

Asignación estratégica de los márgenes presupuestarios

Informe de la Directora General

La Directora General tiene el honor de transmitir al Consejo Ejecutivo en su 136.^a reunión el informe presentado por el Presidente del grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios (véase el anexo).¹

¹ En el documento EB136/3 figura el informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo sobre el informe del grupo de trabajo.

ANEXO

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

ANTECEDENTES

1. El grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios se creó en virtud de una decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 134.^a reunión. En la 20.^a reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, los miembros del grupo de trabajo presentaron el informe contenido en el documento EBPBAC20/5.
2. El grupo de trabajo expuso sus deliberaciones iniciales acerca del alcance, los principios y los criterios de un nuevo método de asignación estratégica de los recursos. Asimismo presentó los criterios propuestos para los cuatro segmentos operacionales, con el fin de que el Comité los examinara y formulara observaciones al respecto.
3. El grupo de trabajo reconoció que la elaboración de un nuevo método de asignación estratégica de los recursos de la OMS era una tarea bastante compleja e interdependiente con respecto a otras muchas iniciativas de reforma de la OMS actualmente en curso, como las actividades relativas a la planificación de abajo arriba, la determinación de los costos de los productos y los entregables, las funciones de los tres niveles de la Organización, y el examen de la financiación de los costos de administración y gestión.
4. Los miembros del grupo de trabajo subrayaron la importancia de que la elaboración del método de asignación estratégica de los recursos se basase en la labor realizada en el marco de esas iniciativas, y viceversa. Explicaron la necesidad de que prosiguieran los trabajos, dada su complejidad y su vinculación con una serie de iniciativas de la OMS que están en curso.
5. Los Estados Miembros acogieron con beneplácito el informe, incluida la hoja de ruta, y expresaron su reconocimiento por la labor del grupo de trabajo. También acordaron modificar el título de la iniciativa para que en lugar de «asignación estratégica de los recursos» se denominara «asignación estratégica de los márgenes presupuestarios».
6. El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado la recomendación del Comité de Programa, Presupuesto y Administración de que el grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios mantuviera su composición con objeto de facilitar la continuación de sus trabajos,
 - 1) decidió, con carácter excepcional, mantener la composición del grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios, que está integrado por Bélgica, el Camerún, Egipto, Malasia, Maldivas y México;
 - 2) pidió que el Comité de Programa, Presupuesto y Administración presentara un informe al Consejo Ejecutivo en su 136.^a reunión, entre otras cosas acerca de los resultados de las deliberaciones del grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios.
7. En la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2014, los Estados Miembros convinieron en que era necesario llevar a cabo más análisis y deliberaciones exhaustivas, y ratificaron

la hoja de ruta para la elaboración de una propuesta de método de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios con el fin de que el Consejo Ejecutivo la examinara en enero de 2015.¹

8. Los días 12 y 13 de noviembre de 2014, el grupo de trabajo celebró su segunda reunión presencial con el objetivo de acordar el enfoque con el que abordar la elaboración de un método de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios y de formular recomendaciones para su examen por el Consejo Ejecutivo.

9. En las deliberaciones mantenidas por el grupo de trabajo durante los dos días de reunión se tomaron en consideración las observaciones dimanantes de los debates acerca de la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios que tuvieron lugar durante las recientes reuniones de los comités regionales, así como la información proporcionada por la Secretaría sobre la planificación, la presupuestación y la financiación y sobre el costo de la administración y la gestión.

10. En el presente informe se esbozan las conclusiones de las deliberaciones del grupo de trabajo y se explica el método propuesto para su examen por el Consejo Ejecutivo.

MÉTODO DE ASIGNACIÓN ESTRATÉGICA DE LOS MÁRGENES PRESUPUESTARIOS

11. El objetivo del grupo de trabajo era establecer un enfoque objetivo y transparente para determinar la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios, sobre la base de los principios rectores y las necesidades, prioridades y resultados establecidos en el Programa General de Trabajo y la planificación de abajo arriba.

12. El grupo de trabajo reiteró su acuerdo con el desglose actual de los segmentos y los principios rectores previamente establecidos para este proceso. Destacó que el nuevo método de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios debía basarse en las iniciativas de reforma de la OMS actualmente en curso y viceversa, y que, por tanto, el método propuesto sería un prototipo que se habría de evaluar y mejorar a medida que fuera necesario.

13. El grupo de trabajo subrayó que la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios debería ser flexible para posibilitar la asignación y reasignación de los márgenes presupuestarios y basarse en los mejores datos disponibles. También recomendó que en el futuro la proporción de márgenes presupuestarios asignados a los segmentos se revisara de nuevo en el marco de las reformas de la OMS en curso.

14. A los efectos de ese ejercicio, el grupo de trabajo utilizó el desglose empleado en el presupuesto por programas 2014-2015 como información de referencia para sus deliberaciones sobre cada segmento, tal y como se muestra en el cuadro 1 que sigue a continuación.

¹ Véase el documento WHA67/2014/REC/3, acta resumida de la tercera sesión de la Comisión A de la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud, sección 2.

Cuadro 1. Presupuesto por programas 2014-2015 desglosado por segmento operacional y nivel en la Organización (%)

Sobre la base de los costos previstos

Segmentos operacionales	Sede	Oficinas regionales	Oficinas en los países	Total
1. Cooperación técnica a escala de país	0	0	23	23
2. Provisión de bienes mundiales y regionales	20	13	0	33
3. Gestión y administración	11	6	5	22
4. Respuesta a emergencias, como brotes epidémicos y crisis	1	1	20	22
Total	32	20	48	100

Alcance

15. El método de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios tiene como finalidad asignar las contribuciones tanto señaladas como voluntarias de forma integrada y en respaldo del plan de trabajo único y del presupuesto único (presupuesto por programas) de la Organización.

Principios rectores

16. Los principios generales siguientes guiaron la elaboración del nuevo método de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios y podrían seguir guiando su aplicación:

- **sobre la base de las necesidades y los datos:** la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios debería obrar en apoyo de los países más necesitados y basarse en los mejores datos disponibles, en particular conclusiones de investigaciones y datos validados científicamente, así como en criterios de referencia mensurables;
- **gestión basada en los resultados:** la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios debería incluir una planificación de abajo arriba sólida y una determinación realista de los costos de los productos y entregables, en consonancia con las prioridades establecidas en el Programa General de Trabajo y tomando en consideración cómo y dónde asignar mejor los recursos para que el impacto y el rendimiento de la inversión sean significativos;
- **imparcialidad y equidad:** la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios entre los segmentos geográficos o funcionales se debería realizar de conformidad con criterios objetivos, que gocen de una aceptación general y que se apliquen de forma congruente;
- **rendición de cuentas y transparencia:** estos aspectos deberían ser fundamentales en la planificación y asignación estratégica de los márgenes presupuestarios y en la notificación del uso de esos recursos;
- **asignación clara de las funciones:** en los tres niveles de la Organización, la asignación clara de las funciones respaldaría la adopción de decisiones sobre la asignación de las tareas y los márgenes presupuestarios y reforzaría la rendición de cuentas;

- **mejora del desempeño:** este aspecto se debería tener en cuenta a la hora de asignar los márgenes presupuestarios, con el fin de promover la obtención de resultados y el logro de efectos.

Criterios por segmento operacional

17. El método de asignación estratégica de los recursos presupuestarios se divide en cuatro segmentos operacionales.¹ Para cada segmento operacional se adoptaron criterios y un enfoque de la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios; dichos criterios y enfoques sustentan el modelo de método propuesto.

Segmento 1: Cooperación técnica a escala de país

18. Este segmento se refiere a las funciones y actividades desarrolladas a escala de país, siendo los propios países quienes obtienen directamente los beneficios. Entre las actividades pueden figurar la creación de capacidad en el país, la prestación de apoyo técnico, el mantenimiento de diálogos normativos, la adaptación de directrices y el fortalecimiento de los sistemas de acopio, análisis y difusión de datos. En el cuadro 2 *infra* se ofrece el desglose de los costos de las actividades y los gastos de personal que figura en el presupuesto por programas 2014-2015 para el segmento 1.

Cuadro 2. Segmento1: Presupuesto por programas 2014-2015 – desglose de los costos de las actividades y los gastos de personal (%)

Presupuesto previsto para 2014-2015	
Costos de las actividades	65
Gastos de personal	35

19. Para determinar el nivel de la asignación de los márgenes presupuestarios a la cooperación técnica a escala de país se propusieron dos pasos. El primer paso consiste en determinar el volumen global de la asignación de márgenes presupuestarios a cada región empleando un método descrito en los párrafos 20 a 25 del presente informe; el segundo paso consiste en determinar la asignación de los márgenes presupuestarios a la cooperación técnica a escala de país sobre la base de una planificación de abajo arriba y teniendo en cuenta una serie de criterios clave descritos en el párrafo 28 del presente informe.

20. Se empleó un proceso de cuatro pasos para determinar la asignación a nivel regional. Este proceso consistió en: *i*) escalar los indicadores; *ii*) agrupar los países en deciles; *iii*) generar ponderaciones para cada país; y *iv*) determinar las asignaciones regionales. En el apéndice figura una descripción de este método.

21. El grupo de trabajo examinó una serie de modelos con diferentes formulaciones de indicadores, las ventajas y los inconvenientes de cada indicador, y la formulación del modelo. Los indicadores examinados fueron los siguientes:

- PIB per cápita por paridad del poder adquisitivo (PPA) en dólares;
- esperanza de vida;

¹ Véase el documento EB134/10.

- cobertura de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3);
- partos atendidos por personal cualificado;
- número total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) per cápita; AVAD atribuibles a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales per cápita; AVAD atribuibles a enfermedades no transmisibles y traumatismos per cápita;
- tipo de cambio con arreglo a la PPA en dólares en relación con el tipo de cambio en dólares de los EE.UU.;
- porcentaje de la población que vive en zonas urbanas; densidad de población; densidad de carreteras;
- porcentaje de la población que sufrió sequías, inundaciones y temperaturas extremas;
- aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005); y
- coeficiente de Gini relativo a la desigualdad de ingresos.

En el apéndice figura una explicación más detallada del método, en particular de las ventajas y los inconvenientes de los indicadores y de los modelos compuestos formulados.

22. En el cuadro 3 que figura más abajo se ofrece una instantánea de las asignaciones porcentuales por región con arreglo a cada modelo compuesto examinado por el grupo de trabajo.

Cuadro 3. Segmento 1: asignaciones porcentuales por región en cada modelo compuesto examinado (%)

Región de la OMS	Presupuesto previsto para 2014-2015	Promedio obtenido del mecanismo de validación de 2006	Modelo compuesto 1(B) ¹	Modelo compuesto 2(S) ²	Modelo compuesto 3(T) ³	Modelo compuesto 4(U) ⁴	Modelo compuesto 5(V) ⁵
África	43,00	47,67	42,53	45,00	45,70	44,31	44,87
Las Américas	8,00	10,24	11,15	13,35	12,48	10,78	10,16
Mediterráneo Oriental	15,00	10,45	13,96	10,97	10,22	11,67	13,69
Europa	5,00	11,86	10,81	13,61	14,91	16,67	12,51
Asia Sudoriental	16,00	10,44	12,74	7,89	7,74	8,61	10,84
Pacífico Occidental	14,00	9,34	8,81	9,91	8,95	7,96	7,92

1 Indicadores examinados: PIB per cápita por PPA en dólares; esperanza de vida; partos atendidos por personal cualificado; cobertura de la vacuna DPT3

2 Indicadores examinados: PIB per cápita por PPA en dólares; partos atendidos por personal cualificado; cobertura de la vacuna DPT3; número total de AVAD; nivel de precios; densidad de población; coeficiente de Gini

3 Indicadores examinados: PIB per cápita por PPA en dólares; partos atendidos por personal cualificado; cobertura de la vacuna DPT3; AVAD atribuibles a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; AVAD atribuibles a enfermedades no transmisibles y traumatismos; nivel de precios; densidad de población; coeficiente de Gini

4 Indicadores examinados: PIB per cápita por PPA en dólares; partos atendidos por personal cualificado; cobertura de la vacuna DPT3; número total de AVAD; nivel de precios; densidad de población

5 Indicadores examinados: PIB per cápita por PPA en dólares; partos atendidos por personal cualificado; cobertura de la vacuna DPT3; número total de AVAD; densidad de población

23. Tras debatir acerca de los inconvenientes de cada uno de los indicadores, el grupo de trabajo examinó una serie de modelos compuestos integrados por varios de esos indicadores. Posteriormente identificó un modelo compuesto que incluía aquellos indicadores que contaban con los datos más estables, estadísticamente sólidos y ampliamente disponibles, y concluyó que ese modelo era el más adecuado para el segmento 1.

24. Los miembros del grupo de trabajo estaban a favor del modelo compuesto 5 debido a la disponibilidad de datos y a la estabilidad de sus indicadores, que son el PIB per cápita por PPA en dólares, los partos atendidos por personal cualificado, la cobertura de la vacuna DPT3, el total de AVAD y la densidad de población. Algunos miembros manifestaron su preferencia por otros modelos compuestos, como el modelo 1 (B), que tiene menos indicadores y posibilita una distribución más proporcionada de la asignación de los márgenes presupuestarios entre las regiones.

25. El grupo de trabajo propone un periodo de transición para la aplicación del modelo propuesto durante el cual el cambio en la asignación de los márgenes presupuestarios se limite a no más del 2% por bienio, tomando como punto de partida las asignaciones regionales de los márgenes presupuestarios del presupuesto por programas 2014-2015 para el segmento 1. De este modo se ayudará a las regiones a adaptarse durante un periodo de tiempo a un nuevo nivel de asignación de los márgenes presupuestarios.

26. Los factores clave que el grupo de trabajo tomó en consideración en sus deliberaciones sobre la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios fueron la disponibilidad de datos de calidad y el reconocimiento de que los países difieren en cuanto a sus circunstancias individuales, niveles de desarrollo, capacidad de recursos y necesidades sanitarias.

27. El grupo de trabajo convino en la necesidad de demostrar la mejora del desempeño en el uso de los recursos a lo largo del tiempo, pero reconoció las dificultades que conlleva para algunas regiones demostrar la calidad de los servicios cuando aún tienen dificultades para demostrar la cantidad de los servicios prestados o disponibles. Se propuso que las regiones compartieran información sobre las mejores prácticas en materia de mejora del desempeño para demostrar que los recursos se gastan correctamente y que los efectos y programas justifican los costos. Por tanto, la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios se debería tomar en consideración tanto a escala mundial —a nivel de las principales oficinas— como en el marco de las regiones.

28. Para redirigir posteriormente los márgenes presupuestarios desde las regiones hacia la cooperación técnica a escala de país, se recomienda tener en cuenta lo siguiente:

- las necesidades y prioridades de cada país en el marco de una planificación de abajo arriba;
- la convergencia con la estrategia de cooperación en el país y el plan nacional de inversión;
- la ventaja comparativa de la OMS; y
- la convergencia con las prioridades establecidas en el Programa General de Trabajo.

Segmento 2: Provisión de bienes públicos mundiales y regionales

29. Este segmento abarca las funciones y los programas que la Sede y las oficinas regionales de la OMS realizan en provecho de todos los Estados Miembros y en respaldo del conjunto de la Organización, de conformidad con el Artículo 2 de la Constitución de la Organización. Ejemplos de entrega

bles son las normas y patrones de la OMS, las políticas, las directrices, los análisis, y la gestión y difusión de la información sanitaria.

30. En el cuadro 4 *infra* se ofrece el desglose de los costos de las actividades y los gastos de personal que figura en el presupuesto por programas 2014-2015 para el segmento 2.

Cuadro 4. Segmento 2: Presupuesto por programas 2014-2015 – desglose de los costos de las actividades y los gastos de personal (%)

Presupuesto previsto para 2014-2015	
Costos de las actividades	38
Gastos de personal	62

31. El grupo de trabajo reconoció que el segmento 2 se basaba en gran medida en resoluciones de los órganos deliberantes y en compromisos y prioridades internacionales en materia de salud pública, tal y como se indica en el Programa General del Trabajo, así como en otras iniciativas de reforma de la OMS actualmente en curso. Por tanto, se recomienda que la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios siga la práctica actual y se base en la evaluación y determinación de las necesidades y prioridades sanitarias mundiales y regionales, teniéndose en cuenta los criterios siguientes:

- las prioridades establecidas en el Programa General de Trabajo;
- las necesidades y prioridades de los países;
- las resoluciones adoptadas por los órganos deliberantes de la OMS;
- la ventaja comparativa de la OMS;
- las funciones de los tres niveles de la Organización (tomándose en consideración la eficiencia y la eficacia);
- la determinación realista del costo de los productos y entregables; y
- un enfoque de gestión de proyectos.

Segmento 3: Administración y gestión

32. Este segmento se refiere a las funciones necesarias para el funcionamiento de la Organización. Los costos de administración y gestión se pueden subsumir en dos categorías generales:

- rectoría y gobernanza: todos los servicios institucionales y las funciones instrumentales, a saber, el liderazgo, la administración general y la gobernanza; e
- infraestructura y apoyo administrativo: esto es, los costos corrientes de las instalaciones y los costos de los servicios de mantenimiento, tecnología de la información, seguridad y otros servicios de apoyo administrativo. La mayoría de estos costos corresponden a la categoría 6 del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, pero algunos corresponden a las categorías técnicas 1 a 5.

33. En el cuadro 5 *infra* se ofrece el desglose de los costos de las actividades y los gastos de personal que figura en el presupuesto por programas 2014-2015 para el segmento 3.

Cuadro 5. Segmento 3: Presupuesto por programas 2014-2015 – desglose de los costos de las actividades y los gastos de personal (%)

Presupuesto previsto para 2014-2015	
Costos de las actividades	25
Gastos de personal	75

34. El grupo de trabajo reconoció el elevado componente de gastos fijos asociado al segmento 3, sobre todo en concepto de rectoría y gobernanza (por ejemplo, el costo de las reuniones de los órganos deliberantes y las estructuras de gobernanza, o la dotación de personal directivo en el conjunto de la Organización). También se reconoció que se habían invertido grandes esfuerzos en racionalizar la armonización y la eficiencia de los costos con respecto a las funciones de administración y gestión.

35. Por tanto, el grupo de trabajo recomienda que el actual método de asignación de los márgenes presupuestarios para las funciones de administración y gestión se mantenga hasta que se complete el proceso de reforma de la OMS, y que se considere la posibilidad de dividir las funciones de liderazgo y gobernanza y de administración y gestión en subcategorías dentro del segmento.

36. Además, en el sistema se deberían incluir constantemente medidas de costoeficacia, las cuales se deberían institucionalizar en toda la Organización para que la OMS logre y demuestre un rendimiento de la inversión.

37. También se propone instaurar la presentación periódica de informes al Comité de Programa, Presupuesto y Administración acerca de las medidas de costoeficacia y ahorro.

Segmento 4: Respuesta a las emergencias, como brotes epidémicos y crisis

38. Este segmento abarca la respuesta a los brotes epidémicos y las crisis, y la erradicación de la poliomielitis. Debido a la naturaleza de la respuesta a los brotes epidémicos y las crisis, que está regida por eventos agudos, las necesidades de recursos suelen ser considerables y difíciles de predecir durante el proceso de planificación del presupuesto. La erradicación de la poliomielitis se considera actualmente una emergencia programática de salud pública mundial y, por lo tanto, de cara a aumentos presupuestarios repentinos, se requiere flexibilidad para poder satisfacer las necesidades programáticas.

39. En el cuadro 6 *infra* se ofrece el desglose de los costos de las actividades y los gastos de personal que figura en el presupuesto por programas 2014-2015 para el segmento 4.

Cuadro 6. Segmento 4: Presupuesto por programas 2014-2015 – desglose de los costos de las actividades y los gastos de personal (%)

Presupuesto previsto para 2014-2015	
Costos de las actividades	78
Gastos de personal	22

40. El grupo de trabajo convino en que ya existía un mecanismo para la erradicación de la poliomielitis, previsto concretamente en el Plan estratégico integral para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018. Por tanto, el grupo de trabajo no recomendó que se adoptara un nuevo enfoque para la asignación de márgenes presupuestarios a la erradicación de la poliomielitis.

41. Se propone que se estudie la posibilidad de crear un fondo rotativo mundial para hacer frente a las emergencias sanitarias de interés internacional y que, asimismo, se tengan en cuenta otros mecanismos de financiación existentes en el sistema de las Naciones Unidas. También se deberían crear fondos de emergencia regionales para responder a las emergencias que se produzcan en cada región.

Recomendaciones generales:

42. En el contexto de la elaboración de un método de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios, el grupo de trabajo examinó varias cuestiones relacionadas con la reforma de la OMS. Como resultado de ello, el grupo de trabajo propone las siguientes recomendaciones para su consideración por el Consejo.

- La Secretaría debería seguir reforzando la planificación y la presupuestación basadas en resultados, en particular mediante el aumento de la transparencia, la eficiencia, la eficacia y la rendición de cuentas.
- Se debería proseguir con la reforma de la gobernanza, sobre todo en lo que respecta a la definición de las funciones de los tres niveles de la Organización, para adecuar mejor la asignación de los márgenes presupuestarios a las funciones de esos tres niveles y responder mejor a las prioridades establecidas en el presupuesto por programas.

43. La Secretaría debería presentar con mayor claridad en el presupuesto por programas la información que orienta los procesos de planificación y presupuestación, en particular las resoluciones y los demás compromisos mundiales de la OMS.

Apéndice

Método de asignación estratégica de los márgenes presupuestarios para el segmento 1

En este apéndice se describen el método y los indicadores empleados para elaborar los modelos de asignación de los márgenes presupuestarios para el segmento 1. El método matemático empleado para elaborar los modelos se compone de cuatro pasos que se describen a continuación.

Paso 1. Escalamiento de los indicadores

Los indicadores elegidos (descritos en el cuadro) se escalaron con el fin de posibilitar su comparación.

Paso 2. Determinación del desempeño general de cada país

Se calculó el promedio de los indicadores escalados para cada país con el fin de determinar el desempeño general de cada país respecto de los indicadores elegidos.

Paso 3. Ponderación de los países

A continuación los países fueron clasificados en función del valor medio de los indicadores escalados para posteriormente ser agrupados en deciles en función de los indicadores elegidos.

Paso 4. Agrupación de los países y ponderación

La ponderación relativa de cada país se determinó multiplicando el índice de necesidades correspondiente a cada decil (resultados del paso 3) por el factor de escalamiento de la población nacional. Los países con mayores necesidades estaban en el decil 1, y los países con menores necesidades estaban en el decil 10. El 20% de los países con menores necesidades (los agrupados en los deciles 9 y 10) recibieron un índice de necesidades igual a cero. Para los países restantes, la función del índice de necesidades adopta la siguiente forma: índice de necesidades = $1.3^{8-\text{Decile}}$.

El factor de escalamiento de la población nacional era la misma función que la utilizada en el mecanismo de validación de 2006, esto es, el logaritmo cuadrático ajustado de la población. El objetivo de la función de escalamiento era dar una ponderación relativa más elevada a los países con menor población en comparación con los países con mayor población, así como tener en cuenta las diferencias generales entre las poblaciones de los países.

La última operación del paso 4 consistía en agregar los pesos relativos asignados a los países de cada región de la OMS para calcular las asignaciones regionales.

Principales indicadores examinados

El grupo de trabajo pidió a la Secretaría que identificara indicadores relativos a la morbilidad, el costo de los servicios de salud, el acceso a los servicios de salud, la vulnerabilidad a los desastres y peligros ambientales y naturales, la preparación ante emergencias sanitarias, y la desigualdad e inequidad. Los indicadores examinados fueron los siguientes:

- PIB per cápita por paridad del poder adquisitivo (PPA) en dólares;
- esperanza de vida;

- cobertura de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3);
- partos atendidos por personal cualificado;
- número total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) per cápita; AVAD atribuibles a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales per cápita; AVAD atribuibles a enfermedades no transmisibles y traumatismos per cápita;
- tipo de cambio con arreglo a la PPA en dólares en relación con el tipo de cambio en dólares de los EE.UU.;
- porcentaje de la población que vive en zonas urbanas; densidad de población; densidad de carreteras;
- porcentaje de la población que sufrió sequías, inundaciones y temperaturas extremas;
- aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005); y
- coeficiente de Gini relativo a la desigualdad de ingresos.

En los cuadros que figuran a continuación se describen sucintamente los indicadores examinados por el grupo de trabajo, incluidas las ventajas y los inconvenientes de cada uno de ellos.

Indicadores examinados por el grupo de trabajo, incluidas las ventajas y los inconvenientes de cada uno de ellos

Morbilidad		
Posibles indicadores para sustituir la esperanza de vida	Ventajas	Inconvenientes
Total de AVAD per cápita	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador teóricamente pertinente, ya que refleja tanto la morbilidad como la mortalidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo se dispone de dos puntos de medición a nivel de los países: 2000 y 2012 • Variación limitada en los AVAD per cápita entre los países
<p>AVAD atribuibles a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales per cápita</p> <p>AVAD atribuibles a enfermedades no transmisibles y traumatismos, por habitante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores teóricamente pertinentes, ya que reflejan tanto la morbilidad como la mortalidad • Los costos derivados de los AVAD pueden ser diferentes en función de si estos últimos son atribuibles a enfermedades transmisibles o a enfermedades no transmisibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo se dispone de dos puntos de medición a nivel de los países: 2000 y 2012 • Variación limitada en los AVAD per cápita entre los países • En los países, la carga que suponen los AVAD varía en función de si estos últimos son atribuibles a enfermedades transmisibles o a enfermedades no transmisibles, pero la formulación otorga el mismo peso a ambos tipos de AVAD

Nivel de precios		
Posible indicador adicional	Ventajas	Inconvenientes
Tipo de cambio con arreglo a la PPA en dólares en relación con el tipo de cambio en dólares de los EE.UU.	<ul style="list-style-type: none"> Indicador teóricamente pertinente si el presupuesto se asigna en dólares de los EE.UU. pero se gasta en la moneda local Disponible respecto de 183 Estados Miembros para 2012 o 2013 	<ul style="list-style-type: none"> Basado en factores de la PPA que se recopilan solo periódicamente (en 2005 y 2011). El tipo de cambio actual con arreglo a la PPA en dólares se basa en factores de 2005 Basado en el tipo de cambio en dólares de los EE.UU, que puede ser bastante volátil de un año a otro
Acceso a los servicios de salud		
Posible indicador adicional	Ventajas	Inconvenientes
Porcentaje de población que vive en zonas urbanas	<ul style="list-style-type: none"> Disponible respecto de 191 Estados Miembros para 2013 	<ul style="list-style-type: none"> Su pertinencia se basa en la hipótesis de que las zonas urbanas cuentan con un buen acceso
Densidad de población	<ul style="list-style-type: none"> Disponible respecto de 190 Estados Miembros para 2013 	<ul style="list-style-type: none"> Su pertinencia se basa en la hipótesis de que una densidad de población elevada es sinónimo de un buen acceso
Densidad de carreteras	<ul style="list-style-type: none"> En la mayoría de los países, indicador teóricamente pertinente del acceso geográfico Disponible para 183 Estados Miembros 	<ul style="list-style-type: none"> Algunos datos son bastante antiguos (solo el 50% de los puntos de medición datan de 2010 en adelante) Puede no ser especialmente útil en el caso de los países compuestos por numerosas islas
Vulnerabilidad a los desastres ambientales y naturales		
Posible indicador adicional	Ventajas	Inconvenientes
Porcentaje de la población que sufrió sequías, inundaciones y temperaturas extremas (promedio del periodo 1990-2009)	<ul style="list-style-type: none"> Indicador teóricamente pertinente para evaluar los riesgos derivados de los eventos naturales especificados La forma en que está formulado el indicador elimina la posibilidad de un cambio repentino de valor 	<ul style="list-style-type: none"> Solo se dispone de datos para 165 Estados Miembros, a partir de 2009 No tiene en cuenta todos los riesgos para la seguridad ambiental, como los terremotos

Preparación		
Posible indicador adicional	Ventajas	Inconvenientes
Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Abarca múltiples ámbitos de la preparación de los países • Vinculado con un objetivo fundamental de la OMS • Se dispone de datos a partir de 2012 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo se dispone de datos para 139 Estados Miembros
Desigualdad e inequidad		
Posible indicador adicional	Ventajas	Inconvenientes
Coefficiente de Gini relativo a la desigualdad de ingresos	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador de uso corriente y teóricamente pertinente de las desigualdades generales y las inequidades resultantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo se dispone de datos para 148 Estados Miembros • Algunos datos son bastante antiguos (solo el 50% de los puntos de medición datan de 2010 en adelante)

El mecanismo de validación de 2006 empleaba el PIB per cápita por paridad del poder adquisitivo (PPA) en dólares y la esperanza de vida. En este ejercicio se emplearon dos indicadores adicionales —que reflejaban el acceso a los servicios básicos de salud, la cobertura de la vacuna DPT3 y los partos atendidos por personal cualificado— para formular un modelo básico. Se elaboraron diferentes modelos compuestos sustituyendo o añadiendo indicadores al modelo compuesto básico.

Los indicadores se extrajeron de bases de datos internacionales fiables como los indicadores del desarrollo mundial (*World Development Indicators*), y fueron seleccionados por el grupo de trabajo en función de la disponibilidad, exhaustividad, fiabilidad y solidez de los datos. Los modelos compuestos resultantes examinados fueron: 2(S), 3(T), 4(U) y 5(V).¹

El grupo de trabajo determinó que los indicadores empleados para formular el modelo compuesto 5(V) eran los más adecuados para la asignación de los márgenes presupuestarios.

También se llevó a cabo un análisis de sensibilidad de las ponderaciones de los indicadores en el modelo compuesto 5(V) para evaluar la solidez estadística del modelo. Mediante este análisis de sensibilidad se varió el peso otorgado a cada uno de los indicadores del modelo en el momento de calcular la media de los indicadores escalados. En el método principal descrito más arriba, se dio la misma ponderación a todos los indicadores. En el análisis de sensibilidad, la ponderación relativa mínima dada a cada indicador fue del 10%, lo que tuvo como resultado 930 iteraciones cuyos resultados se resumen en el cuadro que figura a continuación. Esto pone de manifiesto que los resultados originales del modelo compuesto 5(V) son sólidos tras la ponderación de los indicadores.

¹ Véase el párrafo 22, cuadro 3, del texto del informe.

Análisis de sensibilidad de la ponderación de los indicadores del modelo compuesto 5(V)

Región	Asignación según el modelo compuesto original 5(V) (%)	Análisis de sensibilidad (%)			
		Mínima	Máxima	Mediana	Media
África	44,87	39,93	46,45	44,83	44,30
Las Américas	10,16	9,30	11,52	10,15	10,17
Mediterráneo Oriental	13,69	12,65	14,10	13,59	13,48
Europa	12,51	9,94	17,52	13,54	13,25
Asia Sudoriental	10,84	9,21	12,75	10,69	10,77
Pacífico Occidental	7,92	6,42	9,59	7,90	8,03

= = =