación de los recursos de la OMS y la OPS a cada uno de los países de la Región. Tampoco se trata de un asunto nuevo, ya que ha sido planteado con frecuencia en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OMS y la OPS. Ocurre a veces que los Gobiernos solicitan programas de cooperación técnica que exceden de las asignaciones presupuestarias. En algunos casos, esos requerimientos se pueden atender con cargo al rubro general de ahorros o a los fondos de proyectos interpaíses o regionales, pero en muchas ocasiones la Organización se ve obligada a contestar que no tiene posibilidades de incrementar su colaboración por el momento. Sin embargo, hay que tener en cuenta también otro factor importante, que es el de las prioridades reales de los Gobiernos, reflejadas en su política nacional de salud y en los proyectos que se están ejecutando. Suele ocurrir que, al hacer una solicitud de aumento de asignaciones, no se tenga en cuenta que en el país está en marcha un proyecto de cooperación técnica cuya efectividad no ha sido evaluada. Parece que ha llegado el momento de que los países evalúen el efecto de la cooperación técnica que les presta la Organización en las esferas prioritarias por ellos establecidas, y es motivo de

satisfacción que un país, el Perú, haya aboradado seriamente esta cuestión, formulando una solicitud oficial de evaluación con objeto de reorientar las inversiones y los programas de la OPS en beneficio de sus programas prioritarios de salud. También se han hecho evaluaciones parciales de los programas de cooperación técnica en otros países, lo que indica que se reconoce cuál es el verdadero significado de la asistencia y se comprenden los criterios aplicados por los organismos internacionales para la asignación de recursos. Como dijo el Dr. de Villiers, el documento presentado no pretende dar una fórmula precisa para establecer esas asignaciones; solamente se propone despertar en los países la inquietud por encontrar fórmulas de distribución de recursos que sean no solo más equitativas sino, sobre todo, más eficaces para promover los propios programas de los países. Es de lamentar que no esté presente el Presidente del Comité Ejecutivo, puesto que él fue uno de los iniciadores del estudio que ahora se examina, al proponerlo formalmente en la reunión celebrada el pasado año por el Comité Ejecutivo.

El Dr. ALFARO (Costa Rica) elogia el documento preparado por el Grupo de Trabajo porque, entre sus muchos méritos, tiene el de mostrar lo difícil que es hacer una distribución racional y equitativa de los fondos disponibles, problema que conocen bien todos los administradores de servicios de salud. Está de acuerdo con el Dr. de Caires en que cualquier fórmula que se adopte puede beneficiar a unos países y perjudicar a otros. Por ejemplo, como señaló Sa. McDonald, la aplicación del criterio fundado en los índices de mortalidad infantil puede afectar a países que han logrado en corto tiempo un rápido descenso de esas cifras, sin que ello signifique necesariamente que se haya producido en ellos un avance general en la situación de la salud pública. No menos objetables son otros criterios, como el de la población, que perjudicaría a los países poco poblados, o el del ingreso per cápita, quizá el más discutible, pues sabido es que el ingreso bruto de los países no se distribuye equitativamente entre sus habitantes. Más que la cuantía de la asistencia, importa la capacidad del país que la recibe para aprovechar las sumas que se le asignen. Por lo tanto, el Comité Ejecutivo debería dejar que la Oficina asignase los recursos teniendo en cuenta que, en definitiva, su mayor o menor participación, mediante la asesoría técnica, dependerá de las solitudes de los países. La OPS puede influir en el nivel político, haciendo comprender a las autoridades la importancia de elaborar programas nacionales de salud. El principio de que se asigne la mayoría de los recursos a los países más necesitados es justo, pero habrá que tener presente que el dinero no lo es todo y que, para administrarlo eficazmente, el país que lo reciba deberá contar con una buena estructura administrativa. De otro modo, no resolverá sus problemas y es probable incluso que esa ayuda tenga un efecto desmoralizante, al comprobar el propio país su incapacidad para utilizarla.

El Dr. DE CAIRES (Estados Unidos de América) (traducido del inglés) estima que, en la labor futura sobre el informe, se debiera mencionar la capacidad de un país para utilizar con eficacia la ayuda que obtenga de la OPS. Subraya también la importancia de la cooperación técnica y que la OPS debería cooperar en la tarea de atraer fondos externos.

Recuerda al Comité que en el Sexto Programa de Trabajo de la OMS se mencionan cinco criterios que la OPS podría muy bien aplicar: 1) identificación del problema que se plantea en el aspecto programático; 2) situación, como problema básico principal de salud pública; 3) posibilidad demostrable de progreso hacia una solución; 4) sólida base para la participación de la OMS; y 5) la necesidad de cooperación internacional.

Estima que en la labor ulterior sobre el informe en discusión podría ser útil tomar en cuenta los criterios mencionados, así como los consignados en el Plan Decenal de Salud de la OPS.

El Dr. DE VILLIERS (Grupo de Trabajo Especial) (traducido del inglés) agradece las observaciones formuladas, las cuales se reflejarán adecuadamente en el próximo borrador del informe. Expresa también su gratitud al personal de la OPS por la considerable asistencia que brindó a su comisión, sobre todo en la preparación de cuadros.

El PRESIDENTE (traducido del inglés) agradece al Dr. de Villiers el informe presentado sobre un asunto muy difícil. Sin duda, se proseguirá la labor relativa al informe, y solicita al Relator que prepare un proyecto de resolución en el cual se refleje la opinión del Comité Ejecutivo.

Decimotercera sesión plenaria

El Relator dió lectura al proyecto de resolución siguiente:

EL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre la elaboración del programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, presentado por el Director (Documento CE76/7),

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre la elaboración del programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, presentado por el Director (Documento CD76/7).
2. Expresar su agradecimiento al Director y al Grupo de Trabajo por el informe.
3. Transmitir el informe sobre la elaboración del programa y presupuesto (Documento CE76/7) al Consejo Directivo, en su XXIV Reunión, junto con las actas del debate de que fue objeto el tema en la 76a Reunión del Comité Ejecutivo, con fines de información y para que el Consejo adopte cualquier medida que estime procedente.

4. Encarecer al Director que tome en cuenta las recomendaciones del informe en la elaboración de los futuros programas y presupuesto de la Organización.

El Dr. DE CAIRES (Estados Unidos de América) (traducción del inglés) estima que en el proyecto de resolución PR/16 no se concede suficiente importancia al tema ni se rinde adecuado homenaje al Director y al Grupo de Trabajo que ha designado. El Dr. de Villiers señaló que el informe es provisional y que el estudio es un proceso continuo. En armonía con el debate en el Comité, en el preámbulo se podría decir: "Teniendo en cuenta la presentación hecha ante el Comité Ejecutivo por un miembro del Grupo de Trabajo nombrado por el Director; y reconociendo que este estudio va a ser un proceso continuo...." y el párrafo 2 de la parte dispositiva podría modificarse para que diga "Expresar su agradecimiento al Director y al Grupo de Trabajo por el excelente y circunstanciado informe preliminar".

El PRESIDENTE conviene en que se deben reconocer los esfuerzos del Director y del Grupo de Trabajo, así como el carácter provisional del documento presentado. Somete a la consideración del Comité el proyecto de resolución con las enmiendas propuestas.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD



ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXIV Reunión

XXVIII Reunión

CE90/17 (Esp.)
ANEXO II(B)

RESOLUCION XX

**Elaboración del Programa y Presupuesto de la
Organización Panamericana de la Salud**

El Consejo Directivo,

Habida cuenta de la presentación hecha por el grupo de trabajo establecido por el Director para estudiar la elaboración del programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud y de los debates que han tenido lugar durante la Reunión del Consejo;

Teniendo presente el informe provisional del grupo de trabajo y el acta resumida donde figura el debate habido al respecto en la 76ª Reunión del Comité Ejecutivo (Documento CD24/8), así como la Resolución XXII¹² adoptada por el Comité en esa misma Reunión; y

En vista de que se va a proseguir el estudio,

Resuelve:

1. Tomar nota del informe sobre la elaboración del programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud (Documento CD24/8).
2. Dar las gracias al Director y al grupo de trabajo por el excelente y detallado informe preliminar, y al Comité Ejecutivo por su cuidadoso examen de la cuestión.
3. Instar al Director a que, cuando prepare los futuros programas y presupuestos de la Organización, tenga en cuenta las orientaciones que figuran en las recomendaciones del informe provisional.
4. Pedir al Director que se ocupe de que prosiga el estudio y que informe al Comité Ejecutivo en su 78ª Reunión.

*(Aprobada en la duodécima sesión plenaria,
celebrada el 5 de octubre de 1976)*

ANEXO III

CE90/17 (Esp.)
ANEXO III

ASIGNACION DEL PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS A
LOS PAISES. ANALISIS DE LOS EFECTOS DEL TAMAÑO DEL
PAIS, EL INGRESO, LA MORTALIDAD INFANTIL Y DOS
INDICADORES DE LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS MEDICOS
(CAMAS HOSPITALARIAS Y MEDICOS) CORRESPONDIENTE A
1980-1981 Y A 1984-1985

1. INTRODUCCION: OBJETIVOS Y SELECCION DE DATOS PARA ANALISIS

El análisis siguiente tiene por fin servir de complemento a las discusiones realizadas sobre la forma como la OPS debería asignar sus fondos de asistencia técnica entre los Países Miembros. Su objetivo es describir la manera como se asignan esos fondos en la actualidad, puntualizando las características de los países que parecen afectar sistemáticamente sus presupuestos. Aunque los fondos de la OPS no se asignan de acuerdo con una fórmula precisa, es posible que la distribución del presupuesto revele ciertas opiniones implícitas de los Miembros sobre la importancia relativa de distintos factores. Si ese es el caso, convendría que esas opiniones y las relaciones que implican fueran explícitas. Ello reviste particular importancia si ciertas características consideradas esenciales no influyen en el presupuesto, o si las variables que sí influyen tienen importancia o influencia relativa que al ser analizada parece ser desigual o indeseable. El presente análisis debe iniciarse, naturalmente, con la consideración de algunas expectativas sobre cuáles variables pueden tener importancia, pero excluye suposiciones sobre la importancia relativa de las distintas características. En ese sentido, difiere mucho de algunos ejercicios hechos previamente para entender el presupuesto de la OPS, en los que se han preparado índices que asignan importancia a priori a distintas variables, y se trata de determinar después si los resultados corresponden a las asignaciones de los países.

La selección de datos para análisis se efectúa con base en cuatro dimensiones, a saber: (1) la parte del presupuesto total de la OPS que se pretende examinar; (2) el intervalo objeto de estudio; (3) los países a incluir y (4) las variables explicativas que se tendrán en consideración (o se descartarán, si no parecen tener importancia estadística). La primera posibilidad está predeterminada por el hecho de que los únicos fondos que se pueden asignar con certeza a determinados países son los que se emplearán en proyectos en un país; los fondos regionales y de área se destinan a proyectos que benefician a más de un país y no hay una forma de asignarlos a un país en particular excepto arbitrariamente, por ejemplo, en proporción de los fondos del mismo. Por ende, el análisis se limita a cerca de un tercio del presupuesto de la Organización representado por los presupuestos de los países. La segunda dimensión podría implicar un intervalo relativamente largo, puesto que existen datos comparativos para casi el mismo grupo de países, desde el bienio 1970-1971 hasta el actual (1982-1983). En principio, un modelo completo de todos los países en todos los años podría constituir una base de datos apropiada. Sin embargo, ese suele ser el caso solo si hay una variación sustancial con el tiempo en un país determinado (en comparación con la variación entre varios países) y si los cambios cronológicos e intercambios son causados por los mismos factores. De hecho, no existe ninguna de esas condiciones: la asignación a los países es notoriamente estable en el sentido de que la porción presupuestaria cambia solo gradualmente y, lo que es más importante, esos cambios no parecen ser ocasionados por

factores sanitarios, demográficos ni económicos. Los presupuestos de los países varían mucho de un año a otro por razones como reclasificación de fondos, cambios políticos internos o acontecimientos poco comunes como epidemias o huracanes que exigen intervenciones únicas de emergencia. Aunque esta última razón está relacionada con la salud, por definición es algo que no se puede prever ni emplear para fines de planificación. Por tanto, es apropiado emplear datos solo de un bienio reciente para representar la asignación actual de la OPS; este análisis se basa en el bienio 1980-1981, el presupuesto concluido más recientemente y el que coincide cronológicamente con los valores disponibles más actualizados de distintas variables explicativas. La Sección 2, que se encuentra más adelante, se refiere al análisis estadístico del presupuesto de los países para el período 1980-1981. En la Parte 3, se aplica ese mismo análisis a la asignación (provisional) a los países para el período 1984-1985. El presupuesto para ese bienio difiere del de 1980-1981 en dos aspectos importantes: primero, al eliminar las oficinas de área y los fondos de la estructura y el funcionamiento de la OPS, el presupuesto previamente asignado a las áreas se volvió a asignar en gran medida a los países y, segundo, en esa reasignación marginal se hizo todo lo posible para tener en cuenta explícitamente las necesidades de los países con el fin de que el presupuesto resultante guardara una relación más estrecha con las variables explicativas empleadas en este análisis.

La tercera dimensión, la de los países a incluir, depende de la relación explicativa que se busque. En el presupuesto de 1980-1981 se asignaron fondos a 33 Países Miembros, pero este análisis se basa solo en 27 de esos países. Los Estados Unidos de América y el Canadá se excluyen por ser países de altos ingresos; las Antillas Francesas y Guyana, las Antillas Neerlandesas y las Islas Vírgenes pertenecientes a los Estados Unidos y al Reino Unido se excluyen porque mantienen vínculos especiales con países donantes, y finalmente, Grenada se excluye porque su presupuesto (\$57,600) es muy inferior al del país que le sigue en la escala de presupuestos bajos (Belice, con \$332,200) y se duda de que pueda explicarse con el mismo mecanismo. Al repetir el análisis en la asignación de 1984-1985, se excluyen por la misma razón Antigua y Barbuda, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Dominica. Los 27 países incluidos en el análisis representan toda la población de los Estados Miembros (fuera de los Estados Unidos de América y el Canadá), excepto una pequeña fracción, y reciben la mayor parte del presupuesto ordinario para los países.

La cuarta dimensión, la de las variables explicativas, debe comenzar con las poblaciones de los países: se prevé que esta variable influirá en la suma total que reciben los países, aunque no tengan ningún efecto en las asignaciones per cápita. Este es un aspecto que varía mucho entre los miembros; por ejemplo, la población del Brasil es 700 veces más numerosa que la de Belice. Las otras variables que podrían afectar el presupuesto de manera estable se pueden clasificar en tres tipos: medidas de desarrollo general o de ingreso, indicadores de las

necesidades de asistencia sanitaria e indicadores de la capacidad de absorción de un país, es decir, de su capacidad para usar la asistencia técnica de la OPS. La mejor medida de desarrollo es la del PIB per cápita, de modo que se ha incluido; sin embargo, como la OPS no es un organismo que trabaja en todas las áreas del desarrollo sino que está dedicada especialmente a la salud, no se consideraron otras variables de este tipo. Los indicadores de las necesidades de salud se pueden buscar entre las medidas del estado de salud, de las cuales la mortalidad infantil es quizá la mejor, o entre las medidas de los insumos sanitarios disponibles en el país, por ejemplo, el número de médicos o de camas hospitalarias por cada mil habitantes. Por supuesto, esas dos clases de indicadores deben estar vinculadas, pero no se puede determinar con antelación cuál de las dos guarda una relación más estrecha con la asignación de fondos. Finalmente, es casi imposible medir directamente la capacidad de absorber asistencia técnica aunque ello depende, hasta cierto punto, de la infraestructura de salud que tenga el país; ello significa que los indicadores como camas o médicos por cada mil habitantes tienen una segunda interpretación además de la de necesidad, lo que las convierte en variables ambiguas para uso práctico. Una forma de interpretar esa ambigüedad consiste en relacionar un valor muy reducido de esas variables con una gran necesidad pero con poca capacidad, de manera que la asistencia prestada al país será poca. A medida que aumentan los insumos en relación con la población, debería aumentar también la asistencia porque aunque la necesidad sea menor, aún es sustancial y hay más capacidad. Después de un tiempo, los insumos son tan numerosos que aunque se podría recibir más asistencia, no se necesita tanto y, en consecuencia, la asignación al país debería disminuir. Ese razonamiento indica que la relación entre el presupuesto y el número de médicos o de camas hospitalarias por cada mil habitantes debería ser cuadrática, y aumentar en un principio para luego disminuir.

Estos criterios llevaron a seleccionar las siguientes variables para los 27 países estudiados, que aparecen en el Cuadro 1: el presupuesto de la OPS (tanto para 1980-1981 y para 1984-1985), la población, el PIB per cápita, la mortalidad infantil por cada mil nacimientos, el número de camas hospitalarias y de médicos por cada mil habitantes y los cuadrados de las últimas dos variables. El presupuesto, la población y el ingreso se convirtieron a logaritmos de base 10 para análisis, en parte para reducir la gama de valores, especialmente en el caso de la población, y en parte porque se esperaba que una función logarítmica representara las relaciones existentes entre las variables mejor que una función lineal. El Cuadro muestra también el presupuesto per cápita del país para 1980-1981, que varía de menos de 3 centavos en México a más de \$2.00 en las Bahamas y Belice. (No se indica el presupuesto per cápita para el período 1984-1985 puesto que no hay datos demográficos para esos años y el presupuesto total no es muy diferente). Se dispone de todas las variables para todos los países, excepto del PIB de Cuba; cuando se usa el ingreso como variable explicativa, por ende, el análisis se limita a los 26 países restantes. En los Cuadros aparecen los datos y los resultados de 1984-1985 junto con los correspondientes a 1980-1981, pero los resultados de este último bienio se analizan en la Sección 2 y los de aquél en la Sección 3.

2. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES: ANALISIS DE 1980-1981

Puesto que la población puede influir mucho en los presupuestos, la primera medida consiste en comparar esas dos variables. La Figura 1 indica que en ambos años hay, de hecho, una relación estrecha. La línea continua de la figura muestra la mejor relación existente en 1980-1981 (Ecuación 1 del Cuadro 4, incluido más adelante) y la línea interrumpida muestra la mejor relación existente en 1984-1985 (Ecuación 9 del Cuadro 4). En el primer bienio, la elasticidad--el cambio porcentual en el presupuesto de un país cuando el cambio demográfico es del 1%--es de 0.312; eso significa que cuando un país duplica su tamaño, su asignación aumenta en un 31.2%. Los países más poblados reciben un mayor presupuesto total pero su presupuesto per cápita es más bajo. La gráfica continua muestra también qué países están lejos de la línea y, por tanto, necesitan otro factor para explicar sus asignaciones, ya que la población explica muy poco: el Brasil y Haití tienen presupuestos extraordinariamente elevados mientras que las asignaciones hechas a Belice, Chile y México son muy bajas.

Ese resultado indica que la población encaja en cualquier explicación de los presupuestos y que cualquiera otra variable que se emplee debe referirse al presupuesto per cápita; si las variables se expresan en totales (por ejemplo, ingreso total o número total de médicos), la elevada correlación con la población no permitirá distinguir sus efectos. Por eso todas las otras variables del Cuadro 1 se expresan per cápita o por cada mil habitantes. No se indica, sin embargo, si las variables relacionadas con la salud guardarán una vinculación más estrecha con el presupuesto total o per cápita. En el Cuadro 2 se incluyen tres pruebas de independencia del presupuesto per cápita y la mortalidad infantil y las dos medidas de servicios o recursos médicos. La densidad de médicos no demuestra tener ninguna relación con el presupuesto per cápita mientras que las camas hospitalarias guardan una relación positiva y la mortalidad infantil, negativa; es decir que las asignaciones per cápita de la OPS son menores en los países donde la mortalidad es más elevada, lo que no sería equitativo si la mortalidad fuera independiente de todas las otras variables que explican la asignación. Como se indica en el Cuadro 3, sin embargo, la mortalidad guarda una relación positiva con la población (y negativa con el ingreso, el número de camas hospitalarias y el número de médicos per cápita). En el Cuadro se indica también que existe una gran correlación positiva entre el presupuesto y la población y una correlación positiva menor pero sustancial entre el presupuesto y la mortalidad infantil. La tendencia de las correlaciones es muy similar en los dos períodos y las asignaciones de 1980-1981 guardan una estrecha correlación con las de 1984-1985.

La parte principal del análisis se basa en un conjunto de regresiones lineales en las que se emplea el logaritmo del presupuesto como la variable dependiente y varias combinaciones de variables independientes. Los resultados para 1980-1981 se indican en el Cuadro 4: en la Parte I se incluyen los de los 27 países (cinco regresiones pero en ninguna se

emplea el ingreso como una variable explicativa) y en la Parte II los de 26 países, excluyendo a Cuba, para los que existen también datos sobre ingresos (tres regresiones). El Cuadro 4 contiene un resumen de los resultados de cada ecuación. Los principales resultados son los siguientes: la mortalidad infantil es la única variable distinta de la población que tiene importancia estadística y eso solo cuando no se incluye en una ecuación junto con el ingreso; las dos variables están demasiado correlacionadas para poder distinguir sus efectos. Siendo ese el caso, se podría esperar que al incluir el ingreso en una ecuación sin la mortalidad infantil, tendría importancia estadística, pero eso no sucede. Ello obedece quizá al hecho de que la variable de ingreso empleada es un promedio, que no indica nada sobre la distribución dentro del país, mientras que la mortalidad infantil está más relacionada con la pobreza y, por ende, contiene cierta información sobre distribución. Un aumento en ingresos cerca de la línea de pobreza puede afectar materialmente la salud pero, a partir de ese punto, otros aumentos en ingreso pueden tener un efecto mínimo en la salud y, por ende, deberían afectar y al parecer afectan poco la forma como la OPS asigna dinero a los países. Como punto de interés conviene señalar que el conjunto de medidas de disponibilidad de servicios médicos no contribuye a explicar el presupuesto; cualquier indicación de necesidad que sea importante está bien representada por la mortalidad infantil y tal vez la capacidad de absorber ayuda no sea importante o no esté bien representada por esas variables.

De la Figura 1 se deduce que si se excluyera al Brasil del análisis, los presupuestos de los países no sobrepasarían un nivel de dos millones de dólares y habría muy poco efecto demográfico en países con más de 10 millones de habitantes. Una función cuadrática en el logaritmo de población daría entonces un mejor ajuste; pero al incluir al Brasil, la relación es lineal y no cuadrática (Ecuación 2, Cuadro 4), lo que significa, a propósito, que el uso de logaritmos para el presupuesto y la población es apropiado. En otras pruebas de regresión (excluidas de este documento) se emplearon las variables correspondientes a camas hospitalarias y médicos pero no los cuadrados de las mismas, y en esos casos se notó también que los indicadores de servicios médicos carecían de importancia estadística.

En resumen, la mejor explicación de la forma como los Países Miembros de la OPS asignan su presupuesto está en la población y en la mortalidad infantil. Según la Ecuación 3 del Cuadro 4, el presupuesto total de un país aumenta en 29% cuando se duplica la población (un poco menos del 31% indicado cuando no se tiene en cuenta la mortalidad). Este bajo índice de respuesta a la población tiene una obvia explicación política--bajo un régimen de un voto por país sin tener en cuenta el tamaño, los presupuestos serán más o menos iguales para los países--pero puede indicar además la clase de asistencia suministrada por la OPS. Puesto que ésta no es un organismo encargado de la transferencia de grandes volúmenes de material, confía en que los Países Miembros suministrarán la mayoría de los recursos necesarios para prestar servicios

médicos a sus habitantes, y la asistencia técnica suministrada, por ende, está relacionada con el tamaño del país solo en lo que se refiere al mayor número de problemas de salud que ocurren en los países grandes o a una gran variación interna que exige expansión de los estudios y programas a fin de que sean representativos de todo el país. El coeficiente de mortalidad en la misma ecuación es de 0.0013; puesto que esto relaciona el logaritmo del presupuesto con el número de defunciones infantiles por cada mil niños nacidos vivos, su interpretación es la siguiente. Por cada aumento de 10 puntos en mortalidad--que representa un cambio de un punto porcentual--el presupuesto del país suele aumentar en un 1.3% para una población determinada. Para obtener el mismo aumento presupuestario por razones de aumento demográfico se necesita una diferencia del 11% en el tamaño, es decir que dos países tendrán un presupuesto igual, según la ecuación, si uno tiene una población superior en un 11% al otro y 10 defunciones infantiles menos por cada 1,000 habitantes.

3. REASIGNACION: ANALISIS DEL PRESUPUESTO DE 1984-1985

Se calcularon solo cuatro regresiones para la asignación de 1984-1985, correspondientes a las Ecuaciones 1, 3, 4 y 5 del Cuadro 4, que aparecen en la Parte III del mismo. Puesto que el ingreso no tuvo importancia estadística en 1980-1981 se omitió y se dejó de repetir la prueba de curvatura de la relación presupuesto/población (inclusión de un término cuadrático). Los resultados son los mismos obtenidos para el bienio anterior. Los datos de población son significativos solos o junto con los de mortalidad infantil; ésta fue importante pero las variables de servicios médicos carecieron de importancia estadística al ser consideradas tanto en forma separada como colectiva. En ese sentido, el análisis demuestra que los factores determinantes de la asignación presupuestaria de la OPS no han cambiado en la reasignación de fondos previamente destinados a las áreas--esencialmente se ha empleado el mismo mecanismo en los dos períodos.

Hay, sin embargo, varias diferencias entre los resultados de 1980-1981 y de 1984-1985 que merecen particular atención. Primero, la mortalidad infantil tiene un mayor efecto en la asignación de fondos; su coeficiente aumenta de 0.0013 a 0.0019, es decir un 45%. Eso significa que un aumento de 10 puntos en mortalidad aumenta el presupuesto de un país en cerca del 2% y no en un 1,3%. Segundo, puesto que la mortalidad es más importante, su significación estadística es mayor--se puede distinguir a un nivel de confianza del 95% y no solo del 90%. De hecho, la mortalidad infantil casi tiene importancia estadística a un nivel del 90% en la Ecuación 12, en la que su efecto se confunde por la presencia de las variables de servicios médicos. Tercero, la explicación general del presupuesto es mejor: el grado de variación interpaíses, explicado por la población y la mortalidad, sube del 85% (Ecuación 3, 1980-1981) al 89% (Ecuación 10, 1984-1985). Puesto que en el primer bienio se puede explicar tanto, no hay mucho lugar para mejorar el ajuste estadístico,

pero aproximadamente un tercio de la variación no explicada antes se atribuye ahora a las dos variables explicativas. En otras palabras, la reasignación, de hecho, ha atribuido mayor importancia a la mortalidad infantil o la influencia de otros factores ha disminuido. El coeficiente demográfico no ha variado mucho.

En la Figura 1 se puede apreciar qué países reciben asignaciones grandes y pequeñas en relación con la población pero no se indica qué asignaciones son extremas cuando se tiene en cuenta la mortalidad infantil; y aunque en el Cuadro 4 se demuestra cómo explican las dos variables el presupuesto en cada bienio, no se indica la precisión del ajuste de cada país. Esa comparación se hace en el Cuadro 5 que muestra en cada período el presupuesto real (o provisional) y la asignación estimada en función solo de la población y de la mortalidad infantil, es decir, sin la influencia de ningún otro factor. Para citar un ejemplo del período 1980-1981: con base solo en su población, Haití debería haber recibido 1.25 millones de dólares en lugar de 2.025 millones, pero cuando se tiene en cuenta la mortalidad, el país debería haber recibido 1.5 millones. Por ende, la diferencia entre el presupuesto real y el presupuesto "explicado" o estimado es solo de 0.525 y no de 0.775 millones.

Es más fácil concebir esta comparación en términos de porcentajes, dadas las diferencias en el tamaño de la asignación hecha a distintos países. Eso se realiza en la Figura 2, que muestra el déficit o el superávit del presupuesto real en comparación con el presupuesto estimado, en cada uno de los dos períodos. Los puntos de la parte sombreada indican los países en los que se redujo la discrepancia entre 1980-1981 y 1984-1985--es decir, países en los que el presupuesto es más estrictamente una función solo de la población y mortalidad en el último período. Esos países son 13 de los 27, y de esos 10 han recibido "muy poco" en los dos presupuestos. Entre los otros tres que recibieron "demasiado" en ambos períodos, hay un cambio sustancial para el Brasil (reducción del 74 al 21% en el superávit registrado en comparación con el presupuesto estimado), un cambio más pequeño en Haití y ningún cambio en Costa Rica. Los 14 países restantes se dividen en dos grupos: Jamaica, Trinidad y Tabago, Guatemala, Panamá, las Bahamas, Ecuador, Bolivia, Barbados, Uruguay y Cuba se alejaron aún más de una explicación en términos de población y mortalidad y recibieron "demasiado" o "muy poco" en ambos períodos, y cuatro países--Guyana, Venezuela, Perú y Paraguay--cambiaron de mucho a muy poco o viceversa. La figura muestra, en consecuencia, que aunque la población y la mortalidad explican el presupuesto de 1984-1985 un poco mejor que el de 1980-1981, no hay una convergencia uniforme en la asignación determinada por esos dos factores. Un número igual de países se acerca a este modelo y se aleja del mismo aunque, dado el caso excepcional del Brasil, el alejamiento es en promedio un poco menor que el acercamiento a una asignación de fondos basada únicamente en la población y la mortalidad. Otros factores siguen desempeñando una función, aunque las variables como el ingreso o la disponibilidad de servicios médicos no tienen efectos sistemáticos: la variación del 10 al 15% que queda por explicar debe ser ocasionada por influencias específicas que no se pueden detectar en este análisis.

CUADRO I

DATOS BASICOS PARA EL ANALISIS DE ASIGNACIONES A LOS PAISES DEL PRESUPUESTO ORDINARIO DE LA OPS/OMS PARA 1980-1981 Y DATOS PROVISIONALES PARA 1984-1985

País	Total 1980-1981		Log Presup.		Per cápita		Provisional presupuesto 1984-85		Población		FIB/per cáp.		Mort.		Servicios médicos (cama hospitalarias/mil y médicos/10,000)		
	Miles \$	LBUD80	Miles \$	LBUD80	miles \$	LBUD80	miles \$	LBUD84	Miles	total Log	LOGN	\$	LOGY	inf./mil	BEDS	DOCS	BEDSQ
Argentina	1635.5	6.214	0.060	0.060	2447.5	6.389	27064	4.432	1942	3.288	47.2	5.4	26.7	29.2	712.9		
Bahamas	494.3	5.694	2.086	2.086	696.2	5.843	237	2.375	5920	3.772	26.0	3.9	8.8	15.2	77.4		
Barbados	470.2	5.672	1.788	1.788	522.4	5.718	263	2.420	2587	3.413	27.0	8.7	8.0	75.7	64.0		
Belice	332.2	5.521	2.052	2.052	483.8	5.685	162	2.210	800*	2.903	38.5	4.6	2.6	21.2	6.8		
Bolivia	1515.7	6.181	0.271	0.271	2259.9	6.354	5600	3.748	569	2.755	138.2	1.8	4.7	3.2	22.1		
Brasil	5830.3	6.766	0.049	0.049	6095.8	6.785	118614	5.074	1652	3.218	82.4	3.8	8.7	14.4	75.7		
Chile	1068.5	6.029	0.096	0.096	1563.2	6.194	11104	4.045	1628	3.212	46.3	3.6	5.2	13.0	27.0		
Colombia	1770.0	6.248	0.065	0.065	2715.4	6.434	27093	4.433	922	2.965	59.4	1.7	5.1	2.9	26.0		
Costa Rica	1172.8	6.069	0.522	0.522	1590.0	6.201	2245	3.351	1538	3.187	29.3	3.5	6.6	12.3	43.6		
Cuba	1113.6	6.047	0.113	0.113	1452.3	6.162	9833	3.993	ND	ND	22.5	4.0	14.8	16.0	219.0		
Rep. Dom.	1121.1	6.050	0.206	0.206	1803.7	6.256	5431	3.735	1034	3.015	73.1	2.8	5.4	7.8	29.2		
Ecuador	1478.4	6.170	0.177	0.177	2072.9	6.317	8354	3.922	1040	3.017	86.0	2.1	4.7	4.4	22.1		
El Salvador	1076.6	6.032	0.227	0.227	1609.2	6.207	4748	3.677	688	2.838	84.8	1.8	2.9	3.2	8.4		
Guatemala	1545.3	6.189	0.213	0.213	2871.4	6.458	7262	3.861	1205	3.081	79.0	2.0	1.2	4.0	1.4		
Guyana	757.2	5.879	0.852	0.852	943.5	5.975	883	2.946	786	2.895	47.9	4.5	1.0	20.3	1.0		
Haití	2025.0	6.306	0.404	0.404	2835.1	6.453	5009	3.700	274	2.438	120.9	0.8	1.2	0.6	1.4		
Honduras	1188.3	6.075	0.322	0.322	1815.2	6.259	3691	3.567	634	2.802	95.4	1.3	3.2	1.7	10.2		
Jamaica	1235.5	6.092	0.569	0.569	1733.4	6.239	2172	3.337	1447	3.160	30.1	3.8	3.5	14.4	12.3		
Mexico	2108.1	6.324	0.029	0.029	3132.7	6.496	71911	4.857	1869	3.272	59.8	1.2	8.0	1.4	64.0		
Nicaragua	902.2	5.955	0.330	0.330	1407.3	6.148	2732	3.436	916	2.962	96.5	2.2	3.6	4.8	13.0		
Panama	932.5	5.970	0.508	0.508	1403.5	6.147	1837	3.264	1958	3.292	36.2	3.9	8.5	15.2	72.3		
Paraguay	908.4	5.958	0.287	0.287	1595.3	6.203	3168	3.501	1146	3.059	48.6	1.5	5.7	2.3	32.5		
Perú	1532.1	6.185	0.086	0.086	3059.0	6.486	17780	4.250	1271	3.104	93.5	2.0	6.8	4.0	46.2		
Suriname	521.4	5.717	1.344	1.344	754.3	5.878	388	2.589	2000*	3.301	39.2	5.4	5.9	29.2	34.8		
Trinidad	889.4	5.949	0.761	0.761	1443.8	6.160	1168	3.067	2766	3.442	34.6	3.3	6.9	10.9	47.6		
Uruguay	750.7	5.875	0.347	0.347	1010.4	6.004	2164	3.335	2183	3.339	41.7	5.7	18.8	32.5	353.4		
Venezuela	1497.0	6.175	0.108	0.108	2780.5	6.444	13913	4.143	2658	3.425	44.8	3.4	11.4	11.6	130.0		

*Calculado con base en datos para años anteriores. ND: no disponible.

CUADRO 2

PRUEBAS DE INDEPENDENCIA DEL PRESUPUESTO PER CAPITA
Y LAS MEDIDAS DE COBERTURA SANITARIA O DEL ESTADO DE SALUD
(1980-1981)

Presupuesto per cápita:	<u>Menos de EUA\$0.30</u>	<u>Más de EUA\$0.30</u>	<u>Total</u>
<u>Médicos por cada 10,000 habitantes:</u>			
Menos de 5.5: observado	7	6	13
previsto	6.741	6.259	
Más de 5.5: observado	7	7	14
previsto	7.259	6.741	
Total	14	13	27

$X^2 = 0.113$ no es muy diferente de cero desde el punto de vista estadístico; el presupuesto per cápita es independiente del número de médicos per cápita.

Camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes:

Menos de 3.45: observado	10	4	14
previsto	7.259	6.741	
Más de 3.45: observado	4	9	13
previsto	6.741	6.259	
Total	14	13	

$X^2 = 4.464$ es muy diferente de cero a un nivel de confianza del 95%; el presupuesto per cápita está (positivamente) relacionado con el número de camas por cada mil habitantes.

Mortalidad infantil por cada 1,000 nacimientos

Menos de 58: observado	5	10	15
previsto	7.778	7.222	
Más de 58: observado	9	3	12
previsto	6.222	5.778	
Total	14	13	27

$X^2 = 12.842$, es muy diferente de cero a un nivel de confianza del 95%; el presupuesto per cápita está (negativamente) relacionado con la mortalidad infantil (los presupuestos son más altos cuando la mortalidad infantil es baja).

Nota: el reducido número de observaciones no permite usar más de cuatro casillas en los cuadros, de manera que es imposible efectuar pruebas de relaciones que no sean monotónicas (cada casilla debería contener cinco observaciones o más para poder someter la distribución estadística a la prueba del chi-cuadrado).

CUADRO 3

MEDIAS Y VARIANZAS DE LAS VARIABLES Y CORRELACIONES ENTRE VARIABLES

Variable:	<u>LBUD84</u>	<u>LBUD80</u>	<u>LOGN</u>	<u>LOGY</u>	<u>MORT</u>	<u>BEDS</u>	<u>DOCS</u>	<u>BEDSQ</u>	<u>DOCSQ</u>
Media	6.2117	6.0497	3.6025	3.1213	60.330	3.2852	7.0333	13.756	79.789
Desviación típica	0.2504	0.2405	0.7031	0.2665	30.211	1.7208	5.5065	15.063	144.48
Varianza	0.0627	0.0578	0.4944	0.0710	912.69	2.9613	30.321	226.88	20873
Correlación de la variable en la columna con la variable indicada en la fila									
LBUD80	0.9569								
LOGN	0.9203	0.9124							
LOGY	NA	-0.2422	-0.1641						
MORT	0.5531	0.4954	0.3910	-0.7367					
BEDS	-0.6080	-0.4980	-0.4796	0.5530	-0.6506				
DOCS	0.0517	-0.0785	0.2431	0.5282	-0.3697	0.4546			
BEDSQ	-0.5849	-0.4784	-0.4674	0.4494	-0.5285	0.9532	0.3774		
DOCSQ	0.0697	0.0847	0.2322	0.3294	-0.2583	0.4024	0.9477	0.3334	

Nota: todas las estadísticas que comprenden la variable LOGY se han calculado excluyendo a Cuba e incluyendo a los otros 26 países

CUADRO 4

RESULTADOS DEL ANALISIS DE REGRESION EN EL QUE SE EMPLEA EL PRESUPUESTO DE LA OPS PARA LOS PAISES COMO LA VARIABLE DEPENDIENTE

Número de regresión	Regresión CONST	Coefficiente LOGN	LOGY	MORT	BEDS	DOCS	BEDSQ	DOCSQ	LOGSQ	Estadísticas totales F	Inclusión de servicios médicos: Estadísticas F-Marginales
I. Resultados para todos los 27 países, excluyéndose LOGY como variable explicativa											
1	4.9253	0.3121	(población importante)							0.8325	124.2*
	0.1028	0.0280									
	47.918	11.146*									
2	4.9880	0.2756	(población importante pero no cuadrática)						0.0051	0.8327	59.708*
	0.3976	0.2253							0.0313		
	12.545	1.2233							0.1634		
3	4.9256	0.2902	0.0013 (población y mortalidad importantes)							0.8552	70.847*
	0.0975	0.0289	0.0007								
	50.496	10.052*	1.9388**								
4	4.8562	0.3404	0.0173	-0.0130	-0.0009	0.0002				0.8572	25.215*
	0.1859	0.0402	0.0439	0.0124	0.0045	0.0004				(La adición de servicios médicos no es significativa)	
	26.117	8.4663*	0.3947	1.0501	0.1914	0.4007					
5	4.7150	0.3257	0.0015	0.0507	-0.0035	-0.0001				0.8711	22.528*
	0.2050	0.0404	0.0010	0.0484	0.0130	0.0047				(La adición de servicios médicos no es significativa; tampoco la variable de mortalidad)	
	23.000	8.0645*	1.4683	1.0477	0.4494	0.7422					
II. Resultados para 26 países, excepto Cuba, incluyéndose LOGY como variable explicativa											
6	5.2055	0.3106	-0.0865	(población importante; ingreso, no)						0.8515	65.953*
	0.2700	0.0280	0.0749								
	19.280	11.082*	1.1552								
7	4.9158	0.2952	0.0013	0.0011 (población importante; ingreso y mortalidad, no)						0.8585	44.486*
	0.3876	0.0032	0.1128	0.0011							
	12.683	9.3196*	0.0117	1.0401							
8	4.5901	0.3269	0.0417	0.0016	0.0486	-0.0075	-0.0034	-0.0000		0.8735	17.748*
	0.5457	0.0422	0.1702	0.0013	0.0512	0.0195	0.0050	0.0006		(La adición de servicios médicos no es significativa)	
	8.4113	7.7398*	0.2452	1.2369	0.9490	0.3871	0.6836	0.0010			

*Significativo a un nivel de confianza del 95%; **a un nivel de confianza del 90%

CUADRO 4 (continuación)

Número de regresión	Regresión CONST	Coefficiente LOGN	LOGY	MORT	BEDS	DOCS	BEDSQ	DOCSQ	LOGSQ	Estadísticas totales R ²	Inclusión de servicios médicos: Estadísticas F-Marginales
III. Resultados para todos los 27 países, excluyéndose LOGY como variable explicativa (presupuesto provisional para 1984-1985)											
9	5.0311	0.3277								0.8469	138.3*
	0.1023	0.0279									
	49.188	11.760*									
10	5.0315	0.2959	0.0019							0.8910	98.074*
	0.0881	0.0261	0.0006								
	57.117	11.349*	3.1152*								
11	5.1997	0.3131								0.8898	33.897*
	0.1701	0.0368									2.433
	30.573	8.5149									(La adición de servicios médicos no es significativa)
12	5.0591	0.2985	0.0015							0.9025	30.840*
	0.1856	0.0366	0.0009								0.708
	27.253	8.1623*	1.6138								(La adición de servicios médicos no es significativa; tampoco la variable de mortalidad)

IV. Comparaciones de coeficientes de población y mortalidad entre las ecuaciones 3 y 10

Estadística-t del coeficiente de LOGN: 0.1464, diferencia sin importancia estadística

Estadística-t del coeficiente de MORT: 0.6399, diferencia sin importancia estadística (sin embargo, el puntaje estimado es 45% más alto en 1984-1985).

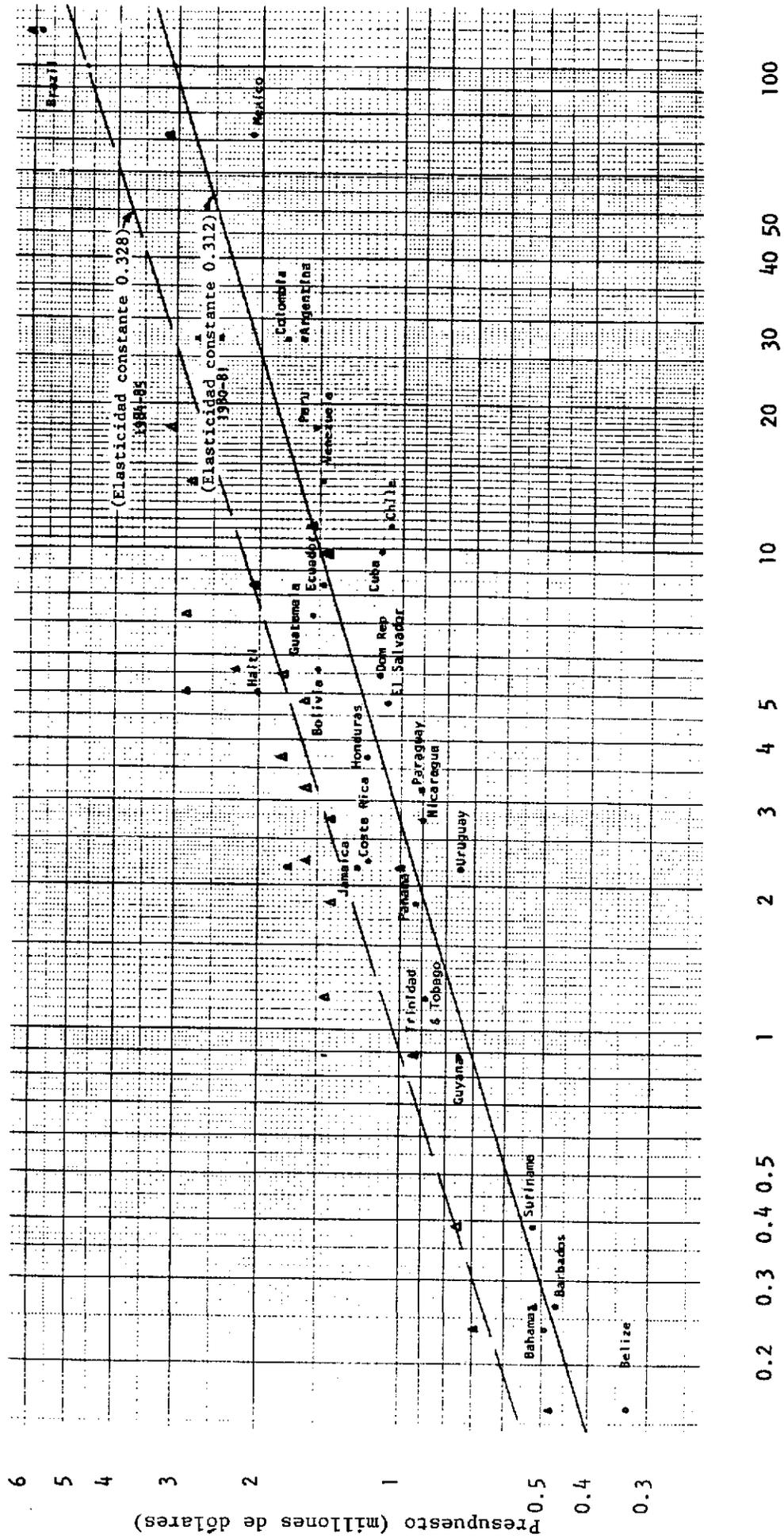
CUADRO 5

PRESUPUESTO REAL FRENTE A PRESUPUESTO ESTIMADO EN
 FUNCION DE LA POBLACION Y LA MORTALIDAD INFANTIL
 1980-1981 Y 1984-1985
 (MILES DE DOLARES)

Pais	Real: 1980-1981	Estimado*	Propuesto: 1984-1985	Estimado*
Argentina	1 635.5	1 961.7	2 462.3	2 789.0
Bahamas	494.3	465.6	686.6	625.9
Barbados	470.2	481.3	522.4	648.3
Belice	332.2	432.9	513.8	590.5
Bolivia	1 515.7	1 631.9	2 374.0	2 600.3
Brazil	5 830.3	3 348.3	6 096.8	5 033.7
Chile	1 068.5	1 510.6	1 580.8	2 134.4
Colombia	1 770.0	2 036.2	2 716.4	2 942.1
Costa Rica	1 172.8	902.8	1 590.4	1 235.1
Cuba	1 113.6	1 358.4	1 513.2	1 856.3
Ecuador	1 478.4	1 567.4	2 113.5	2 332.1
El Salvador	1 076.6	1 325.9	1 609.6	1 962.7
Guatemala	1 545.3	1 473.5	2 673.6	2 170.2
Guyana	757.2	728.2	993.9	1 016.1
Haití	2 025.0	1 500.4	2 835.5	2 333.4
Honduras	1 188.3	1 271.7	1 815.6	1 907.9
Jamaica	1 235.5	896.5	1 733.8	1 227.3
México	2 108.1	2 706.4	3 137.0	3 934.1
Nicaragua	902.2	1 169.0	1 437.1	1 753.7
Panamá	932.5	869.6	1 252.5	1 199.4
Paraguay	908.4	1 057.4	1 595.7	1 487.4
Perú	1 532.1	1 995.9	3 060.6	3 012.9
República Dominicana	1 121.1	1 330.7	1 854.1	1 941.0
Suriname	521.4	558.9	754.7	767.0
Trinidad	889.4	758.7	1 444.2	1 041.7
Uruguay	750.7	927.0	1 010.8	1 289.4
Venezuela	1 497.0	1 605.6	3 088.0	2 266.7

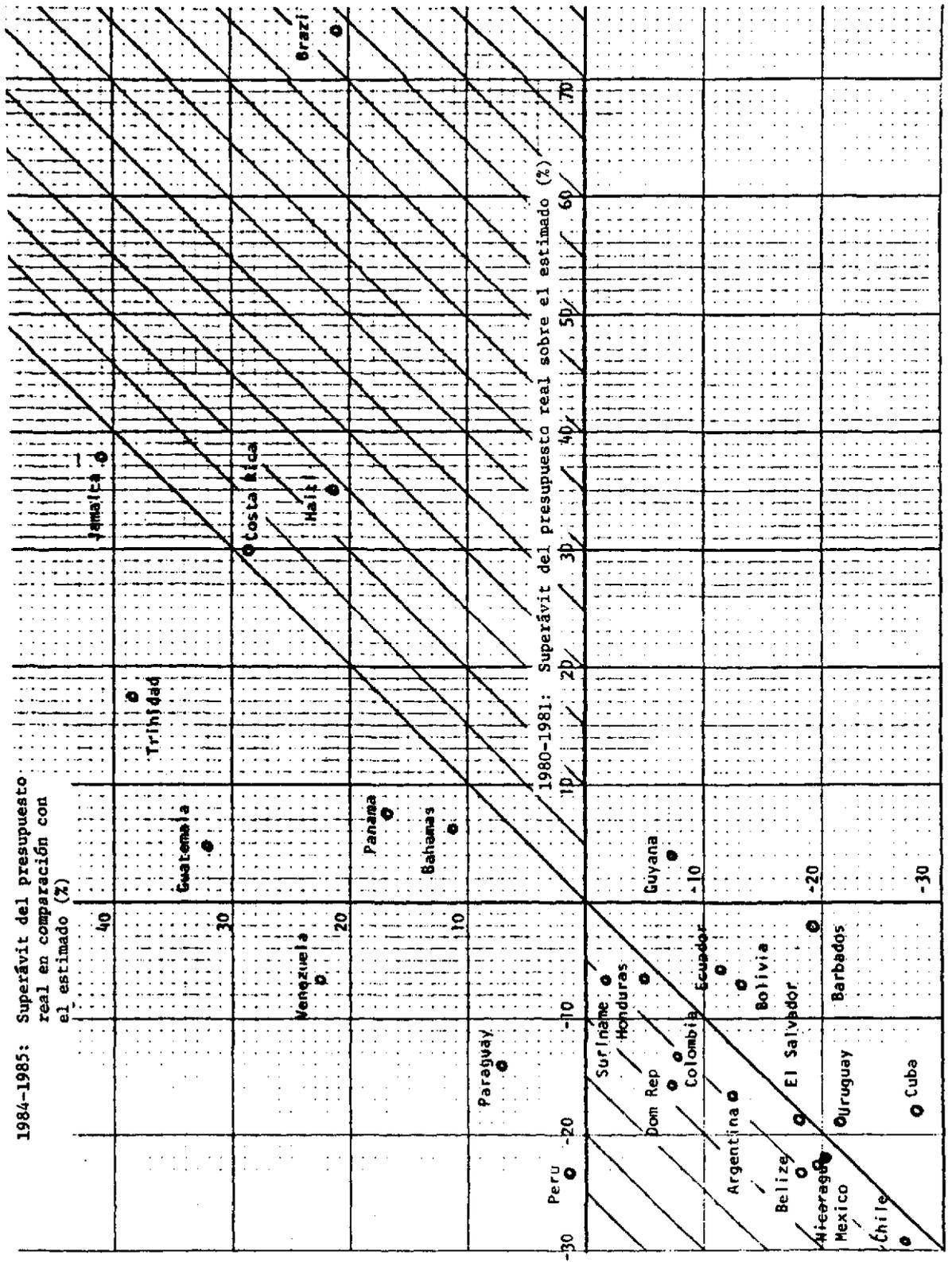
* El presupuesto estimado en función de la población y la mortalidad se basa en la Ecuación 3 del Cuadro 4 para 1980-1981 y en la Ecuación 10 para 1984-1985. Puesto que la suma de los logaritmos no es igual al logaritmo de la suma, hay que hacer un pequeño ajuste en cada período para mantener el presupuesto total estimado equivalente al presupuesto total real. Ese ajuste significa que hay que multiplicar las sumas estimadas por 1.045 en 1980-1981 y por 1.031 en 1984-1985. Las sumas para 1984-1985 se basaron en cifras un poco diferentes citadas en una versión preliminar del proyecto de presupuesto para 1984-1985.

FIGURA 1: PRESUPUESTO DE LOS PAISES FRENTE A LA POBLACION, 1980-1981 Y 1984-1985 (LAS LINEAS CONTINUAS MUESTRAN LAS MEJORES RELACIONES EN LOS DOS PERIODOS)



Población (millones), 1980

FIGURA 2: SUPERAVIT DEL PRESUPUESTO REAL EN COMPARACION CON EL PRESUPUESTO ESTIMADO, EXPRESADO EN PORCENTAJE, COMO FUNCION DE LA POBLACION Y LA MORTALIDAD INFANTIL, 1980-1981, 1984-1985



CE90/17 (Esp.)

ANEXO IV

CE90/17 (Esp.)
ANEXO IV

**ANALISIS DE LOS CRITERIOS PARA ASIGNACION DE RECURSOS
EN TRES ORGANISMOS DE LAS NACIONES UNIDAS Y EN EL BANCO MUNDIAL/AIF**

**PREPARADO PARA LA
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**

10 de febrero de 1983

INDICE

	<u>Página</u>
Antecedentes	1
Introducción	3
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).	5
Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP)	19
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).	26
Asociación Internacional de Fomento (BM/AIF)	30
Bibliografía	33

Antecedentes

Durante la 74a Reunión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) celebrada en julio de 1975, el Comité Ejecutivo aprobó la Resolución XXXIX en la que se autoriza al Director para "...nombrar un comité con el fin de recomendar indicadores que le ayuden a establecer asignaciones provisionales de partidas presupuestarias para cada país... de manera proporcional a la asistencia técnica solicitada para los proyectos".¹ El resultado fue la formación de un Grupo de Trabajo que se dedicó a analizar la historia y las políticas de la OPS en materia de asignación de recursos a los países miembros y a examinar los criterios correspondientes empleados en un organismo hermano: el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El informe y las recomendaciones subsiguientes se presentaron a la 76a Reunión del Comité Ejecutivo en junio de 1976 bajo el título de "Informe Interino del Grupo de Trabajo" (Documento CE76/7). Aunque inconcluso, por no contener recomendaciones que permitieran establecer criterios para la asignación de recursos, el informe sirvió para evaluar varios criterios para consideración por parte del Comité Ejecutivo y para analizar la forma como podría modificarse el sistema de PNUD y adaptarse a las necesidades de la OPS. Se analizaron también los criterios empleados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este informe se examinan los criterios empleados para asignación de recursos en tres organismos de las Naciones Unidas, a saber, PNUD, FNUAP y UNICEF, y en el Banco Mundial/AIF. En cierto modo, este informe constituye una actualización del informe del grupo de trabajo y comprende un análisis de los criterios empleados en esos tres organismos, los problemas del uso de criterios objetivos y subjetivos para asignación de recursos y las modificaciones necesarias para adaptar los criterios a la realidad política y económica en que trabajan esos organismos.

El informe se basa en entrevistas sostenidas con funcionarios de las Naciones Unidas en Nueva York en enero de 1983 (y en documentos de ese organismo). La Sra. Vera Kalm, Directora de la Oficina de Enlace de la OMS en las Naciones Unidas, prestó su valiosa asistencia para hacer los arreglos necesarios para las entrevistas. Las siguientes personas ayudaron a preparar el presente informe y suministraron material informativo:

¹ "Formulación del Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud", CD24/8, 2 de agosto de 1976

PNUD:

V. Vaidyanathan, Director
Oficina de Planificación y Coordinación
Bjron Carlsson, Oficial de Planificación y Coordinación
Oficina de Planificación y Coordinación

Albert G. Mossawir, Director de Recursos
Oficina del Administrador

PNUAP:

Jurgen Sacklowski, Jefe
División Técnica y de Planificación

UNICEF:

Assadi-Baki, Director
División de Servicios sobre el Terreno

Habib Hammam, Ayudante del Director
Programa de Servicios sobre el Terreno

Jack Glattbach
Oficina de Informes

Leo Goldstone, Asesor Principal, Estadística

BANCO MUNDIAL/AIF:

Alex Shakow
Departamento de Política para los Países

Introducción

El establecimiento de un sistema equitativo para asignación de recursos a los países receptores es objeto de estudio y debate continuos dentro del sistema de las Naciones Unidas. La equidad es un concepto que no se presta a disputas aunque la definición del mismo está sujeta a distintas interpretaciones. Las Naciones Unidas tienen su propia definición de equidad en la distribución de recursos a los países receptores, basada en el concepto de que los países menos desarrollados merecen una mayor proporción de los recursos disponibles. Este concepto, de hecho, ha tenido una influencia casi transcendental en los criterios empleados por los distintos organismos de las Naciones Unidas en la asignación de recursos.

El trabajo realizado actualmente por los organismos de las Naciones Unidas sobre un sistema equitativo de asignación de recursos constituye una respuesta a la crisis económica internacional y al efecto de esta en las contribuciones hechas por los países miembros, que son inferiores a las sumas establecidas para mantener el ímpetu y el desarrollo del programa. La naturaleza urgente de los problemas que azotan a los países más pobres, junto con esa grave tendencia al déficit de contribuciones ha dado mayor importancia al establecimiento de criterios de asignación de recursos que sean lo más equitativos posible para poder afrontar esos problemas.

En este informe se resume el estado actual de los sistemas de asignación de recursos en los tres organismos precitados de las Naciones Unidas y en el Banco Mundial/AIF y, en lo posible, se debaten los problemas afrontados en la aplicación práctica de los criterios, la relación entre criterios que se pueden medir objetivamente y otros que exigen un juicio subjetivo por parte del organismo, y el grado de utilización de los criterios de asignación de recursos en la distribución final de estos.

El PNUD, UNICEF y FNUAP han luchado por eliminar los antiguos criterios empleados por la mayoría de los organismos del sistema de las Naciones Unidas, que se basan en el PNB per cápita y en el tamaño de la población. La experiencia indica que hay muchos otros factores que influyen en el éxito o el fracaso del desarrollo económico y social, y que esa experiencia se debe incorporar de algún modo en un sistema de asignación de recursos que sea verdaderamente equitativo. Sin embargo, la introducción de criterios subjetivos sigue siendo un asunto provisional para los organismos de las Naciones Unidas incluidos en este informe. En reuniones de los respectivos Consejos de Administración de esos organismos se ha debatido la necesidad de establecer una gama más amplia de criterios pero no se ha logrado el consenso necesario para introducir más elementos de juicio en el proceso de asignación de recursos. Por ello, el estado de la "capacidad de absorción" del país receptor o de su "integridad institucional" quedará, por el momento, fuera del proceso de adopción de decisiones que influye en la asignación de recursos. Eso no

quiere decir que los funcionarios de las Naciones Unidas responsables por la asignación de recursos no emitan juicios subjetivos; sin embargo, no hay ningún registro oficial de los mismos ni de la influencia que podrían tener en la asignación de recursos.

El ejemplo más sobresaliente de la renuencia de los organismos de las Naciones Unidas a dar a los criterios subjetivos una función importante en la asignación de recursos es el del PNUD. En el "Informe Interino" presentado al Comité Ejecutivo de la OPS en junio de 1976, el Grupo de Trabajo señaló que la mayor parte de la fórmula (92.5) del PNUD se basa en dos factores, a saber, población y PNB per cápita. Una pequeña parte se basa en ciertos criterios sociales suplementarios. Hoy, siete años más tarde, el PNUD sigue basando el 90% de las decisiones relativas a la asignación de recursos en Criterios Básicos (PNB per cápita y población) y 10% en Criterios Suplementarios.

En el campo de los criterios subjetivos hay una gran sensibilidad política y es dudoso que las Naciones Unidas lleguen alguna vez al punto en que los criterios suplementarios logren una cierta paridad con el PNB per cápita y el tamaño de la población. Hay también algunas consideraciones muy prácticas que limitan la utilidad de los criterios de asignación de recursos; UNICEF, por ejemplo, considera prioritaria su capacidad de responder a situaciones de emergencia. El establecimiento de normas para la asignación de recursos es un asunto importante para UNICEF pero la necesidad continua de prestar asistencia de emergencia es un punto en contra del establecimiento de criterios fundamentales. El FNUAP tiene un problema distinto que se origina en la naturaleza sensible y a veces controvertida de las actividades de planificación de la familia. En ese caso, los criterios de asignación de recursos se deben equilibrar teniendo en cuenta los problemas y las oportunidades existentes en un país en particular. Los países receptores tienen una función importante al fijar los términos para el establecimiento de programas del FNUAP ya que es posible que en algunos casos los criterios de asignación no sean pertinentes. Además de la forma en que cada misión particular de un organismo se presta a un mayor o menor grado de objetividad en materia de asignación de recursos, la política aceptada dentro de las Naciones Unidas de que los países más pobres deberían recibir la mayor proporción de los recursos disponibles se considera un criterio obligatorio.

Estas son algunas de las restricciones con las que deben trabajar los organismos de las Naciones Unidas en su empeño por establecer criterios de asignación de recursos que sean equitativos para todos los países receptores y que, al mismo tiempo, se adapten a los mandatos de la Asamblea General.

Sin embargo, los Consejos de Administración de los organismos de las Naciones Unidas han aprobado, como asunto de política, el uso de criterios subjetivos que abarcan desde "la magnitud de un programa de desarrollo de un país y su obligación para con la justicia social" (PNUD)

hasta "las tasas reales y proyectadas de ejecución (de programas)" (FNUAP). Aunque esos criterios tienen importancia diferente para cada organismo, su efecto en las asignaciones de recursos puede ser contrarrestado por restricciones como el nivel previo de financiamiento (como en el caso del PNUD).

De momento, la población y el PNB per cápita de un país seguirán constituyendo la base de la mayoría de las decisiones tomadas dentro del sistema de las Naciones Unidas en materia de asignación de recursos.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)

Desde que se introdujo en 1972 el concepto del ciclo de planificación quinquenal, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ha invertido muchos recursos humanos y financieros en su búsqueda por un método equitativo de asignación de recursos a los países receptores. Puesto que, en términos comparativos, las asignaciones de fondos se hacen en gran escala, el PNUD ha creado una fórmula matemática bastante compleja para basar sus decisiones sobre asignación de recursos. El PNUD entra ahora en su Tercer Ciclo de Planificación Quinquenal que abarcará el período 1982-1986 y en el que empleará el conjunto más refinado de criterios de asignaciones. Sin embargo, el trabajo correspondiente se inició en 1978 durante el Ciclo de Planificación anterior, y la base para el sistema de asignación recomendado para el Tercer Ciclo de Planificación se explica en el documento DP/377 (Parte 1) de fecha 3 de abril de 1979.

El objetivo consistía en crear un método que unificara en una fórmula los Criterios Básicos y Suplementarios y varias limitaciones, por una parte, y por otra, que suministrara el sistema más justo y equitativo para asignación de recursos.

Establecimiento de criterios de asignación de recursos

Los criterios de asignación de recursos en el PNUD han llegado al actual punto de refinamiento en respuesta a las directrices de la Asamblea General de la ONU y de su propio Consejo de Administración. Los Criterios Básicos del PNUD, establecidos para el Primer Ciclo de Planificación (1972-1976) se basaron en el tamaño de la población y el PNB per cápita de los países. Aunque algunos países dudan de la precisión de esos datos, el PNUD cree que el PNB es la única norma integral, objetivamente determinada y de aceptación universal para medir la situación económica relativa de los países.

No obstante, se han establecido Criterios Suplementarios para responder a las objeciones sobre el uso solo de Criterios Básicos en la asignación de recursos y para reconocer los problemas especiales de ciertos países receptores. Durante la preparación para el Segundo Ciclo

de Planificación, el Consejo de Administración del PNUD analizó sus criterios para asignación de recursos. Notó que el tamaño de la población y el nivel del PNB per cápita proporcionaban una medida muy útil pero inadecuada de las necesidades de asistencia técnica de un país en desarrollo, que se atenderían mediante cooperación técnica.¹ El Consejo introdujo primero un conjunto específico de Criterios Suplementarios durante su 16a sesión. Además, la Asamblea General en su 33a sesión reconoció que las tendencias en la economía mundial durante el Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo que han afectado adversamente la situación de los países en desarrollo han agudizado la grave situación que afrontan los países menos adelantados de los países en desarrollo y que se deben tomar medidas especiales energéticas y eficaces para garantizar su desarrollo.²

Como resultado, el PNUD ha pasado de un sistema en el que se asignaban todos sus recursos de manera más o menos igual a los países receptores que tenían un PNB per cápita inferior o superior a EUA\$500 durante el Primer Ciclo de Planificación (1972-1976) a uno en que, por asuntos de política, los países menos adelantados (que tienen generalmente un PNB per cápita muy inferior a \$500 y características mensurables de falta de desarrollo y así designados por la Asamblea General; ésta ha designado, para varios fines, a algunos países "como si fueran" países menos adelantados) recibieron cerca del 66% del total de asignaciones de recursos durante el Segundo Ciclo (1977-1981) del PNUD.

Además de cambiar en forma radical las asignaciones de recursos a los países con un PNB per cápita inferior a \$500, incluyéndose los países menos adelantados, se establecieron Criterios Suplementarios para el Segundo Ciclo de Planificación. Parte del ímpetu conducente a esa decisión constituyó una respuesta a las inquietudes expresadas por la Asamblea General en la resolución 3202 aprobada en su Sexta Sesión Especial, en la que instó a la comunidad internacional a dedicar particular atención a los países menos adelantados constituidos por islas o sin salida al mar.

Equilibrio de intereses

Los criterios de asignación de recursos aprobados para el Tercer Ciclo de Planificación (1982-1986)³ representan un esfuerzo por equilibrar intereses en competencia ante la presión para aumentar el PNB per cápita inferior a \$500 y las asignaciones a los países menos adelantados, a fin de prestar especial atención a los que tienen problemas específicos y de seguir proporcionando un monto razonable de asignaciones a los países que tienen un PNB per cápita superior a \$500.

¹ Análisis de medio término del Segundo Ciclo de Planificación, DP/337, 3 de abril de 1979, pág. 1

² Resolución 33/193 de la Asamblea General

³ Decisión 80/30, 27a Sesión del Consejo de Administración del PNUD, Doc. E, 26 de junio de 1980

Con el fin de mantener la actividad del Segundo Ciclo y de establecer la base para planificación del programa en el quinquenio del Tercer Ciclo, se fijó una meta de desarrollo mínima del 14%.¹ Por ende, la planificación para el Tercer Ciclo se basó en un total de recursos estimado en EUA\$5,000 millones. Con base en las actuales tasas de contribución, no obstante, las contribuciones reales se calculan en unos \$2,600 millones. Aunque las asignaciones hechas a cada país se determinarían mediante Criterios Básicos y Suplementarios, más algunas restricciones, las asignaciones finales que se hagan a cada país tendrían que modificarse según un porcentaje uniforme, en razón del déficit de contribuciones en relación con la tasa anual de desarrollo del 14%.

Más adelante se explicará la fórmula de asignación empleada en la actualidad. A continuación se examinan varios criterios y restricciones que se han dividido en factores en el proceso de asignación de recursos y constituyen la base de financiamiento durante el Tercer Ciclo de Planificación iniciado en 1982.

Criterios para asignación de recursos

El proceso de asignación comenzó con un monto de recursos disponibles en el quinquenio del Tercer Ciclo calculado en EUA\$5,000 millones. Ese cálculo se llama "cifra indicativa de planificación" (CIP).

Es preciso adoptar aquí dos decisiones respecto a la asignación de recursos (véase lo expresado a continuación); la primera se refiere a la división correspondiente a los programas de países y a los programas interpaíses y la segunda a la proporción de la CIP del país a la que se deben aplicar los Criterios Básicos y Suplementarios, respectivamente. A continuación se enumeran los factores empleados en las asignaciones de recursos con base en la decisión de Consejo de Administración.²

1. Asignación macroeconómica de recursos según las clases de programas:

- a) 81% de los recursos se asignarán a los programas de países que empleen la CIP.
- b) 18% de los recursos se asignarán a programas mundiales, interregionales y regionales que empleen la CIP.

¹ DP/377, 3 de abril de 1979 "...Preparation for the Third Cycle...", pág. 5 y DP/496, 8 de mayo de 1980, "Program Planning", Cuadros 2 y 5

² Op. cit. pág. 5

2. Asignaciones de recursos a países de acuerdo con la CIP

- a) El 80% de los recursos se asignarán al grupo de países que tenga un PNB per cápita de \$500 o menos.
- b) El 18% de los recursos se asignarán a países que tengan un PNB per cápita de \$500 o más. De hecho, en una población determinada, entre más reducido sea el PNB per cápita de un país mayor será la asignación de recursos (es decir, mayor será su CIP).
- c) El 3% de los recursos se dejarán sin asignar y se emplearán para futuros participantes.
- d) Una vez hecha la asignación para programas, el Consejo de Administración decidió¹ aplicar Criterios Básicos al 90% y Criterios Suplementarios al 10% de la CIP del país. En otras palabras, los Criterios Básicos predominaron en las decisiones sobre asignación de recursos.

3. Criterios básicos para asignación de recursos

- a) PNB per cápita.
- b) Tamaño de la población de cada país; las cifras de 1978 se tomaron como norma y se obtuvieron del Atlas del Banco Mundial de 1979 según la decisión 80/30 del Consejo de Administración.

4. Criterios objetivos suplementarios para asignación de recursos

Los Criterios Suplementarios aplicables al 10% de la CIP agregada de un país comprenden cinco puntos más o menos mensurables y que, por ende, tienen un carácter objetivo (véase a)-e) a continuación) y dos que por su naturaleza exigen un cierto elemento de juicio y, en consecuencia, son quizá subjetivos (véase f) y g) a continuación).

- a) Las necesidades especiales de los países menos adelantados y de los países de vanguardia que no se benefician de otros Criterios Suplementarios.
- b) Los países que se acaban de independizar (además de los fondos regulares del programa reciben una bonificación de independencia de \$0.5 millones).
- c) Los países sin salida al mar.
- d) Los países que afrontan problemas ecológicos agudos.
- e) Los países insulares en desarrollo.

¹ Op. cit., pág. 2

- f) La magnitud del programa de desarrollo de un país y su obligación de fomentar la justicia social.
- g) La deuda acumulativa, la balanza de pagos y la relación de intercambio de un país.

El Administrador señaló que la aplicación práctica de estos últimos criterios (f y g) a países determinados presenta delicados problemas técnicos y políticos y propuso que los resultados de ese cálculo para el Tercer Ciclo se mantuvieran confidenciales.¹

Restricciones de la asignación de recursos

El PNUD tuvo que adaptarse primero al efecto de un déficit en las contribuciones durante el Segundo Ciclo (1977-1981), cuando éstas fueron inferiores a la meta fijada para el quinquenio en un 3.5%. En el primero de los Ciclos de Planificación Quinquenal, las contribuciones excedieron la meta fijada en un 10%. El PNUD estableció un concepto de límite mínimo y máximo en respuesta a lo que podría llamarse la era del déficit. En la 20a sesión, el Consejo de Administración estableció las pautas siguientes en la decisión 80/30:2

- Los países con un PNB per cápita inferior a \$3,000 deberían recibir una cantidad que no sea inferior a la de los recursos asignados durante el ciclo anterior de planificación quinquenal. Con esto se establece un límite mínimo para las asignaciones.
- Los países con un PNB per cápita superior a \$3,000 deberían recibir una cantidad que no sea inferior al 80% de los recursos asignados durante el ciclo anterior de planificación quinquenal.
- Los países que tengan un PNB per cápita superior a \$1,500 deberían recibir una cantidad que no sea superior a la de los recursos asignados durante el ciclo anterior de planificación quinquenal. Con esto se establece un límite máximo para las asignaciones de recursos, aplicable a algunos países latinoamericanos.

Además de los criterios resumidos, la política de asignaciones mínimas y máximas sirve para restringir la forma como se asignan los recursos a los países receptores.

1" Program Planning for the Third Programming Cycle", pág. 13, DP/496, 8 de mayo de 1980

2 Op. cit., pág. 2

Fórmula para asignación de recursos

En el resumen anterior, la combinación de los Criterios Básicos y Suplementarios y de las asignaciones mínimas y máximas crean un conjunto de factores que determinan la asignación de recursos a cada país. El PNUD ensayó varias simulaciones exhaustivas para descubrir una fórmula, es decir, trató de encontrar una línea interrumpida en una gráfica que permitiera acomodar las asignaciones deseadas.

Por ende, al tener las siguientes limitaciones: 1) valores mínimos para ciertos países; 2) valores máximos para otros países; 3) asignación del 10% de los fondos para el programa del país según Criterios Suplementarios; 4) asignación del 90% de los fondos para el programa del país según Criterios Básicos, y 5) una función demográfica previamente establecida,¹ el objetivo consistía en encontrar una curva singular en la que se pudieran combinar la población, el PNB per cápita, los Criterios Suplementarios y los valores mínimos² y máximos.

El resultado fue una sola curva que expresa todas las restricciones y los resultados en un valor para la asignación de recursos a cada país así como para la asignación agregada para todos los países receptores de fondos del PNUD.

Resumen

Aunque el proceso de asignación de recursos es relativamente complejo de aplicar en el PNUD, una vez que se han adoptado las decisiones y se han aplicado los criterios y las limitaciones, el producto consiste en un conjunto de valores a los que se han aplicado ciertos criterios de manera uniforme y objetiva. El sistema, por ende, es muy equitativo desde el punto de vista de la definición del Consejo de Administración.

Dos cuadros ayudan a demostrar, aunque no completamente, la aplicación de este sistema de asignación de recursos. Los Cuadros 3 y 4 (adjuntos) muestran la asignación de recursos calculados según la CIP, a los países que tienen un PNB per cápita inferior y superior a \$500. Sin embargo, esos cuadros dificultan la evaluación porque los países no se enumeran según el nivel del PNB.

En la forma de la curva del PNB per cápita (Cuadro 2) se encuentra una buena aproximación de la asignación total según la CIP, comenzando con los países de bajos ingresos y terminando con los de ingresos elevados, es decir que a medida que aumenta el ingreso per cápita de los países sus asignaciones de recursos serán menores. En los Cuadros 5 y 6

¹ Esta función se describe en el Cuadro 1.B (véase el cuadro adjunto)

² Esta forma se explica en el Cuadro 2 (véase el cuadro adjunto)

se analizan brevemente las asignaciones de CIP a los países receptores, empleando la meta de desarrollo del 14% fijada para el Tercer Ciclo de Planificación, en términos de población y PNB. No se dispone de cuadros similares para indicar la influencia de los Criterios Suplementarios (10% de la CIP total de un país) en la asignación de recursos a los distintos países.

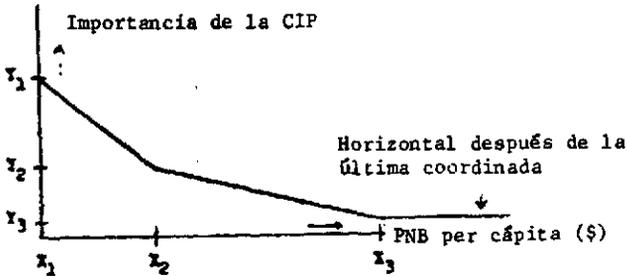
A pesar del extenso trabajo realizado para dividir en factores varias consideraciones distintas de los Criterios Básicos dentro del proceso de asignación de recursos, se ha descubierto que el PNB per cápita y el tamaño de la población siguen constituyendo la base fundamental para decidir qué proporción de recursos se debe asignar y, en lo que respecta a Criterios Básicos, el PNB per cápita es el aspecto más importante para determinar la proporción de fondos que debe recibir un país calculada según la CIP.

Cuadro 1

Descripción de las relaciones funcionales empleadas en este documento para calcular las CIP básicas.

(A, la relación de la importancia de la CIP y del PNB per cápita y B, la relación de la importancia de la CIP y la población).

A. Descripción de la función de la importancia de la CIP y del PNB per cápita empleados en este documento.



Función I, coordenadas (véase el cuadro 3, columna I)

$X_1 = 0$	$Y_1 = 9.31$
$X_2 = 250$	$Y_2 = 5.063$
$X_3 = 500$	$Y_3 = 2.595$
$X_4 = 839$	$Y_4 = 0.25$

Función II, coordenadas (véase el cuadro 3, columna II)

$X_1 = 0$	$Y_1 = 5.533$
$X_2 = 250$	$Y_2 = 2.712$
$X_3 = 500$	$Y_3 = 1.557$
$X_4 = 750$	$Y_4 = 1.162$
$X_5 = 1.500$	$Y_5 = 0.538$

Funciones III y IV, coordenadas (véase el cuadro 3, columnas III y IV)

$X_1 = 0$	$Y_1 = 3.156$
$X_2 = 250$	$Y_2 = 1.384$
$X_3 = 500$	$Y_3 = 0.944$
$X_4 = 750$	$Y_4 = 0.765$
$X_5 = 1.500$	$Y_5 = 0.463$

Función V, coordenadas (véase el cuadro 3, columna V)

$X_1 = 0$	$Y_1 = 3.18$
$X_2 = 250$	$Y_2 = 1.237$
$X_3 = 500$	$Y_3 = 0.944$
$X_4 = 750$	$Y_4 = 0.87$
$X_5 = 1.500$	$Y_5 = 0.75$

Funciones VI y X, coordenadas (véase el cuadro 3, columnas VI y X)

$X_1 = 0$	$Y_1 = 9.31$
$X_2 = 250$	$Y_2 = 5.063$
$X_3 = 500$	$Y_3 = 2.595$
$X_4 = 1.464$	$Y_4 = 0.25$

Función VII, coordenadas (véase el cuadro 3, columna VII)

$X_1 = 0$	$Y_1 = 9.31$
$X_2 = 250$	$Y_2 = 5.063$
$X_3 = 500$	$Y_3 = 2.595$
$X_4 = 1.393.9$	$Y_4 = 0.25$

Función VIII, coordenadas (véase el cuadro 3, columna VIII)

$X_1 = 0$	$Y_1 = 9.31$
$X_2 = 250$	$Y_2 = 5.063$
$X_3 = 500$	$Y_3 = 2.595$
$X_4 = 1.638$	$Y_4 = 0.25$

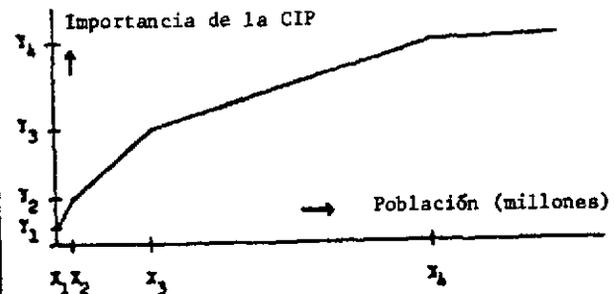
Función IX, coordenadas (véase el cuadro 3, columna IX)

$X_1 = 0$	$Y_1 = 9.31$
$X_2 = 250$	$Y_2 = 5.063$
$X_3 = 500$	$Y_3 = 2.595$
$X_4 = 1.533$	$Y_4 = 0.25$

Función XI, coordenadas (véase el cuadro 3, columna XI)

$X_1 = 0$	$Y_1 = 7.199$
$X_2 = 250$	$Y_2 = 4.371$
$X_3 = 500$	$Y_3 = 2.000$
$X_4 = 750$	$Y_4 = 0.811$
$X_5 = 1.500$	$Y_5 = 0.75$

B. Descripción de la función de la importancia de la CIP y de la población empleadas en este documento.



Función, coordenadas

$X_1 = 0$	$Y_1 = 0.050$
$X_2 = 1$	$Y_2 = 0.525$
$X_3 = 10$	$Y_3 = 1.425$
$X_4 = 100$	$Y_4 = 3.300$

Después de la X_4 , la importancia de la CIP aumenta en 0.0035 unidades por cada millón de personas.

En la Sección B de este cuadro, la función demográfica se expresa en relación con la asignación de recursos basada en la CIP.

Cuadro 3

PNUD: Cálculo de las CIPs de cada país para 1982-1986 solicitadas por la Reunión Especial del Consejo para los países que tenían un PNB per cápita inferior a EUA\$500 en 1978; aplicable igualmente a las solicitudes DP/L.334 (ambas posibilidades), DP/L.335 (iii) (ambas posibilidades) y DP/L.335 (viii)

	PNB per cápita	Población	CIPs 1977-1981	CIPs 1982-1986
	(dólares)	(millones)	(millones de dólares)	
Afganistán	240	14.6	38	71.5
Angola	300	6.7	10.95	41.5
Bangladesh	90	83.6	65.5	201
Benín	230	3.3	16.25	33.5
Bhután	100	1.3	12.25	36.5
Birmania	150	32.2	41.5	102
Burundi	140	4.3	28.75	48.5
Cabo Verde	160	0.32	4	11.25
República Centroafricana	250	1.9	11.75	25.5
Chad	140	4.3	19	52
China	460	914	15	142
Comoros	180	0.39	7.2	12
Yemen Democrático	420	1.7	14.5	17.25
Djibouti	450	0.32	0.905	5.25
Dominica	440	0.08	c/	2.3
Egipto	400	38.7	31.5	56
Etiopía	120	31.	42	112
Gambia	230	0.57	7	14.25
Ghana	390	11.	19	40
Guinea	210	5.1	21.75	44.5
Guinea-Bissau	200	0.76	6.12	19.5
Haití	260	4.8	18.75	38
Honduras	480	3.4	9.25	16
India	180	644	97	252
Indonesia	360	136	69.5	106
Kenya	320	15.2	27.5	52.0
República Democrática Popular de Laos	90	3.3	17.75	52.5
Lesotho	280	1.3	13.25	22.25
Liberia	460	1.7	10	13.5
Madagascar	250	8.3	23.75	49
Malawi	180	5.6	19.75	53
Islas Maldivas	150	0.14	2.5	7
Mali	120	6.3	24	65
Mauritania	270	1.5	9.75	22.5
Mozambique	140	9.9	19	74

Cuadro 4

DP/496
Del 8 de mayo de 1980

PRUD: Cálculos de las CIPs de cada país para 1982-1986 solicitadas por la Reunión Especial del Consejo para los países que tenían un PNB per cápita superior a EUS\$500 en 1978: los distintos cálculos son aplicables a las solicitudes DP/L.334 (ambas posibilidades), DP/L.335 (iii) (ambas posibilidades) y DP/L.335 (viii)

	PNB per capita ^a /	Población ^a /	CIPs 1977-1981 ^b	CIPs solicitadas para 1982-1986 por					IX
				DP/L.334	DP/L.335	DP/L.335	DP/L.335	DP/L.335	
	(dólares)	(millones)		(millones de dólares)					
				I	VI	VII	VIII	IX	
				posibilidades					(viii)
				posibilidades					(viii)
Albania	740	2.6	4.25	4.75	10.25	10	10.75	10.5	
Argelia	1,260	17.7	20	20.0	16	18	17	16	
Antigua	950	0.07	c/	1.1	1.1	1.1	1.2	1.1	
Argentina	1,910	26.4	20	20	16	16	14	16	
Bahamas	2,620	0.22	c/	2.4	1.9	1.9	1.7	1.9	
Bahrain	4,100	0.37	2.5	2.5	2	1.8	1.4	2	
Barbados	1,940	0.25	2.5	2.5	2	2	1.8	2	
Belice	840	0.13	1	1	1.4	1.4	1.5	1.5	
Bermuda	9,260	0.05	c/	0.7	0.55	0.5	0.4	0.55	
Bolivia	510	5.3	15.5	19.25	19.5	19.5	19.5	19.5	
Botswana	620	0.75	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	7.75	
Brasil	1,570	119.0	30	30	24	24	21	24	
Brunei	10,640	0.17	c/	0.2	0.15	0.15	0.1	0.15	
Bulgaria	3,200	8.9	7.5	7.5	6	5.25	4.25	6	
Chile	1,410	10.7	20	20	16	18	17	16	
Colombia	870	25.1	20	20	22	21.25	24	23	
Congo	540	1.5	7.5	10.25	11	11	11	11	
Costa Rica	1,540	2.1	5	5	4	4	3.5	4	
Cuba	810	9.7	13.5	13.5	20.5	20	21.75	21	
Chipre	2,110	0.65	5	5	4	4	3.5	4	
Checoslovaquia	4,720	15.1	2.5	2.5	2	1.8	1.4	2	
República Democrática Popular de Corea	730	17.1	8.85	17.75	24.75	24.25	26	25	
República Dominicana	910	5.1	7.5	7.5	12	11.5	13	12.5	
Ecuador	910	7.6	15	15	15	15	16	15.25	
El Salvador	600	4.4	9.25	12.25	15.25	15	15.5	15.25	

Cuadro 4 (cont.)

PNUD: Cálculos de las CIPs de cada país para 1982-1986 solicitadas por la Reunión Especial del Consejo para los países que tenían un PNB per cápita superior a EUA\$500 en 1978; los distintos cálculos son aplicables a las solicitudes DP/L.334 (ambas posibilidades), DP/L.335 (II) (ambas posibilidades) y DP/L.335 (VIII)

	PNB per cápita/	Población/	CIPs 1977-1981 ^b	CIPs solicitadas para 1982-1986 por				
				DP/L.334	DP/L.335 (VIII)	DP/L.335 (VIII)	DP/L.335 (VIII)	DP/L.335 (VIII)
	(dólares)	(millones)		I	VI	VII	VIII	IX
				(millones de dólares)				
				posibilidades	posibilidades	posibilidades	posibilidades	posibilidades
Fiji	1,440	0.60	5	4	4.5	4.25	4	4
Gabón	3,580	0.54	7.5	6	5.25	4.25	6	6
Grecia	3,270	9.3	7.5	6	5.25	4.25	6	6
Grenada	530	0.11	c/	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Guatemala	910	6.6	8	13	12.5	14.25	13.5	13.5
Guyana	550	0.84	7.75	8.5	8.5	8.75	8.5	8.5
Hong Kong	3,040	4.6	0.5	0.4	0.35	0.3	0.4	0.4
Hungría	3,450	10.7	3.5	2.75	2.5	1.9	2.75	2.75
Iraq	1,860	12.2	15	12	12	10.5	12	12
Costa de Marfil	840	7.8	15	16.5	16	17.75	17	17
Jamaica	1,110	2.1	7.5	6	6.75	7	6.25	6.25
Jordania	1,050	3.	15	12	13.5	12.75	12	12
Kiribati	690	0.06	1.14	1.3	1.2	1.3	1.3	1.3
Jamahiriyá Árabe Libia	6,910	2.7	5	4	3.5	2.75	4	4
Malasia	1,090	13.3	15	13.5	13.5	16	14.5	14.5
Malta	2,160	0.34	2.5	2	2	1.8	2	2
Mauricio	830	0.92	5.25	7	6.75	7.5	7.25	7.25
México	1,290	65.5	20	16	18	18.75	16	16
Mongolia	940	1.6	10	10	10	10	8	8
Marruecos	670	18.9	20	27	27	28	27.5	27.5
Namibia	1,080	0.95	7.75	6.25	7	6.5	6.25	6.25
Antillas Holandesas	3,150	0.25	1.9	1.5	1.3	1	1.5	1.5
Nuevas Hébridas	540	0.10	2	2	2	2	2	2
Nicaragua	840	2.5	5.323	9.5	9.25	10.25	9.75	9.75
Nigeria	560	81.	45.5	55	55	55.5	55.5	55.5
Guan	2,570	0.84	4	3.25	3.25	2.75	3.25	3.25
Panamá	1,290	1.8	7.5	6	6.75	6.5	6	6
Papua Nueva Guínea	560	2.9	8.75	13.5	13.5	13.75	13.75	13.75
Paraguay	850	2.9	7.5	9.75	9.25	10.25	10	10
Perú	740	16.8	15	25	24.5	26.5	25.5	25.5
Filipinas	510	45.6	30.5	46	46	46	46	46
Polonia	3,660	35.1	7.5	6	5.25	4.25	6	6
Portugal	2,020	9.7	4	3.25	3.25	2.75	3.25	3.25
República de Corea	1,160	36.6	18	15.75	16.25	19.5	17.25	17.25
Rumania	1,750	21.9	7.5	6	6	5.25	6	6

Quadro 5

DP/377
Del 3 de abril de 1979

PNUD: Relación de la población de los países receptores con sus respectivas CIPs en 1982-1986,
por tamaño de las distintas clases de población (modelo del I42)

Tamaño de la población de los países receptores, calculado para 1978-1979							
Item	Menos de 1/2 millón		De 1 millón a 5 millones		De 5 a 10 millones		Más de 20 millones
	1/2 millón a 1 millón	13	34	23	18	23	Total
Número de países	39	13	34	23	18	23	150
Población (en millones)	5.5	9.9	96.6	168.9	255.9	2,626.1	3,162.9
Distribución porcentual de la población	0.17	0.31	3.06	5.34	8.09	83.03	100.00
Distribución porcentual de la importancia de la población	3.10	3.65	16.46	18.20	18.59	40.01	100.00
CIP totales para 1982-1986 (en millones de EUA\$)	108.9	116.9	704.9	662.7	706.1	1,527.7	3,827.2
Distribución porcentual de la CIP total para 1982-1986	2.85	3.05	18.42	17.31	18.45	39.92	100.00
CIP total para 1982-1986, per cápita (EUA\$)	20.0	11.8	7.3	3.9	2.8	0.6	1.2

Cuadro 6

DP/373 (Parte I)
Del 3 de abril de 1979

PNUD: Cifras indicativas de planificación básicas para cada país,
para 1982-1986 según el nivel de ingreso (modelo del 14%)

PNB per cápita en 1979-1979 (EUA\$)	Población estimada de los países en 1978-1979 (millones)	CIPs básicas para 1982-1986 (millones de EUA\$)
250 o menos <u>a/</u>	1,098	1,591
De 251 a 500 <u>b/</u>	1,298	958
De 501 a 1,000	174	390
De 1,001 a 2,500	439	304
2,501 o más	154	81
Total	3,163	3,324

a/ Abarca India

b/ Abarca China e Indonesia

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA ACTIVIDADES DE POBLACION (FNUAP)

Antecedentes

La naturaleza singular de la misión del FNUAP ha influido de manera importante en su política en materia de asignaciones. La planificación de la familia es un delicado campo de trabajo en el sector del desarrollo internacional en el que se deben tener en cuenta varios factores sociales, culturales, históricos y políticos. Al igual que otros organismos de las Naciones Unidas, es financiado básicamente con contribuciones voluntarias, provenientes en su mayoría de los países industrializados. Los países receptores, por otra parte, son principalmente países menos adelantados. El FNUAP debe actuar como intermediario cuando se presentan situaciones conflictivas entre los dos grupos que forman parte de su trabajo: los países donantes y los países receptores. De ordinario, los países donantes favorecen la asignación de la mayor parte de los recursos del FNUAP a las actividades relativas a la planificación de la familia, mientras que los receptores se oponen por lo general a esa acción directa en ese sector. Esa situación ha obstaculizado el establecimiento de criterios de asignación ampliamente aceptados.

El FNUAP trata también de responder a los asuntos considerados importantes en cada país, lo que a veces ha significado participación en programas de censo y acopio de información que nada tienen que ver con población ni con planificación de la familia. El FNUAP cree que es su deber aceptar actividades iniciales de carácter menos prioritario que el país receptor desea realizar, a fin de establecer una relación y hacerse acreedor a la confianza necesaria para ampliar los programas correspondientes. En la aplicación práctica de los criterios de asignación de recursos, por ende, hay que seguir teniendo en cuenta esos aspectos del trabajo del FNUAP.

El establecimiento de criterios

Hasta mediados de los años 70, las asignaciones del FNUAP a los países receptores se efectuaban principalmente para atender las solicitudes de asistencia de los gobiernos. Se daba cuidadosa consideración al tipo de programa y a la disponibilidad de recursos externos antes de conceder el financiamiento, sin aplicar ningún otro criterio. A medida que la demanda de asistencia sobrepasó el monto de contribuciones, el FNUAP comenzó a considerar otros sistemas de asignación de recursos. Después de analizar los criterios correspondientes empleados en otros organismos de las Naciones Unidas, el FNUAP creó su propio concepto basado en un sistema de países prioritarios. El Consejo de Administración de la Institución aprobó, en principio, ese concepto en su 22a sesión.¹ El sistema de países prioritarios fue apoyado por directrices del Consejo

¹ Decisión 76/42 del Consejo de Administración

Económico y Social¹ y de la Asamblea General de las Naciones Unidas,² que solicitó al Director Ejecutivo del FNUAP que empleara los debidos criterios para el establecimiento de un orden de prioridad.³

La base de los criterios

El FNUAP analizó unos trece criterios antes de escoger los cuatro indicadores demográficos que servirían para identificar los países prioritarios. La selección de los cuatro indicadores se basó en la política siguiente: 1) los criterios deberían ser mensurables de manera objetiva; 2) los criterios deberían tener un significado y una definición uniformes; 3) los datos deberían estar a disposición de todos los países en desarrollo en fuentes internacionalmente reconocidas, y 4) todos los datos deberían ser recientes y estar disponibles para el mismo período.⁴ Los indicadores demográficos empleados para designar los países prioritarios son:⁵

- Incremento demográfico anual de 100,000 personas o más.
- Tasa bruta de reproducción de 2.5 o más.
- Tasa de mortalidad infantil de 160 o más por cada 1,000 niños nacidos vivos.
- Densidad de la población agrícola en terrenos cultivables de 2.0 personas o más por hectárea.

Además de los indicadores demográficos, se estableció un límite máximo de EUA\$500 para el PNB per cápita. Esos indicadores sirvieron luego como "umbrales" para ayudar a designar los países prioritarios.

El sistema de países prioritarios fue aprobado por el Consejo de Administración en su 38a reunión, y se seleccionaron 40 países mediante aplicación de los criterios demográficos y de PNB. La distribución de países es la siguiente: 16 de la región del África sudahárica, 4 de la región de Asia y el Pacífico, 6 de la región del Medio Oriente y el Mediterráneo y 4 de la región de América Latina y el Caribe. Además de estos países, se estableció también una clase de países "intermedios".

1 Resolución 2025 (LXI) del Consejo Económico y Social

2 Asamblea General 31/170

3 Ibid

4 "Report on UNFPA Experience with System of Priority Countries", DP/1982/30/Add.1

5 Ibid

Esa decisión se basó en el hecho de que si se permitiera una variación del 2% en los niveles del umbral (criterios), otros 14 países podrían entrar en el grupo de los prioritarios. El resultado es un grupo de 54 países que en opinión del FNUAP necesitan asistencia prioritaria y que deben recibir la mayor parte (dos tercios) de los recursos del programa respectivo.

Criterios subjetivos

El sistema de países prioritarios proporciona la base para emitir juicios objetivos porque cada uno de los factores de los criterios se puede verificar objetivamente. Durante el examen de criterios para la selección de países prioritarios, se consideraron varios factores subjetivos. El Consejo General solicitó al Director Ejecutivo del FNUAP¹ que considera la inclusión de los criterios subjetivos en la evaluación del estado de prioridad, además de los criterios objetivos:

- políticas y programas de los gobiernos
- consagración del gobierno a una política demográfica declarada.

Se concluyó que, por falta de una tesis de aceptación general para evaluar esos factores, sería muy difícil determinar su importancia en el proceso de adopción de decisiones. Hasta ahora no existe ninguna fórmula específica para el uso de criterios subjetivos dentro del sistema de países prioritarios.

Sin embargo, el Consejo de Administración² solicitó al Director Ejecutivo que tuviera en cuenta lo siguiente al efectuar las asignaciones de recursos:

- la magnitud del problema demográfico en relación con el producto nacional bruto per cápita;
- el tamaño de la población y el aumento anual en cifras absolutas;
- las políticas y los programas del gobierno;
- la consagración de los gobiernos a la política demográfica declarada;

¹ Op. cit., pág. 10

² Decisión 81/17 del Consejo de Administración, 27a sesión, junio-julio de 1981

- la capacidad de absorción;
- el grado de apoyo de asistencia para el desarrollo per cápita proveniente de otras fuentes;
- el grado de apoyo para actividades de población proveniente de otras fuentes;
- tasas de ejecución reales y proyectadas.

La importancia de estos factores en el proceso de asignación de recursos sigue siendo vaga y, por necesidad, constituye un asunto de juicio.

Aspectos prioritarios de los programas

Aunque el FNUAP funciona todavía de acuerdo con una política en la que se reconoce la necesidad de ser flexible en lo que respecta a las relaciones con los países receptores, la introducción del sistema de países prioritarios ha tenido un buen efecto en los aspectos prioritarios de los programas. Por ejemplo, ha habido un mayor aumento en el financiamiento para programas de planificación de la familia desde que se introdujo el sistema de países prioritarios y una disminución correspondiente en los programas menos prioritarios. Los gastos para programas de planificación de la familia han aumentado de \$29.7 millones durante el período 1969-1976 a \$82.4 millones durante el período 1977-1980.¹ La planificación de la familia como sector de las actividades del programa demográfico del FNUAP ha aumentado del 57.8% durante 1969-1976 al 61.1% durante 1977-1980. Se ha observado también un aumento en las actividades de planificación de la familia en los países intermedios y en otros que tienen un PNB per cápita superior a \$500. (Véase el Cuadro 1 que contiene los datos de asignación en relación con la actividad del programa y el estado de cada país.)

Aunque el FNUAP no trata de establecer una correlación directa entre la institución del sistema de países prioritarios y el aumento en las actividades del programa de planificación de la familia, es obvio que existe una relación causal.

Metas de asignación

Además del sistema de países prioritarios, el FNUAP estableció una suma máxima para asignaciones de recursos a los países prioritarios como grupo, equivalente hasta dos tercios de los recursos totales del programa.² El Consejo General ha limitado también las asignaciones para

1 Op. cit., pág. 11

2 Decisión 77/5 del Consejo de Administración

actividades interpaíses al 25% de los recursos totales del programa.¹ La introducción de esos criterios en el FNUAP se realiza de acuerdo con el concepto de transición y flexibilidad.

El FNUAP informa que se ha adelantado en el establecimiento de una estrategia para asignación de recursos a los países que tienen problemas demográficos más urgentes. Ese sistema de asignación de recursos dentro del sistema de países prioritarios ha aumentado la cantidad proporcional de recursos destinados a esos países a un punto muy cercano a la meta de financiamiento de dos tercios. Para el período 1977-1980, las asignaciones conjuntas de recursos hechas a los países prioritarios e intermedios llegó al 59.7% del total de asignaciones del FNUAP para el período. (Véase el Cuadro 2 en el que se indican las asignaciones por región y por estado del país.) Aunque esa suma no llega a la meta del 66.6% que representa dos tercios, indica que el FNUAP ha cumplido como es debido con los mandatos del sistema de países prioritarios en lo que respecta a asignaciones de recursos y que al mismo tiempo tiene la sensibilidad exigida por la naturaleza particular de su trabajo.

Suplemento

El FNUAP sigue trabajando por modificar y mejorar sus criterios actuales. En el informe DP/1982/30 del Director Ejecutivo, de fecha 30 de abril de 1982, se recomendó eliminar la distinción entre países prioritarios e intermedios porque la variación del 2% en relación con los niveles del umbral de los distintos criterios es muy pequeña para dar importancia a la distinción entre los dos grupos.² La recomendación fue aprobada por el Consejo de Administración en la decisión 82/20.³

1 Decisión 77/5 del Consejo de Administración, pág. 11

2 Ibid

3 Trigésima octava reunión del Consejo General, 18 de junio de 1982

Cuadro 1

De: DP/1982/30/Add. 1

GASTOS POR PERIODOS POR CLASES DE TRABAJO Y ORDEN DE PRIORIDAD
DE LOS PAISES, 1969-1976 y 1977-1980

Clase de trabajo	Orden de prioridad											
	Países prioritarios			Países intermedios			Otros países					
	1969-1976 miles EUA\$	%	1977-1980 miles EUA\$	%	1969-1976 miles EUA\$	%	1977-1980 miles EUA\$	%	1969-1976 miles EUA\$	%	1977-1980 miles EUA\$	%
Acopio de datos básicos	14,506	28.3	23,530	17.5	3,822	26.2	7,330	25.7	10,875	16.3	17,687	16.2
Dinámica demográfica	578	1.2	5,678	4.2	572	3.9	1,648	5.9	1,462	2.2	8,849	8.0
Formulación y evaluación de políticas y programas demográficos	1,066	2.1	1,809	1.3	362	2.5	384	1.4	1,838	2.8	2,458	2.2
Ejecución de políticas	-	-	3,419	2.5	-	-	31	0.1	-	-	543	0.5
Programas de planificación de la familia	29,666	57.8	82,416	61.1	9,550	64.3	14,085	50.1	45,756	69.0	65,687	59.8
Comunicación y educación	3,203	6.2	7,040	5.2	53	0.4	2,667	9.5	2,770	4.0	5,970	5.5
Programas especiales	154	0.3	432	0.3	58	0.4	468	1.6	65	0.1	1,429	1.3
Actividades multi- sectoriales	2,110	4.1	10,490	7.9	342	2.3	1,562	5.7	3,648	5.5	7,165	6.5
Total	51,283	100.0	134,814	100.0	14,759	100.0	28,175	100.0	66,414	100.0	100,788	100.0

Nota: El guión indica que no hubo gastos.

Cuadro 2

DISTRIBUCION DE GASTOS SEGUN EL ESTADO PRIORITARIO
DE LOS PAISES Y DE LA REGION, 1969-1977 y 1978-1980
(porcentaje)

De: DP/1982/30/Add. 1

Región	Estado prioritario							
	Países prioritarios		Países intermedios		Otros países		Todos los países	
	1969-1976	1977-1980	1969-1976	1977-1980	1969-1976	1977-1980	1969-1976	1977-1980
Africa subsahariana	51.5	46.5	23.1	20.7	25.4	32.8	100.0	100.0
Asia y el Pacífico	55.3	69.7	15.3	9.0	29.4	21.3	100.0	100.0
América Latina y el Caribe	11.1	15.1	3.2	8.1	85.7	76.8	100.0	100.0
Medio Oriente y Mediterráneo	27.1	30.2	2.9	7.2	69.9	62.6	100.0	100.0
Todas las regiones	38.7	49.4	11.0	10.3	50.3	40.3	100.0	100.0

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)

El uso que hace UNICEF de los criterios de asignación de recursos difiere sustantivamente de la forma como el PNUD y el FNUAP emplean esos criterios. Tanto el PNUD como el FNUAP se podrían considerar "organismos" legislativos, mientras que UNICEF se considera a sí mismo una institución pragmática. En el caso de los organismos "legislativos" eso quiere decir que las normas que rigen la asignación de recursos son, en términos comparativos, más precisas y que limitan las posibilidades de las decisiones sobre asignación de recursos. UNICEF, por otra parte, mantiene--como asunto de política--una gran flexibilidad, y la aplicación de sus criterios de asignación de recursos es mucho más selectiva y está sujeta a varias circunstancias especiales. Además, también por razones de política, UNICEF dedica pocos recursos a preparación de material escrito para distribución general y, por ende, no hay ningún registro de disponibilidad inmediata sobre las deliberaciones internas de ese organismo en lo que respecta al establecimiento de criterios de asignación de recursos o a análisis detallados del proceso correspondiente. La mayor de la información para este informe, en consecuencia, se obtuvo mediante entrevistas con funcionarios de la institución y no de documentos de la misma.

El presupuesto de UNICEF

La aplicación de criterios se inicia con la forma como UNICEF ha dividido el presupuesto en tres clases:

- 30% del presupuesto está "marcado" o ya comprometido. (Otros organismos de la ONU "marcan" solo el 2-3% de su presupuesto.)
- 10% se reserva para uso en situaciones de emergencia.
- 60% está disponible para asignación a los países receptores con el fin de apoyar los programas de UNICEF.

Aunque UNICEF sigue un ciclo de planificación quinquenal, los ciclos varían de un país a otro, puesto que cada ciclo se inicia cuando el país recibe asignaciones de UNICEF.

Criterios para asignación de recursos

UNICEF emplea dos medidas como recursos básicos de asignación de recursos:

- el PNB per cápita.
- el tamaño de la población infantil de un país (1-15 años).

Los países se dividen en tres clases principales, de acuerdo con el PNB y la población infantil:

- Clase de ingresos más bajos: PNB per cápita de \$400 o menos.
- Clase de ingresos medios: PNB per cápita de \$400-\$1,500.
- Clase de ingresos más elevados: PNB per cápita de \$1,500 o más.

Dentro de estas tres clases, UNICEF ha asignado fondos ordinariamente que se expresan en centavos por niño, de la manera siguiente:

- Países de ingresos más bajos, países con una pequeña población infantil, es decir, inferior a 0.5 millones, países con dificultades económicas transitorias y países designados "como si fueran" menos adelantados según los criterios de la Asamblea General de las Naciones Unidas: 45 centavos por niño.
- Países de ingresos medios: 15 centavos por niño.
- Países de ingresos más elevados: 2 centavos por niño.

Los funcionarios de UNICEF indican que los datos de centavos por niño se emplean como una cifra de planificación durante las negociaciones iniciales con los países receptores. Hay tantas variables en las decisiones sobre asignación de recursos que sería imposible obtener cifras de centavos por niño que correspondan a las cifras de planificación derivadas de un análisis de las asignaciones de UNICEF por país divididas por la población infantil del país correspondiente.

Otro factor que contribuye a la falta de uniformidad en el sistema de asignaciones es el hecho de que algunos países se mantienen en un cierto nivel de PNB después de haberlo superado. Los países se mantienen en su clasificación inicial después de haber pasado a otra porque, según UNICEF, los cambios de estado tienen repercusiones políticas.

Aplicación de criterios

UNICEF establece políticas operativas que le proporcionen máxima flexibilidad. Su actitud hacia los países receptores varía en comparación con la de otros organismos de la ONU. UNICEF no considera que sus recursos son de propiedad de los países receptores sino que representan un conjunto de recursos sobre los que UNICEF y el país receptor pueden discutir como parte de la planificación de programas.

Las decisiones importantes sobre asignación de recursos se adoptan principalmente durante las negociaciones bilaterales sobre el programa hechas por UNICEF con los países receptores. UNICEF guarda una discreción

máxima en esas negociaciones y, si las circunstancias lo permiten, pueden aumentar o reducir hasta en un 20% el financiamiento que un país recibiría de otro modo según su PNB per cápita y el tamaño de la población infantil.

El UNICEF usa los criterios de asignación de recursos principalmente como un conjunto de pautas generales que ayudan a establecer los términos de las negociaciones bilaterales. Las asignaciones finales están sujetas a la influencia de tantos factores que solo las personas que participan en las negociaciones, según el UNICEF, pueden tomar la decisión final más apropiada.

Un nuevo criterio

El UNICEF se dedica actualmente a concluir la preparación de un proyecto para presentación a su Comité Ejecutivo, en el que se recomienda que las tasas de mortalidad infantil (TMI) se agreguen al PNB per cápita y al tamaño de la población infantil como criterio suplementario para asignación de recursos. La introducción de ese criterio daría una mayor "orientación social" a los criterios de asignación, según lo expresado por un funcionario del UNICEF. Es poco probable que la TMI tenga igual importancia que los actuales criterios porque muchos países de ingresos elevados tienen tasas relativamente elevadas y el UNICEF dudaría en cambiar su actual clasificación de países y las pautas generales de asignaciones solo por incluir la TMI. Además, los datos sobre la TMI son menos fiables que las cifras correspondientes al PNB.

Si el Comité Ejecutivo del UNICEF aprobara el criterio de la TMI, se usaría solo como criterio suplementario en nuevos programas y en asignaciones de recursos que excedan el monto de las actuales. El cuadro adjunto se preparó para demostrar el efecto que tendrían los datos de la TMI en la clasificación de los países. La forma precisa en que se aplicaría ese criterio se determinará solo después de que el Comité Ejecutivo apruebe la recomendación e inste al UNICEF a preparar proyectos específicos aplicables a las decisiones sobre asignación de recursos. El documento del proyecto no estará disponible sino hasta después de que haya sido presentado el Comité Ejecutivo a finales de febrero.

Documentos del UNICEF

Los funcionarios del UNICEF no pudieron proporcionar documentos que contuvieran la autorización del Comité Ejecutivo para el uso de los actuales criterios para asignación de recursos. Dijeron que esos criterios se han empleado en la institución al menos durante el último decenio. (El autor seguirá tratando de obtener copias de los documentos de autorización y una clasificación de países hecha por el UNICEF, según el PNB per cápita y la población infantil.) Se adjuntan dos documentos, a pesar de que contienen muy poca información específica sobre el proceso de asignación de recursos: 1) el documento "de resumen" que contienen recomendaciones de nuevos compromisos y proyectos, XE/ICEP/P/L.2099, 5 de abril de 1982, y 2) el Informe Anual del UNICEF correspondiente a 1982.

Cuadro 1

AGRUPACION DE PAISES POR PNB PER CAPITA Y TMI CONSIDERADOS EN CONJUNTO

TMI 1975-1980	PNB per cápita EUA\$ 1981	Países de ingresos bajos (0 - 250)	Países de ingresos bajos (251 - 410)	Países de ingresos medios (411 - 1000)	Países de ingresos mto elevados (1001 - 2000)	Países de ingresos elevados (2000)
Países con TMI muy elevada (mto de 150)		Afganistán Bhután Chad Etiopía Guinea Bissau Kampuchea Malawi Mali Nepal Alto Volta	Benín R.A. Central Cambia Guinea Níger Sierra Leona Somalia	Angola Liberia Senegal Yemen Árabe Yemen Democrático		
Países con TMI elevada (100 - 149)		Bangladesh Birmania Burundi Guinea Ecuatorial Laos Mozambique Rwanda Vietnam Zaire	Ghana Haití India Paquistán Sudán Tanzania Tongo Uganda	Bolivia Camerún Egipto Lesotho Mauritania Marruecos Nigeria Papua Nueva Guinea Swariland Zambia	Congo Costa de Marfil Tunicia Turquía	Argelia Gabón Irán Libia Omán Arabia Saudita
Países con TMI media (50-99)			Cabo Verde Comoros Madagascar	Botswana El Salvador Honduras Indonesia Kenya Mongolia Nicaragua Filipinas Tailandia Zimbabwa	Colombia Rep. Dominicana Ecuador Guatemala Jordania Perú Siria	Bahrain Brasil Iraq México Qatar Emiratos Arabes Unidos
Países con TMI baja (menos de 50)			China Sri Lanka	Guyana Samoa	Costa Rica Cuba Fiji Jamaica Corea Líbano Malasia Mauricio Panamá Paraguay	Argentina Barbados Chile Chipre Hong Kong Kuwait Singapur Suriname Trinidad Uruguay Venezuela

Fuentes: PNB per cápita - Banco Mundial
TMI - División de Población de la ONU

Nota

a) Los grupos de la TMI son los empleados por la División de Población de la ONU en su reciente estudio sobre la tasa de mortalidad infantil. La meta de la Estrategia para el Desarrollo Internacional del Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo para el año 2000 es una tasa máxima de 50.

b) Los grupos de PNB son los empleados por el Banco Mundial en su informe anual del desarrollo. El Banco Mundial ha tomado la cifra de EUA\$410 en un punto divisorio entre los países de ingresos bajos y los de ingresos medios. Los países que se encuentran en uno u otro lado del punto divisorio se han clasificado en grupos apropiados.

Fuente: UNICEF

ASOCIACION INTERNACIONAL DE FOMENTO (AIF)

El análisis de la política de la AIF y del uso de criterios de asignación de recursos es útil en relación con las tendencias generales observada dentro de los organismos de la ONU. Existen una correlación definitiva entre los principales criterios empleados dentro de la AIF y los de los organismos de la ONU, aunque la misión de esas instituciones sea diferente.

Aunque la AIF funciona como organismo crediticio multilateral, se interesa por la calidad y los resultados de los programas de desarrollo a los que presta fondos. La AIF fue creada por el Banco Mundial para hacer préstamos concesionarios a largo plazo a los países más pobres. Esto establece un límite para la AIF en términos de los países a los que ayuda, puesto que los que no llenan los requisitos para préstamos del Banco Mundial y préstamos comerciales, por fuerza, están entre los países más pobres del mundo.¹

La AIF ha examinado periódicamente sus criterios de elegibilidad de los países miembros para recibo de fondos, por una parte, y los criterios empleados en la asignación de los mismos, por otra. Los Directores Ejecutivos de la AIF han aprobado los criterios de elegibilidad pero han señalado también la importancia de aplicar los criterios de manera flexible para tener en cuenta las circunstancias de cambio. La AIF adopta la posición de que no existe una fórmula precisa que se pueda aplicar mecánicamente para derivar las sumas que se asignan en realidad de los criterios empleados.² Los criterios, por ende, se consideran como un "marco útil"³ pero solo cuando se aplican con el debido elemento de juicio.

Criterios de elegibilidad

En este caso, la AIF sigue una política, en un aspecto de sus criterios, que es similar a la de la ONU en lo que respecta a los países más pobres. El primer criterio para establecer la elegibilidad es el ingreso per cápita. La base de este criterio se encuentra en los Artículos de la AIF, que determinan que el financiamiento debe proporcionar "desarrollo en el mundo menos adelantado"⁴ y, en este caso, "menos adelantado" significa los países más pobres en términos de su PNB per cápita. Sin embargo, la AIF aplica ese criterio de manera relativa.

1 "Bank/IDA Lending Programs - Allocations Among Income Groups", IDA/R81-16, 12 de febrero de 1981

2 Parte de un memorándum interno del Banco Mundial/AIF, sin título ni fecha visibles

3 Ibid

4 Artículo V, Sección 1(a)

Aunque el límite absoluto es un PNB per cápita de \$795, cerca del 90% de los fondos de la AIF se destinan a países que tienen un PNB per cápita de \$400 o menos (véase el Cuadro 1) y el resto, excepto por una pequeña parte, se destina a los países que tienen un PNB per cápita de \$400 a \$730. Aunque el PNB per cápita es importante, un país debe cumplir también con el requisito del criterio siguiente.

El segundo criterio es la falta de solvencia. Este criterio está más sujeto a juicio que la aplicación de la medida objetiva según la AIF. La determinación de la solvencia es la base de un juicio emitido después de una evaluación a plazo más largo de la capacidad de servicio de la deuda de un país por préstamos comerciales o préstamos del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), más que en emisiones a corto plazo. Por ejemplo, la AIF volverá a admitir a los países "egresados" de la institución de acuerdo con su solvencia en caso de que haya una grave recesión económica causada por la reducción de precios de exportaciones de primer orden que impedirá que el país consiga fondos de otras fuentes.

Criterios de asignación

Además de los criterios empleados para determinar la elegibilidad, los siguientes criterios se emplean también para llegar a una determinación final en lo que respecta a asignaciones para los países miembros. El primer criterio de asignación se describe como pobreza relativa. La tendencia y las suposiciones en este caso son similares a las encontradas en la ONU. Primero, la AIF supone que entre más bajo sea el PNB per cápita de un país que se encuentre dentro del límite de elegibilidad, mayor es la necesidad que tiene el país de recibir asistencia de la AIF.¹ La AIF considera que el factor de PNB per cápita tiene aun mayor importancia en vista de la creciente desvinculación que existe entre los recursos de la AIF y las necesidades de los países más pobres. La tendencia de las asignaciones de la AIF a los países que tienen un PNB per cápita de \$400 o menos demuestra su compromiso cada vez mayor de ayudar a los países menos adelantados:

Asignaciones² de la AIF a los países con un PNB per cápita de EUA\$400 o menos

<u>Años</u>	<u>% del total de asignaciones</u>
1961-1977	71%
1977-1982	83%

1 Op. cit., pág. 17

2 Ibid

Esa tendencia continúa a medida que el ambiente económico mundial empeora y que los recursos se hacen insuficientes para atender la demanda de países elegibles. Durante el ejercicio fiscal 1982 se asignó solo el 8% de los recursos de la AIF a los países que tenían un PNB per cápita superior a \$400.

El segundo de los tres criterios de asignación es la población. El tamaño de la población ha sido siempre un factor importante, aunque a medida que fue aumentando el número de países elegibles para recibir fondos de la AIF, se hicieron modificaciones para reducir la influencia del tamaño absoluto de la población de un país, como es el caso en India y Paquistán, en las decisiones relativas a la asignación de recursos. Por ejemplo, las asignaciones de la AIF a la India se redujeron del 53% del total de asignaciones hechas por la AIF in 1967 a un 40%¹ en años subsiguientes. Aunque se desconoce el grado exacto de importancia de esa medida, la AIF informa que hay parcialidad inherente en la escala demográfica de los países pequeños.

El criterio final tiene una importancia especial para la AIF y es también el de índole más subjetiva: rendimiento económico. Este elemento ha adquirido mayor importancia relativa con el paso de los años. Abarca muchos elementos de juicio, inclusive el empleo eficaz de los recursos de la AIF por parte de un país. La AIF ve en este criterio un medio de estimular a los países receptores a seguir políticas eficaces de desarrollo. La AIF considera que el uso de este criterio implica, quizá, un juicio más completo del que se puede emitir con respecto a otros puntos del proceso de asignación de recursos porque comprende asuntos tan delicados como la capacidad de ejecución y el mejoramiento en la distribución de ingresos.² La AIF no divulga la importancia relativa de este criterio pero, en casos extremos, cuando no se ha observado, ha dejado de prestar fondos. Esta es una opción que las instituciones bancarias pueden ejercer, de la que no disponen la mayoría de los organismos de la ONU. Las tasas de rendimiento son confidenciales, y la clasificación es un proceso interno basado en las normas del Banco Mundial.

Aunque gran parte del proceso de asignación de recursos de la AIF está sujeto a una gran confidencialidad, la tendencia, especialmente en lo que se refiere al criterio del PNB per cápita, se explica claramente en el cuadro adjunto. Existe una gran correlación entre los criterios y la asignación de recursos en el período cubierto en el cuadro.

1 Op. cit., pág. 16

2 Ibid

DESEMBOLSOS NETOS DE LA AIF Y ASISTENCIA OFICIAL BILATERAL PARA
EL DESARROLLO POR INGRESO PER CAPITA DEL PAIS RECEPTOR

Ingreso per cápita del receptor ^a	AIF ^b			Ayuda bilateral del CAD			Ayuda bilateral del OPEP	
	1970	1975	1980	1970	1975	1980	1975	1980
EUA\$410 o menos	72	71	80	41	41	34	24	20
EUA\$411 - \$730	14	22	18	18	20	28	47	10
EUA\$731 - \$1275	5	2	1	12	11	8	2	11
EUA\$1,276 - \$2,200	9	5	1	20	12	11	21	54
Más de EUA\$2,200	-	-	-	9	16	19	6	5
Total (porcentaje)	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (miles de mi- llones de dólares)	0.2	1.1	1.5	5.1	8.8	16.0	4.8	5.8

^a PNB per cápita en 1980

^b Ejercicios fiscales

Fuente: "IDA in Retrospect", pág. 16, 1982

BIBLIOGRAFIA

PNUD

1. Aparte del documento E/1980/42/Rev./ Consejo de Administración del PNUD, "Report on the Twenty-seventh Session", 2-3 de junio de 1980. Decisión 80/30
2. Consejo de Administración del PNUD, 27a sesión, "Program Planning...", DP/496, 8 de mayo de 1980
3. Consejo de Administración del PNUD, "Mid-Term Review... and Preparation for the Third Cycle", DP/377 (Parte I), 3 de abril de 1979

FNUAP

1. Consejo de Administración, 38a reunión, Decisión 82/20, 18 de junio de 1982
2. Consejo de Administración, 29a sesión, "Report of the Executive Director...", DP/1982/28, 21 de abril de 1982
3. Consejo de Administración, 29a sesión, "Report of the Executive Director...", DP/1982/30, 14 de abril de 1982
4. Consejo de Administración, 29a sesión, "Report of the Executive Director...", DP/1982/30, 8 de abril de 1982
5. Consejo de Administración, 29a sesión, Decisión 81/7

UNICEF

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Comité de Programas, sesión de 1982, "Summary of Program Assistance...", E/ICEF/P/L.2099, 5 de abril de 1982
2. Informe Anual, UNICEF, 1982

BANCO MUNDIAL/AIF

1. Aparte de un memorándum interno sobre criterios para asignación de recursos de la AIF (sin fecha)
2. "IDA in Retrospect - The First Two Decades...", 1982

CE90/17 (Esp.)

ANEXO V

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE GASTOS EN ORDEN DE CUANTIA
DEL PNUD, PNUAP Y UNICEF EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE
1981*

Países	PNUD	Países	PNUAP	Países	UNICEF
Brasil	9.80	México	16.20	Colombia	16.60
Haití	7.04	Perú	9.81	Perú	13.21
Argentina	7.02	Haití	7.48	Brasil	9.14
Colombia	6.74	Paraguay	6.63	Nicaragua	7.69
Chile	6.68	Rep. Dominicana	5.85	Haití	6.95
México	6.30	Honduras	5.21	Ecuador	6.78
Ecuador	5.14	Panamá	5.21	México	5.96
Nicaragua	4.66	Brasil	5.12	Guatemala	5.86
Bolivia	4.64	Ecuador	5.04	Bolivia	4.03
Perú	4.45	Guatemala	4.95	Paraguay	4.01
Uruguay	3.36	El Salvador	4.65	Rep. Dominicana	3.97
Honduras	2.94	Cuba	4.32	Honduras	2.26
Venezuela	2.87	Bolivia	4.10	El Salvador	2.26
El Salvador	2.84	Colombia	3.14	Guyana	1.95
Jamaica	2.81	Barbados	2.71	Cuba	1.36
Guatemala	2.66	Jamaica	2.23	Jamaica	1.26
Rep. Dominicana	2.58	Nicaragua	1.70	Chile	1.25
Cuba	2.48	Uruguay	1.17	Panamá	1.21
Panamá	2.16	Santa Lucía	0.76	Santa Lucía	0.98
Paraguay	2.12	San Vicente/Granadinas	0.74	San Vicente/Granadinas	0.92
Guyana	1.40	Suriname	0.63	Costa Rica	0.58
Suriname	1.11	Dominica	0.58	Dominica	0.50
Santa Lucía	1.00	Costa Rica	0.56	Antigua/Barbuda	0.44
Grenada	0.98	Chile	0.45	Grenada	0.29
San Vicente/Granadinas	0.96	Antigua/Barbuda	0.39	Belice	0.25
Bahamas	0.95	Grenada	0.27	Barbados	0.18
Costa Rica	0.92	Argentina	0.05	Suriname	0.04
Dominica	0.86	Bahamas	---	Argentina	---
Antigua/Barbuda	0.78	Belice	---	Bahamas	---
Trinidad y Tabago	0.60	Guyana	---	Trinidad y Tabago	---
Barbados	0.56	Trinidad y Tabago	---	Uruguay	---
Belice	0.45	Venezuela	---	Venezuela	---

* Documento A/37/445 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 28 de septiembre de 1982, "Operational Activities for Development of the United Nations System Note by the Secretary-General", pgs. 82-84.

ANEXO VI

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR CLASIFICACION POR PAIS*

Calidad física de la vida (CFV)1	CFV y 2 población2	Mortalidad infantil esperanza de vida a la edad de un año PNB per cápita3	Mortalidad infantil (25%)4	Relación promedio de la población y la mortalidad infantil en el proyecto de presupuesto para 1984-19855	Presupuesto real para 1982-19836	Proyecto de presupuesto para 1984-19856
Haití	7.912	6.4	5.5	Brasil	Brasil	Brasil
Bolivia	6.615	5.7	5.3	México	México	México
Guatemala	5.318	5.0	4.6	Perú	Perú	Venezuela
Honduras	5.188	5.0	4.4	Colombia	Colombia	Colombia
Rep. Dom. n.	4.410	4.4	4.3	Argentina	Argentina	Haití
Nicaragua	4.410	4.4	3.9	Bolivia	Bolivia	Colombia
Perú	4.280	4.3	3.8	Ecuador	Ecuador	Guatemala
Belice	4.280	4.1	3.7	Haití	Haití	Argentina
El Salvador	3.761	3.8	3.7	Venezuela	Venezuela	Perú
Ecuador	3.761	3.5	3.7	Guatemala	Guatemala	Guatemala
Nicaragua	3.372	3.5	3.4	Chile	Ecuador	Ecuador
Brasil	3.372	3.4	3.4	El Salvador	Venezuela	Honduras
Colombia	3.372	3.4	3.2	Guatemala	Chile	Rep. Dom.
México	2.853	3.3	3.1	Rep. Dom.	Honduras	El Salvador
Paraguay	2.853	3.3	3.1	Ronduras	Rep. Dom.	Jamaica
San Vicente	2.594	3.0	3.1	Cuba	Cuba	El Salvador
Dominica	2.594	2.8	2.9	Micragua	El Salvador	Costa Rica
Venezuela	2.464	2.7	2.9	Paraguay	Chile	Costa Rica
Antigua/Barb.	2.335	2.3	2.7	Uruguay	Chile	Chile
Panamá	2.205	2.1	2.6	Belice	Panamá	Cuba
Cuba	2.205	2.1	2.6	Paraguay	Paraguay	Cuba
San Vicente	2.075	2.1	2.5	Costa Rica	Paraguay	Trin. y Tab.
Uruguay	2.075	2.0	2.5	Belice	Paraguay	Trin. y Tab.
Dominica	2.075	2.0	2.3	Paraguay	Paraguay	Trin. y Tab.
Antillas Hol.	1.816	1.9	2.2	Costa Rica	Nicaragua	Nicaragua
Grenada	1.816	1.8	2.2	Jamaica	Paraguay	Paraguay
Costa Rica	1.816	1.8	2.2	Panamá	Trinidad	Paraguay
Jamaica	1.556	1.8	2.1	Suriname	Uruguay	Paraguay
Argentina	1.556	1.8	2.1	Cuba	Uruguay	Uruguay
Bahamas	1.556	1.8	2.1	Venezuela	Uruguay	Uruguay
Ant. F/Gallana	1.556	1.8	1.9	Uruguay	Uruguay	Uruguay
Uruguay	1.427	1.7	1.8	Trinidad	Uruguay	Uruguay
Costa Rica	1.427	1.7	1.7	Trinidad	Uruguay	Uruguay
Trin. y Tab.	1.297	1.6	1.6	Suriname	Uruguay	Uruguay
Barbados	1.038	1.6	1.2	Suriname	Uruguay	Uruguay
Cuba	.908	1.3	1.2	Barbados	Uruguay	Uruguay
Canadá	.519			Bahamas	Uruguay	Uruguay
Estados Unidos	.519			Barbados	Uruguay	Uruguay
				Belice	Uruguay	Uruguay

* Estadísticas demográficas tomadas del informe de población y estadísticas vitales de la ONU, julio de 1982, Estadísticas de mortalidad infantil obtenidas de la División de Población de la ONU.

1 La calidad física de la vida (CFV) es un índice compuesto que consta de la mortalidad infantil, la esperanza de vida a la edad de un año y el grado de alfabetismo de los adultos. (U.S. Foreign Policy and the Third World, Agenda 1982, Overseas Development Council, págs. 172-173). La distribución de la CFV se calculó tomando el promedio de la CFV y determinando la suma para todos los países y la proporción correspondiente a cada uno.

2 Complemento de la CFV agregado a la transformación escalonada de la población de cada país en miles y dividido, después de sacar el promedio, por la suma de los promedios de todos los países.

3 El índice se calculó tomando la suma de las tasas de mortalidad infantil de todos los países y determinando el porcentaje o la proporción del total correspondiente a cada uno; la suma de la razón inversa de las tasas de mortalidad de todos los países y determinando la proporción correspondiente a cada uno, y la suma de la razón inversa del PNB per cápita de todos los países y determinando la proporción correspondiente a cada uno y luego sumando el promedio de los tres resultados y ordenando los países según el monto de la asignación.

4 El índice se calculó sumando las tasas de mortalidad infantil de todos los países y determinando el porcentaje correspondiente a cada uno y multiplicando por 0.75; sumando luego la población de todos los países, determinando el porcentaje correspondiente a cada uno, multiplicándolo por 0.25, agregando los resultados y ordenando los países según el monto de la asignación.

5 El índice se calculó tomando la suma de las asignaciones estimadas para 1984-1985 (véase el Anexo 3, Cuadro 5).

6 Las cifras del presupuesto comprenden solo fondos para programas en los países, excluyéndose Las Antillas Holandesas, Santa Lucía, Antigua y Barbuda, Dominica, San Vicente y Granada.