

Consecuencias para la gobernanza de la OMS de la reasignación de un Estado Miembro de una región a otra

Informe del Director General

1. El presente informe se ha preparado en respuesta al resultado de los debates mantenidos en la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2025 y se centra en las consecuencias para la gobernanza mundial de la Organización Mundial de la Salud de la reasignación de un Estado Miembro de una región a otra.¹

Antecedentes

2. En la resolución WHA49.6 (1996) se establece el proceso para la reasignación de un Estado Miembro de una región de la OMS a otra. Los Estados Miembros resolvieron que «toda petición de un Estado Miembro en el sentido de que se le reasigne de una región a otra sea examinada por los comités regionales respectivos, y que los pareceres de estos se comuniquen a la Asamblea de la Salud para que los considere antes de tomar una decisión al respecto».²

3. Antes de 1996, cuando se estableció el proceso de reasignación, el Director General transmitía a la Asamblea de la Salud las peticiones de reasignación.³ Desde entonces, se ha utilizado en tres ocasiones. En todos los casos, la Asamblea de la Salud ha adoptado una resolución para acceder a dichas peticiones.⁴

¹ Véase el documento WHA78/2025/REC/3, actas resumidas de la quinta sesión de la Comisión B, sección 1.

² Documento WHA49/1996/REC/1, resolución WHA49.6.

³ Documento A49/14; véase también el documento WHA49/1996/REC/3, actas resumidas de la tercera sesión de la Comisión B, sección 1.

⁴ Se trata de las siguientes reasignaciones: Indonesia a la Región de Asia Sudoriental (resolución WHA3.118 (1950)), Túnez a la Región del Mediterráneo Oriental (resolución WHA9.42 (1956)), Etiopía a la Región de África (resolución WHA30.35 (1977)), Argelia a la Región de África (resolución WHA37.12 (1984)), Israel a la Región de Europa (resolución WHA38.1 (1985)), Marruecos a la Región del Mediterráneo Oriental (resolución WHA39.1 (1986)), Mongolia a la Región del Pacífico Occidental (resolución WHA48.1 (1995)), Chipre a la Región de Europa (resolución WHA56.16 (2003)), Sudán del Sur a la Región de África (resolución WHA66.21 (2013)) e Indonesia a la Región del Pacífico Occidental (resolución WHA78.25 (2025)).

4. Durante las deliberaciones anteriores de los órganos deliberantes sobre las peticiones de reasignación, los Estados Miembros señalaron como criterios destacados la importancia de la ubicación geográfica, la similitud de los problemas de salud y de la morbilidad, las oportunidades para fortalecer la cooperación y la colaboración, y la soberanía nacional.

Arreglos regionales

5. El Capítulo XI de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud trata la cuestión de los arreglos regionales y faculta a la Asamblea de la Salud a determinar zonas geográficas y a establecer organizaciones regionales para satisfacer las necesidades específicas de dichas zonas.⁵ Las organizaciones regionales, que son parte integrante de la Organización, constan de comités regionales y de oficinas regionales. Las oficinas regionales están bajo la autoridad general del Director General y sirven de órganos administrativos de los comités regionales.⁶ Los arreglos establecidos por la Primera Asamblea Mundial de la Salud,⁷ que establecen seis zonas geográficas, siguen siendo la base de los arreglos regionales actuales.

6. La delimitación de las zonas geográficas que constituyen la base de las organizaciones regionales de la OMS no ha sido un factor tenido en cuenta en los debates anteriores sobre la reasignación de los Estados Miembros de una región a otra.

Composición del Consejo Ejecutivo

7. La distribución de puestos en el Consejo Ejecutivo por región se basa en una fórmula matemática propuesta por un grupo especial que realizó un examen de la Constitución y presentó un informe al Consejo Ejecutivo en su 101.^a reunión (en enero de 1998).⁸ Con arreglo a dicha fórmula, que utiliza como base de referencia tres puestos y 10 Estados Miembros por región,⁹ la 51.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA51.23 (1998) con el fin de aumentar el número de puestos en el Consejo de 32 a 34, con un puesto adicional asignado expresamente a las Regiones de Europa y del Pacífico Occidental, con la consiguiente elevación del número de puestos para esas regiones a ocho y cinco, respectivamente. Dicha medida es coherente con la decisión anterior de la Asamblea de la Salud de aumentar el número de puestos en el Consejo de 31 a 32 en 1986, cuando la Asamblea de la Salud reconoció «la necesidad de aumentar de tres a cuatro el número de Miembros de la Región del Pacífico Occidental facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo, en vista del reciente aumento del número de Miembros de la Región y del volumen de su población».¹⁰ De este modo, la Asamblea de la Salud adoptó una decisión oficial sobre la atribución de puestos en el Consejo.

⁵ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Artículo 44.

⁶ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Artículo 51.

⁷ Documento A/94 Rev.1 (1948), Comisión de la Sede y de la Organización Regional, pág. 7.

⁸ Documento EB101/7, párrafo 43.

⁹ De conformidad con lo previsto en el Artículo 24 de la Constitución de la OMS en virtud del cual no podrá elegirse a menos de tres Miembros de cada una de las organizaciones regionales establecidas por la Asamblea de la Salud.

¹⁰ Véase la resolución WHA38.14 (1985).

8. En ausencia de ninguna otra resolución o decisión por la Asamblea de la Salud sobre el particular, la asignación de puestos en el momento de redactar el presente documento es como sigue:

- Región de África (47 Estados Miembros) – siete miembros del Consejo,
- Región de las Américas (35 Estados Miembros) – seis miembros del Consejo,
- Región de Asia Sudoriental (10 Estados Miembros) – tres miembros del Consejo,
- Región de Europa (53 Estados Miembros) – ocho miembros del Consejo,
- Región del Mediterráneo Oriental (21 Estados Miembros) – cinco miembros del Consejo,
- Región del Pacífico Occidental (28 Estados Miembros) – cinco miembros del Consejo.

Cargos electivos

9. La Presidencia de la Asamblea de la Salud, la Presidencia del Consejo y otros puestos electivos son ocupados de forma rotatoria entre las seis regiones. A través de las oficinas regionales, los Estados Miembros son invitados a presentar propuestas regionales para dichos puestos y con frecuencia llegan a un acuerdo sobre el particular en el contexto de las reuniones de los comités regionales. Además, los grupos regionales también mantienen consultas entre sí e indican a la Secretaría cuál de sus miembros formará parte de la dirección de los procesos intergubernamentales oficiales, como los comités directivos y las mesas, así como de las presidencias de los procesos oficiosos, como los grupos de redacción. Las regiones con más miembros tienen la posibilidad de seleccionar a personas que estén interesadas en ocupar dichos puestos y utilizar procesos de selección basados en fórmulas acordadas¹¹ o por votación. En cambio, las regiones con menos miembros pueden tener mayores dificultades para seleccionar a personas que vayan a ocupar puestos por elección o por designación. Ello significa también que los Estados Miembros de regiones con un número menor de miembros pueden tener más oportunidades de ocupar puestos sujetos a elección o puestos directivos debido a su menor número.

Asignación presupuestaria

10. Si bien el número de Estados Miembros de una región no es un factor explícito para determinar la asignación presupuestaria de la OMS, la reasignación de un Estado Miembro en el que la OMS mantiene presencia en el país (y por tanto tiene designada una asignación presupuestaria) conlleva consecuencias presupuestarias en la oficina regional. A la inversa, la reasignación de un Estado Miembro sin oficina de la OMS en el país no afecta al presupuesto.

11. Si dicha reasignación ocurre después de la aprobación del presupuesto por programas bienal, el ajuste del presupuesto pertinente del país se gestiona operacionalmente y se recoge en la posterior resolución sobre el proyecto de presupuesto por programas bienal que adopte la Asamblea Mundial de la Salud.

Intervención del Consejo Ejecutivo

12. Se invita al Consejo Ejecutivo a que tome nota del informe.

¹¹ Véase por ejemplo la decisión WPR/RC74(3) (2023).