

comité ejecutivo del
consejo directivo

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



76a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1976

INDEXED

Tema 7 del proyecto de programa

CE76/7 (Esp.)
7 junio 1976
ORIGINAL: INGLES

ELABORACION DEL PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA OPS

Informe provisional 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 proyectos 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 Oficina 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 para aumentarlos, 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, más 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 esas 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 la estabilidad de las asignaciones presupuestarias. Las asignaciones para los 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.

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 utilizado algunas pautas 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 a nivel central, 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 adaptados 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:

- i) relativa importancia y urgencia del problema de salud;
- ii) interés de un país por obtener asistencia técnica, y
- iii) capacidad de un país de realizar proyectos de cooperación técnica con particular referencia a su habilidad para llevar a cabo tales 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. Los países más avanzados evidentemente necesitaban menos asistencia.

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 en el país o a nivel interpaís y regional, de conformidad con las deliberaciones de los Cuerpos Directivos, 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. Sin embargo, aún persiste la cuestión de 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.

4. Aplicación del principio de "la mayor parte para los más necesitados"

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

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 aplicadas con más facilidad 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.

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

El Grupo de Trabajo estudió la fórmula ideada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y formuló varias modificaciones con el fin de que guardara más armonía con las condiciones 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. Se han introducido otras limitaciones para evitar graves interrupciones en la asistencia en el transcurso del tiempo.

Los valores usados por el PNUD para 1977-1981 en los países del Hemisferio se presentan en el Cuadro 3. Cuando la fórmula del PNUD se aplica a la parte del presupuesto ordinario de la OPS/OMS asignada a cada país, las asignaciones porcentuales, salvo excepciones menores, son razonablemente comparables con las consignadas en el presupuesto de la OPS. Las diferencias más importantes se refieren a países como el Brasil, donde la asignación presupuestada se reduciría en la mitad y a otros países, como Argentina, Chile y Colombia, que recibirían aumentos considerables.

Sin embargo, el Grupo de Trabajo estimó que la fórmula del PNUD basada principalmente en la población y el producto nacional bruto per cápita no era adecuada para reflejar las condiciones y necesidades de salud de los Países Miembros y procedió a buscar indicadores de salud que pudieran usarse para ponderar o modificar el enfoque básico del PNUD. Se consideraron, entre otros indicadores, los siguientes:

*Indicative Planning Figures

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

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 con el fin de incluir 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:

<u>Grupo 1</u>	<u>Grupo 2</u>
Barbados	Chile
Uruguay	Surinam
Trinidad y Tabago	Paraguay
Guyana*	Costa Rica
Cuba	Panamá
Argentina	
Jamaica	

*proporción estimada

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 los procedimientos en uso representados 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 Belice, 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 la unidad correcta en forma equitativa 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 sociales políticos y económicos son también los que pueden reflejar mejor el estado de salud de la población o sus posibilidades de mejora.

Además, las fórmulas matemáticas ideadas con miras a redistribuir los recursos económicos se basan, 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 obsoleto. Esto sería inadecuado para una organización de salud que debe mantener suficiente flexibilidad para atender a las exigencias de condiciones rápidamente cambiantes 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 aplicables a los tipos de problemas que la Organización debe resolver y a los programas que debe realizar. Por lo tanto, esas fórmulas en la asignación de recursos de la OPS serían de utilidad limitada y, en el mejor de los casos, constituirían pautas generales si se aplicaran a esa parte del programa y presupuesto de cooperación técnica de la Organización referente a la asistencia técnica, como becas, materiales y suministros para adiestramiento-educación y equipo para demostración. Las fórmulas matemáticas podrían usarse también para asignar los recursos extrapresupuestarios de, por ejemplo, el PNUD y el UNICEF que se necesitan para complementar los recursos ya escasos asequibles a la OPS para brindar asistencia técnica directa.*

Parecería impropio utilizar fórmulas matemáticas para simplemente aumentar las asignaciones de país con fines "contables". Sin embargo, si se desearan aumentos "contables" éstos podrían muy bien determinarse prorrateando entre los países el costo de, por ejemplo, personal de campo de proyecto regional y/o ciertos proyectos interpaíses. Las cifras "contables" sobre el programa y presupuesto, determinadas así o por cualquier otro procedimiento, deberían ser claramente comprendidas por los Países Miembros y no estar sujetas a la interpretación de que las cantidades asignadas a los países les pertenecen o que las proporciones no invertidas podrían ser reasignadas por cada país a los propósitos que mejor les convengan.

* El efecto principal de la OPS debe ejercerse sobre la promoción de la salud y no sobre la redistribución de recursos.

Recomendaciones provisionales

A base del análisis precedente, y en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución XXXIX, el Grupo de Trabajo sugirió que se tuvieran en cuenta 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 actividades requeridas, deben guardar 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:

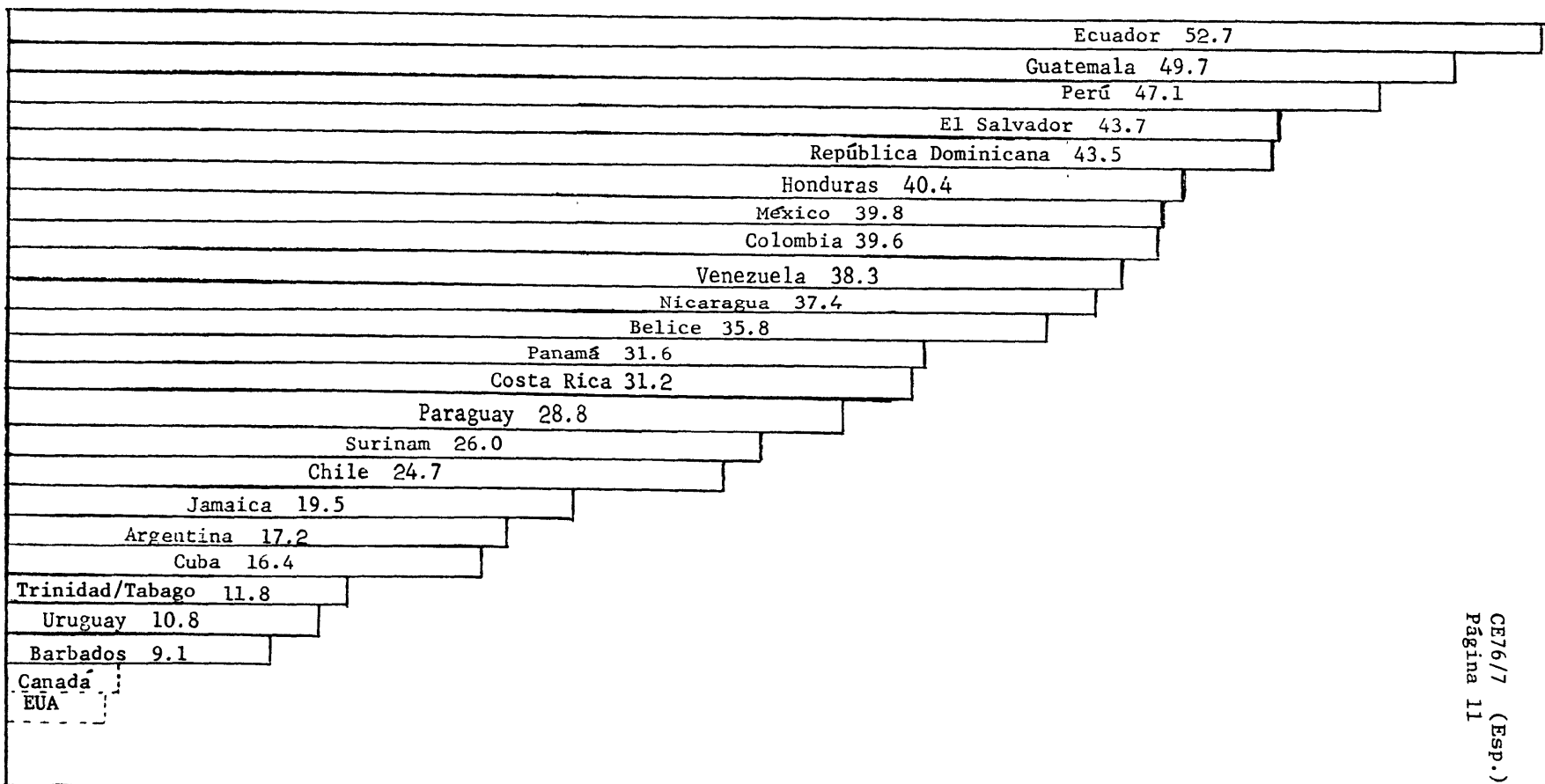
- a) La importancia relativa de determinado problema de salud;
- b) La "capacidad de absorción" demostrada por un país para realizar y continuar determinadas actividades;
- c) La factibilidad y aceptabilidad de una actividad a nivel regional, interpaís y nacional;
- d) La probabilidad de éxito de determinada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

El Grupo de Trabajo señaló que, aunque este informe "provisional" no constituye un estudio detallado del problema, esperaba que sirviera de punto de partida adecuada para un debate ulterior. Expresó también la convicción de que el Comité Ejecutivo podría continuar aprobando una colaboración real al asesorar al Director en la racionalización y elaboración del programa y presupuesto de la Organización.

Figura 1

PORCENTAJE DE DEFUNCIONES DE MENORES DE CINCO AÑOS



Cuadro 1

PORCENTAJE DE CANTIDADES PRESUPUESTADAS
 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>
<u>Total, todos los proyectos</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
Proyectos de país	34.6	33.4	32.4	33.2	34.7	33.7
Proyectos AMRO	7.4	7.3	8.3	7.3	6.1	7.2
Otros proyectos AMRO	24.4	26.8	26.5	26.8	27.6	26.6
Oficinas de Area	4.2	3.8	4.1	3.7	3.6	3.8
Sede	28.8	27.6	27.4	27.6	26.5	27.5
Aumento del Activo	.6	1.0	1.3	1.4	1.5	1.2

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>	Tasa promedio <u>1970-1974</u>
<u>Total, todos los proyectos</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</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

Cuadro 3

CIFRAS TOPE A BASE DE LA POBLACION/PNB Y SALUD

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	<u>Criterio del PNUD solamente*</u>	<u>PNUD: 75% usando razones</u>	<u>Salud: 25% usando incrementos</u>	<u>PNUD: 67% usando razones</u>	<u>Salud: 33% usando incrementos</u>	<u>Distribución de 1975 PO y WO</u>
Argentina	3.7	3.1	3.1	2.9	3.0	4.5
Barbados	.5	.4	.8	.4	.8	1.2
Belice	.6	.6	1.6	.6	1.9	.9
Bolivia	4.7	4.7	4.7	4.8	4.7	3.3
Brasil	26.0	26.1	20.6	26.1	18.8	21.8
Chile	2.7	2.5	2.8	2.4	2.8	4.2
Colombia	13.1	13.2	11.0	13.2	10.3	5.3
Costa Rica	.5	.5	1.1	.4	1.4	2.8
Cuba	3.1	2.6	2.7	2.5	2.6	2.6
Rep. Dominicana	2.0	2.2	3.0	2.2	3.4	3.0
Ecuador	4.3	4.7	4.8	4.9	5.0	3.8
El Salvador	2.8	3.0	3.6	3.1	3.9	5.1
Guatemala	2.6	2.9	3.6	3.0	3.8	3.8
Guyana	1.7	1.4	1.7	1.3	1.6	1.6
Haití	5.3	5.8	5.5	5.9	5.6	3.9
Honduras	2.1	2.1	2.8	2.1	3.0	2.8
Jamaica	.5	.4	.7	.4	.8	3.2
México	13.1	13.2	11.0	13.2	10.3	6.7
Nicaragua	.8	.8	1.8	.8	2.1	1.7
Panamá	.5	.4	1.1	.4	1.4	2.4
Paraguay	1.6	1.5	2.0	1.4	2.1	2.6
Perú	4.6	5.0	5.0	5.2	5.1	3.4
Surinam	.5	.5	1.1	.4	1.4	1.6
Trinidad y Tabago	.4	.3	.7	.3	.8	1.5
Uruguay	.7	.6	.9	.5	1.0	2.0
Venezuela	1.5	1.5	2.3	1.5	2.5	4.4

*Con ligero reajuste descripto 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	\$ 364,272
Barbados	139,670	97,139
Belice	108,588	230,706
Bolivia	403,303	570,693
Brasil	2,409,236	2,282,774
Chile	431,480	339,988
Colombia	635,267	1,250,668
Costa Rica	364,299	169,994
Cuba	329,230	315,703
República Dominicana	360,147	412,842
Ecuador	516,611	607,121
El Salvador	531,951	473,554
Guatemala	521,671	461,412
Guyana	232,113	194,279
Haití	604,429	679,975
Honduras	334,966	364,272
Jamaica	313,725	97,139
México	762,335	1,250,668
Nicaragua	235,143	254,991
Panamá	306,306	169,994
Paraguay	276,208	250,668
Perú	529,945	619,263
Surinam	175,594	169,994
Trinidad y Tabago	247,291	97,139
Uruguay	274,308	121,424
Venezuela	541,452	303,560
TOTAL	\$12,142,413	\$12,142,413

*Cifras tomadas del Documento Oficial 134