69.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
Punto 20.2 del orden del día provisional

A69/47
15 de abril de 2016

Financiación del presupuesto por programas 2016-2017

Asignación estratégica de los márgenes presupuestarios

Informe de la Directora General

1. En mayo de 2015 el Consejo Ejecutivo, en su 137.ª reunión, habiendo examinado el informe presentado por el Presidente del grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios,[1] recomendó a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud en su decisión EB137(7) sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios que adoptara la siguiente decisión:

> La 69.ª Asamblea Mundial de la Salud decidió lo siguiente:
>
> 1) acoger con agrado el informe del grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios y manifestar su agradecimiento a los miembros de dicho grupo por el rigor con que examinaron la labor previa y por la elaboración objetiva y oportuna de un modelo revisado;
>
> 2) aprobar el modelo propuesto que recomendó el grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios;
>
> 3) pedir a la Directora General que, con respecto al modelo aprobado:
>
> *a*) aplique el modelo recomendado, durante un periodo de tres a cuatro bienios, y reduzca al mínimo las repercusiones presupuestarias negativas en el ámbito regional y de país, sobre todo en los países más necesitados, en consulta con los directores regionales, utilizando la asignación actual a la cooperación técnica en los países como punto de partida;
>
> *b*) informe cada bienio al Consejo Ejecutivo, por conducto del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, sobre la aplicación del nuevo modelo, en el marco de los informes sobre la ejecución del presupuesto por programas;

[1] Documento EB137/6, anexo, reproducido en el anexo del presente documento.

c) al menos cada seis años lleve a cabo revisiones para evaluar la pertinencia del modelo con respecto a las necesidades de los países y sus repercusiones en las dotaciones presupuestarias regionales;

4) pedir también a la Directora General que colabore con los directores regionales para tratar de utilizar los presupuestos de la OMS en los países y el capital social e intelectual de la Organización a fin de movilizar recursos adicionales que permitan ejecutar y financiar con eficacia los programas nacionales prioritarios.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

2. Se invita a la Asamblea de la Salud a que adopte la decisión que figura en la decisión EB137(7), según lo recomendado por el Consejo Ejecutivo.

ANEXO

INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE LA ASIGNACIÓN ESTRATÉGICA DE LOS MÁRGENES PRESUPUESTARIOS

1. El Consejo Ejecutivo, mediante la decisión EB136(5) adoptada en su 136.ª reunión, examinó el informe del grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios y agradeció a los miembros del grupo su diligencia en la elaboración objetiva y oportuna de una metodología.[1] El Consejo respaldó los principios rectores recomendados por el grupo de trabajo y pidió al grupo que siguiera desarrollando el segmento operacional 1 (Cooperación técnica a escala de país), teniendo en cuenta los problemas planteados en la 136.ª reunión del Consejo Ejecutivo en relación con la metodología, la elección de indicadores apropiados y la disponibilidad de datos, así como los comentarios que los Estados Miembros transmitieron por escrito y el informe presentado al Consejo Ejecutivo en su 137.ª reunión, celebrada en mayo de 2015. Asimismo, el Consejo decidió ampliar la composición del grupo de trabajo a dos Estados Miembros por región.

2. A continuación se reseñan los resultados de las sesiones celebradas por el grupo de trabajo después de la 136.ª reunión del Consejo Ejecutivo y se comentan sus recomendaciones y próximas medidas propuestas.

3. El grupo de trabajo mantuvo una teleconferencia el 6 de marzo de 2015 para dar la bienvenida a los nuevos miembros,[2] examinar y revisar el mandato y considerar la preparación de la reunión presencial. Se decidió que antes de la reunión presencial la Secretaría proporcionará a los miembros del grupo de trabajo un resumen de las propuestas recibidas, así como todas las presentaciones individuales transmitidas por los miembros.

4. Los días 8 y 9 de abril de 2015, el grupo de trabajo celebró su tercera reunión presencial y adoptó el mandato revisado, con pequeños cambios (apéndice 1). El grupo de trabajo reiteró su acuerdo con el desglose actual de los segmentos y los principios rectores. No obstante, los miembros manifestaron sus expectativas y señalaron la importancia y complejidad de la tarea que tenían por delante.

5. Los miembros estuvieron de acuerdo en que para elaborar un modelo eficaz era crucial acordar un número limitado de indicadores, una metodología de ajuste demográfico y una gama de resultados posibles a fin de proporcionar flexibilidad.

6. El grupo de trabajo mantuvo deliberaciones a fondo sobre la clasificación de los países y las metodologías para elaborar escalas demográficas. Se acordó que la clasificación de países en deciles no era necesaria y que sería conveniente normalizar los indicadores de la misma manera que se hace para el índice de desarrollo humano del PNUD. Por otra parte, el grupo de trabajo decidió que era preciso seguir trabajando en el examen y la comparación de algunos métodos de elaboración de escalas demográficas utilizados por diversas instituciones mundiales, entre ellas el Banco Africano de Desarrollo y el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Los miembros examinaron en profundidad los enfoques de atenuación demográfica y se propuso considerar algunos de esos enfoques.

[1] Decisión EB136(5).

[2] Los miembros del grupo recientemente incorporados son: Bélgica, Camerún, China, Egipto, Finlandia, India, Líbano, Malasia, México, Namibia, Paraguay y Tailandia.

7. El grupo de trabajo examinó también a fondo los diferentes indicadores y la proporción de valores faltantes para cada uno de ellos. Además, convino en que los criterios básicos de selección de indicadores deberían incluir la disponibilidad, calidad, fuente de información y pertinencia de los datos. Se acordó que para el próximo conjunto de cálculos se excluyeran del grupo de indicadores utilizados, los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) per cápita, la proporción de partos en presencia de un asistente de partería calificado y la densidad de población.

8. El grupo de trabajo pidió a la Secretaría que realizara diferentes cálculos utilizando los mejores indicadores disponibles y los datos convenidos, con distintas escalas demográficas. El grupo de trabajo se reunió el 21 de mayo de 2015, paralelamente a la Asamblea Mundial de la Salud, y examinó las diferentes opciones propuestas por la Secretaría (apéndice 2).

9. El grupo de trabajo recomendó el modelo C (ALP_min) como base con evidencia científica que toma en consideración las diferentes necesidades y preocupaciones de las distintas regiones.

10. El grupo de trabajo reconoció que es necesaria una aplicación gradual de la asignación según el modelo C para evitar una reducción drástica en cualquiera de las regiones.

11. El grupo de trabajo recomendó a la Directora General que aplique el modelo recomendado a lo largo de tres bienios, en consulta con los Directores Regionales, utilizando la asignación actual a la cooperación técnica en los países como punto de partida.

12. El grupo de trabajo reconoció que es necesario un monitoreo periódico de la aplicación del nuevo modelo de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios, y la correspondiente presentación de informes por conducto del Comité de Programa, Presupuesto y Administración.

13. El grupo de trabajo reconoció que las necesidades de los países pueden cambiar con el tiempo, con la consiguiente repercusión en las dotaciones regionales estimadas con base en el modelo, por lo que recomendó que el modelo se revise periódicamente, como mínimo cada seis años.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

14. [Este párrafo contenía el texto de un proyecto de decisión que fue adoptado por el Consejo Ejecutivo en la tercera sesión de su 137.ª reunión como decisión EB137(7).]

Apéndice 1

MANDATO REVISADO PARA EL GRUPO DE TRABAJO SOBRE LA ASIGNACIÓN ESTRATÉGICA DE LOS MÁRGENES PRESUPUESTARIOS

Antecedentes

En su 136.ª reunión, el Consejo Ejecutivo acogió con beneplácito el informe del grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios y dio las gracias a los miembros de ese grupo por haber desarrollado un método de forma tan diligente, objetiva y puntual. El Consejo respaldó los principios rectores recomendados por el grupo de trabajo y pidió a la Directora General que, en lo concerniente a la elaboración del proyecto de presupuesto por programas 2016-2017, aplicara las recomendaciones del grupo de trabajo en lo relativo a los segmentos operacionales 2 (Provisión de bienes mundiales y regionales), 3 (Gestión y administración) y 4 (Respuesta a emergencias, como brotes epidémicos y crisis).

Asimismo, en su 136.ª reunión, el Consejo pidió al grupo de trabajo sobre asignación estratégica de los márgenes presupuestarios que continuara su labor con el fin de seguir elaborando el segmento operacional 1 (Cooperación técnica a escala de país), teniendo en cuenta las cuestiones planteadas durante la 136.ª reunión del Consejo Ejecutivo en relación con la metodología propuesta, la elección de indicadores apropiados y la disponibilidad de datos. Se presentará un informe al Consejo Ejecutivo en su 137.ª reunión, en mayo de 2015.

Para satisfacer esta petición se decidió ampliar a dos Estados Miembros por región la composición del grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios.

Objetivo:

Seguir elaborando el segmento operacional 1 (Cooperación técnica a escala de país), teniendo en cuenta los principios respaldados por el Consejo Ejecutivo, las cuestiones planteadas durante la 136.ª reunión del Consejo Ejecutivo en lo que se refiere a la metodología propuesta, y la labor técnica realizada en apoyo de las recomendaciones del grupo de trabajo.

Resultados previstos:

Se habrá formulado una recomendación al Consejo Ejecutivo en relación con la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios para el segmento operacional 1 (Cooperación técnica a escala de país).

Productos entregables previstos:

- Informe actualizado sobre la marcha de los trabajos, presentado al Consejo Ejecutivo en su 137.ª reunión, celebrada en mayo de 2015;

- Informe con recomendaciones presentado al Consejo Ejecutivo.

Funciones y responsabilidades:

Se espera que los miembros del grupo de trabajo:

- Asistan a todas las reuniones o, en caso necesario, nombren a un suplente;
- Observen los principios rectores de la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios respaldados por el Consejo Ejecutivo en su 136.ª reunión;
- Mantengan un enfoque centrado en el ámbito y el resultado previsto;
- Participen activamente en las deliberaciones y presenten propuestas para su consideración por los miembros del grupo de trabajo;
- Representen a sus respectivas regiones y, al mismo tiempo, tengan presente el objetivo general consistente en hallar la opción más objetiva, transparente y equitativa, y tengan en cuenta los problemas de otras regiones;
- Faciliten información actualizada sobre la marcha de los trabajos y realicen consultas periódicas con los Estados Miembros de sus regiones respectivas;
- Adopten decisiones por consenso, basadas en pruebas objetivas;
- Nombren un relator encargado de informar a los órganos deliberantes sobre la labor del grupo;
- La Secretaría de la OMS:
  - Desempeñará funciones de Secretaría para el grupo de trabajo;
  - Proporcionará asesoramiento especializado y asistencia técnica, especialmente sobre modelización, según sea necesario y se le solicite;
  - Facilitará información y asesoramiento sobre procesos de planificación y presupuestación, según sea necesario y se le solicite.

Apéndice 2

INFORME PARA EL GRUPO DE TRABAJO SOBRE LA ASIGNACIÓN ESTRATÉGICA DE LOS MÁRGENES PRESUPUESTARIOS: NUEVOS CÁLCULOS PARA EL SEGMENTO 1

Introducción

1. En la reunión que celebró los días 8 y 9 de abril de 2015, el grupo de trabajo presentó a la Secretaría y a su consultor una serie de propuestas sobre nuevos modelos que deseaba que se probaran en relación con el segmento 1. El grupo propuso considerar esos resultados en una reunión que se celebraría paralelamente a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2015.

2. Los modelos anteriores, basados en los métodos establecidos y aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud en 2006, seguían seis pasos; el grupo sugirió que se introdujeran modificaciones en algunos de ellos. A continuación se presentan los pasos originales para facilitar la explicación de las modificaciones.

a) **Paso 1:** identificar las variables (indicadores) utilizadas para determinar las necesidades de los países, expresarlas per cápita cuando proceda, convertirlas en una escala de cero a uno para poder compararlas en las mismas unidades, y hallar una media aritmética para obtener una puntuación compuesta.

b) **Paso 2:** estimar el modelo de las necesidades de los países per cápita en función de esta puntuación compuesta.

c) **Paso 3:** clasificar los países en grupos, de modo que aquellos con menos necesidades no reciban asignación alguna. En el trabajo que preparó anteriormente la Secretaría para que fuera examinado por el grupo de trabajo, dicha clasificación se hizo por deciles de las necesidades (grupos de 10% de los países). Los dos últimos deciles (es decir, los países que representaban el 20% con menos necesidades) no recibirían asignación alguna para el segmento 1. El decil 8 recibiría una asignación per cápita de 1, y a cada decil siguiente se le atribuiría una mayor necesidad ponderada puesto que su necesidad estimada sería mayor. Los países del primer decil, aquellos con mayores necesidades, recibirían un poco más de seis veces más per cápita que los del decil 8. Esta ponderación corresponde al modelo de 2006. Dentro de un determinado decil, cada país recibiría la misma asignación per cápita que en 2006.

d) **Paso 4:** decidir el método utilizado para convertir las necesidades estimadas per cápita a la escala poblacional. Según el enfoque de 2006, la Secretaría preparó tres métodos que fueron examinados por el grupo de trabajo; todos ellos asumen un cierto grado de economía de escala, lo que significa que las necesidades de financiación per cápita disminuyen a medida que aumenta la población:

i) **Raíz cuadrada de la población** – más cercano a la distribución real de la población, es el que menos comprime la población, por lo que atribuye asignaciones relativamente mayores a los países grandes que a los pequeños;

ii) **Logaritmo de la población** – produce mayor compresión que la raíz cuadrada, de modo que atribuye asignaciones relativamente mayores a los países con menos población que a aquellos con más población;

iii) **Cuadrado del logaritmo ajustado de la población (ALPS**) – compromiso entre el logaritmo de la población y la raíz cuadrada de la población.

e) **Paso 5:** Estimar la proporción teórica del total de las asignaciones para cada país: la parte de cada país se obtiene multiplicando el índice de necesidades per cápita de cada país por el factor de escalamiento de la población y dividiendo por la suma de las necesidades de todos los países ajustadas en función de la población.

f) **Paso 6:** Estimar la proporción del total de las asignaciones que corresponde a cada región: la parte de la asignación total atribuida a cada región corresponde a la suma de las partes de todos los países de la región ajustadas en función de la población.

3. A continuación se indican las modificaciones solicitadas por el grupo de trabajo siguiendo el orden de los pasos anteriores:

a) **Indicadores de necesidad**: Omitir el número total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) per cápita, la proporción de partos en presencia de asistentes de partería cualificados y la densidad de la población. Utilizar los siguientes indicadores y dominios:

- **Situación sanitaria**
  - Esperanza de vida
  - Mortalidad de menores de cinco años
  - Enfermedades no transmisibles (habría que considerar diversos indicadores, entre otros, la prevalencia del consumo de tabaco y las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles)
- **Variables económicas**
  - INB per cápita, por paridad del poder adquisitivo (PPA)
  - Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de US$ 1,25 por día, expresada como porcentaje de la población
- **Acceso**
  - Densidad de personal sanitario
  - Inestabilidad política (habría que considerar diversos indicadores, entre otros, los del Banco Mundial)
  - Cobertura de la DTP3

b) **Modificar el método de escalamiento de los indicadores de 0 a 1.** En lugar de utilizar el método de 2006, adoptar el método empleado por el PNUD en el Informe sobre el Desarrollo Humano.

c) **Omitir la primera parte del paso 3.** El grupo de trabajo recomendó que no se dividieran los países por deciles y se aplicaran las mismas necesidades a todos los países para cada decil. También decidió que no se utilizara un índice de las necesidades por separado, sino que se usara

la puntuación compuesta real (la media de los ocho indicadores). Sin embargo, el grupo de trabajo recomendó mantener el punto de corte en el 20% de los países con menores necesidades o utilizar otra forma de asignar el valor 0 («sin necesidades») a los países con mejor desempeño.

d) **Estudiar y comparar los distintos factores de escalamiento de la población** a fin de determinar su impacto en la asignación final, incluidos los tres utilizados hasta la fecha, así como los empleados por instituciones como el Banco Africano de Desarrollo y el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

Datos ausentes

4. En el cuadro 1 se muestra el porcentaje de datos ausentes para cada una de las variables recomendadas por el grupo de trabajo.

5. El principal problema se plantea respecto del indicador de la pobreza, pues un 53,6% de los países no tienen datos relativos a los últimos años (después de 2010). Si se obvia el requisito de que los datos sean recientes y se toma cualquier dato posterior a 2000, la proporción de datos ausentes sigue siendo del 28,9%.

6. Para todos los indicadores, excepto el de la pobreza, los datos ausentes se sustituyeron por el valor medio de esos datos en los países de la región sobre los que había datos.

7. En lo que respecta a la pobreza, este enfoque daría lugar a resultados contraintuitivos debido a los niveles de desarrollo extremadamente dispares entre países de una misma región (por ejemplo, entre Suiza y Tayikistán en EUR o los Emiratos Árabes Unidos y el Afganistán en EMR). Así pues, decidimos sustituir los datos ausentes por el promedio correspondiente a los países de los distintos grupos de ingresos, de acuerdo con la clasificación actual del Banco Mundial: ingresos altos, ingresos medianos altos, ingresos medianos bajos e ingresos bajos.

Cuadro 1: Ausencia, actualidad y fuentes de los datos

Dominio	Indicador	% de datos ausentes	Año	Fuente
Salud				
	Esperanza de vida	0	2012	GHO
	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos)	1,6	2013	WDI
	Tasa de mortalidad de menores de 1 año (por 1000 nacidos vivos)	1,6	2013	WDI
	Fumadores actuales de cualquier producto de tabaco (% de la población)	29,9	2011	GHO
	Tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles, normalizada por edades (por 100 000 habitantes)	11,9	2012	GHO
Economía				
	INB per cápita (PPA) $	7,2	Últimos disponibles entre 2010-2013	WDI
	Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de US$ 1,25 por día (PPA) (% de la población)	53,6	Últimos disponibles entre 2010-2013	WDI

	Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de US$ 1,25 por día (PPA) (% de la población)	28,9	Últimos disponibles entre 2000-2014	WDI
Acceso				
	DTP3	0,0	2013	GHO
	Conjunto de médicos, enfermeros y parteros por 1000 habitantes	3,6	Últimos disponibles entre 2010-2013	WDI
	Estabilidad política y ausencia de violencia y terrorismo (eficacia de gobierno)	1,0	2013	WGI

Abreviaciones: DTP: difteria, tétanos, tos ferina. GHO: Observatorio Mundial de la Salud, OMS. INB: ingreso nacional bruto. PPA: por paridad del poder adquisitivo en US$. WDI: Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial. WGI Indicadores mundiales de gobernanza, Banco Mundial

Escalamiento de la población

8. Realizamos una estimación de todos los modelos utilizando los tres métodos de escalamiento de la población que se describen *supra*, y agregamos otros dos.

9. El primero lo utiliza el Banco Asiático de Desarrollo (tamaño de la población elevado a 0,6 —en la raíz cuadrada utilizada *supra*, el tamaño de la población se eleva a 0,5); por consiguiente, en el planteamiento del Banco Asiático de Desarrollo, la población se comprime menos que en las tres opciones originales: logaritmo de la población, raíz cuadrada de la población, y ALPS.

10. El segundo lo propuso Australia en las observaciones que formuló a los métodos precedentes. Proponían que incluso los países pequeños debían tener algún tipo de presencia en la oficina en el país o en la oficina subregional, por lo que es necesario prever una asignación mínima para cada país, independientemente de lo pequeño que sea. Después de revisar los demás métodos, Australia propuso que se utilizara la definición de pequeños estados del Banco Mundial, que considera como tales a los países con una población de 1,5 millones de habitantes o menos. Para una población de 1,5 millones (por ejemplo, Gabón), el ALPS tiene un valor de 0,47, y ese fue el factor aplicado a todos los países con una población de 1,5 millones de habitantes o menos.

Resultados con las variables y los métodos propuestos por el grupo de trabajo

11. En el cuadro 2 se muestra el modelo A, que incluye todos los indicadores propuestos por el grupo de trabajo pero utilizando el porcentaje de adultos que fuman como indicador de las necesidades en materia de enfermedades no transmisibles. En este modelo, el 20% de los países con menos necesidades no recibe ninguna asignación. La mayoría de las asignaciones regionales difieren mucho de las asignaciones actuales, en particular en AFR y EUR.

Cuadro 2: Modelo A

Región	Log(población)	√	ALPS	ADB	ALPS_min
AFR	39,0	34,0	36,6	31,6	35,4
AMR	13,3	11,6	12,6	10,9	12,9
EMR	14,5	14,7	13,9	14,4	13,3
EUR	14,5	12,1	13,6	11,1	13,1
SEAR	9,6	16,2	12,5	19,2	12,1
WPR	9,1	11,3	10,9	12,8	13,2

(Indicadores: esperanza de vida; mortalidad de menores de cinco años; tasa de adultos fumadores; INB per cápita, PPA; tasa de incidencia de la pobreza < 1,25$; DTP3; densidad de profesionales sanitarios; estabilidad política)

12. En el cuadro 3, el modelo B es similar al modelo A, pero se utiliza la mortalidad por enfermedades no transmisibles, normalizada por edades, en lugar del hábito de fumar. AFR recibiría una asignación mayor y EUR una asignación menor, pero AFR sigue recibiendo menos del 40% con todos los métodos de escalamiento de la población, excepto con uno.

Cuadro 3: Modelo B

Región	Log(población)	√	ALPS	ADB	ALPS_min
AFR	41,3	36,2	38,8	33,6	37,6
AMR	13,2	11,3	12,5	10,6	13,1
EMR	15,2	15,5	14,6	15,1	14,0
EUR	12,4	10,2	11,6	9,4	11,0
SEAR	9,5	16,4	12,5	19,5	12,1
WPR	8,3	10,4	10,0	11,9	12,1

(Indicadores: esperanza de vida; mortalidad de menores de cinco años; tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles, normalizada por edades; INB per cápita, PPA; tasa de incidencia de la pobreza < 1,25$; DTP3; densidad de profesionales sanitarios; estabilidad política)[1]

13. Posteriormente adaptamos el modelo B para incluir algo que China había propuesto en sus observaciones acerca del modelo anterior. En el modelo C (cuadro 4) se modifica ligeramente la forma en que se realizan las asignaciones según las necesidades de los países. En lugar de asignar el valor cero al 20% de los países con mejores resultados con arreglo a la puntuación compuesta, China había propuesto que los países reciban una puntuación de cero para cada uno de los indicadores cuyo valor sea igual o superior a la mediana de la OCDE. Por ejemplo, la mediana de la OCDE con respecto a la esperanza de vida al nacer es 81 años. Así, aquellos países en los que la esperanza de vida sea 81 años o más obtendrían cero para este indicador sobre la base de la puntuación compuesta.

14. Los países pueden obtener puntuaciones nulas en un indicador y positivas en otros, nulas en todos los indicadores o positivas en todos los indicadores. La media de todos los indicadores describe la

[1] La inclusión del indicador «partos en presencia de asistentes de partería cualificados» generó una diferencia muy pequeña entre las asignaciones regionales de los modelos A y B.

necesidad general del país. Obsérvese que los países de ingresos altos cuya puntuación es superior a la mediana de la OCDE en todos los indicadores no reciben asignación presupuestaria. Todos los demás pasos, incluido el escalamiento de las variables sobre la base del método del PNUD, se mantienen como antes.

15. En el cuadro 4 figuran las asignaciones basadas en este modelo (modelo C). En la última columna figuran los resultados de las asignaciones con cargo al presupuesto por programas 2014-2015 a efectos de comparación.

Cuadro 4: Modelo C, en el que se asume que las necesidades son nulas cuando los indicadores están por encima de la mediana de la OCDE

Región	Log (población)	√	ALPS	ADB	ALPS_min	Presupuesto previsto para 2014-2015
AFR	47,4	41,2	44,5	38,3	**43,4**	**42,3**
AMR	11,7	9,9	11,1	9,2	**11,3**	**8,4**
EMR	15,3	15,7	14,7	15,4	**14,2**	**14,3**
EUR	6,8	5,9	6,4	5,5	**6,4**	**4,5**
SEAR	10,9	18,7	14,5	22,3	**14,1**	**15,7**
WPR	7,8	8,6	8,8	9,3	**10,6**	**14,8**

= = =