



## Movimiento por la Salud de los Pueblos

### Análisis y comentarios de MSP sobre los puntos que se presentarán ante el Consejo Ejecutivo 156 de la OMS, febrero de 2025

El [Movimiento por la Salud de los Pueblos](#) ha preparado este análisis y comentario sobre una selección de puntos que se presentarán al Consejo Ejecutivo de la OMS en febrero de 2025 como parte de WHO Watch, una iniciativa de la sociedad civil dirigida a la democratización de la gobernanza global en salud ([más información sobre WHO Watch](#)).

Este Comentario ha sido elaborado por el equipo de analistas políticos del MSP en consulta con una red mundial de consultores. El comentario está diseñado para ser leído junto con los documentos de la Secretaría; no duplica el material tratado en los documentos oficiales.

Esta versión en PDF del análisis y los comentarios del MSP se ha extraído [de la página de seguimiento del MSP para la EB156](#), que ofrece enlaces directos a los documentos de la Secretaría y a los comentarios de los temas del MSP.

Esta versión integrada del comentario del MSP se publica el 30 de enero de 2025. Para algunos puntos del orden del día aún no hay comentario de MSP; en algunos casos porque los documentos llegaron tarde; en otros porque nuestros equipos aún están trabajando en ellos. Invitamos a los usuarios a consultar en la [página EB156 Tracker](#) los comentarios de MSP no incluidos en este recurso. Se publicarán en el rastreador a medida que se finalicen.

Sus comentarios y opiniones serán bienvenidos. Escriba [aeditor@phmovement.org](mailto:aeditor@phmovement.org). MSP da las gracias a nuestro equipo de analistas y a nuestra amplia red de consultores.

Para acceder de forma continua a las alertas, actualizaciones y comentarios de WHO Watch, suscríbase a la Alerta Tracker (suscríbase [aquí](#)).

## Contenido

Tema 6 Cobertura Universal en Salud CUS.....	3
Tema 7 Seguimiento de la 3ª Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las ENT 5	
Tema 8: Salud mental y conexión social.....	7
Tema 9(i): Enfermedades transmisibles: meningitis.....	11
Tema 9(ii): Enfermedades transmisibles: leptospirosis e infecciones cutáneas.....	14
Tema 10 Medicamentos de calidad inferior y falsificados.....	16
Tema 11 Nomenclatura normalizada de los productos sanitarios.....	20
Tema 13 Proyecto de estrategia para la medicina tradicional.....	22
Tema 15 La labor de la OMS en situaciones de emergencia.....	25
Tema 16 Aplicación de la resolución WHA75.11 (2022) Guerra de Ucrania.....	26
Tema 17 Condiciones de salud en los Territorios Palestinos Ocupados, incluido Jerusalén Este, y en el Golán sirio ocupado.....	27
Tema 18 Revisión universal de la salud y la preparación.....	30
Tema 20 El impacto de los productos químicos, los residuos y la contaminación en la salud humana.....	33
Tema 21 Hoja de ruta actualizada para una respuesta mundial reforzada ante los efectos adversos para la salud de contaminación atmosférica.....	36
Tema 22: Cambio climático y salud.....	38
Punto 23.1 Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2024-2025.....	44



Punto 23.2 Propuestas PB26-27 .....	46
Punto 24.3(i) Estrategias o planes de acción globales cuya expiración esté prevista en el plazo de un año: Direcciones estratégicas globales para enfermería y obstetricia.....	48
Punto 24.3(ii) Estrategias o planes de acción globales cuya expiración esté prevista en el plazo de un año: Estrategia Mundial de Salud Digital.....	51
Punto 26.3: Comité Permanente de Prevención, Preparación y a Emergencias de salud Respuesta .....	52

## Tema 6 Cobertura Universal en Salud CUS

### En el punto de mira

El informe del Director General (EB156/6) resume los avances hacia la cobertura universal en salud en 2023-2024, incluida la atención primaria de salud y los servicios de salud integrados centrados en las personas, en respuesta a las resoluciones WHA72.2 (2019) y WHA76.4 (2023) y a la decisión WHA77(16) (2024).

El informe destaca los logros y los principales retos en la ampliación de la cobertura de servicios de calidad y el refuerzo de la protección financiera. Se invitará a la Junta a tomar nota del informe y a determinar las prioridades de cara a la próxima reunión de alto nivel sobre cobertura universal en salud que se celebrará en 2027.

### Fondo

Enlaces de seguimiento a [debates anteriores del Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud sobre la cobertura universal en salud y la atención primaria de salud](#)

### Comentario del MSP

El informe EB156/6 de la OMS para este punto del orden del día es franco en su aceptación de que los avances con respecto al acceso a la asistencia y la protección financiera no van por buen camino en todo el mundo. Más de 4500 millones de personas no estaban cubiertas por los servicios de salud esenciales en 2021.

Y las dificultades financieras han empeorado desde 2000, con 2.000 millones de personas que experimentarán gastos de salud catastróficos o empobrecedores debido a los gastos de salud de bolsillo en 2019. La mejora del índice de cobertura mundial de los servicios de CSU se ha estancado, e incluso la cobertura que proyecta este indicador, teniendo en cuenta cómo se mide y qué se mide, es, en opinión del MSP, una sobreestimación. El Informe también proyecta los enormes niveles de mortalidad evitable y empobrecimiento a los que esto ha contribuido.

También observamos que, a diferencia de los informes relativos a casi todos los demás puntos del orden del día, la actividad relacionada con la atención primaria se ha desarrollado principalmente en las oficinas y zonas regionales. Además, las actividades de las que se informa se refieren principalmente a algunos procesos de creación de gobernanza y orientación. Hay poco en el informe en términos de aumento medido en la prestación de servicios, protección financiera o resultados. El contraste entre la estructura de este informe sobre APS y CSU y los informes sobre enfermedades no transmisibles específicas (en el punto 7) y enfermedades transmisibles específicas (punto 9) es instructivo. En este último no se menciona la atención primaria, ni la cobertura universal en salud, ni la necesidad de integrar estos aspectos con el resto de los sistemas de salud, y mucho menos el impulso de la APS y la cobertura universal en salud, ni lo que están haciendo las oficinas regionales. Todas las actividades se realizan en Ginebra. En este punto 6 del orden del día, apenas se habla de la integración de los aspectos verticales específicos de las enfermedades ni de la contribución a escala mundial.

El MSP ha expresado de forma coherente y clara que atribuimos el retraso en el progreso de la cobertura universal en salud a una elección errónea de las estrategias y no sólo a una aplicación deficiente. Esto se refleja en el párrafo 10, donde la mayoría de los ejemplos se refieren al cambio a los seguros como equivalente a la cobertura universal en salud. Destacamos que los seguros de salud financiados con fondos públicos, tal y como se han implantado en los PIBM, son muy diferentes los seguros sociales de salud de algunos países de renta alta, y que no están consiguiendo ofrecer protección financiera ni mejoras en los servicios públicos. Observamos que se mencionan algunos ejemplos de refuerzo de los servicios públicos en Chile, Guyana, Belice, Timor Oriental y el atolón de Faafu en las Maldivas, pero parecen pequeños y excepcionales más que la regla.

Las iniciativas regionales son muy bienvenidas. Entre ellas cabe citar la contratación agrupada en la región del Mediterráneo Oriental y las medidas para reforzar la capacidad en las Américas, así como la Primaria Regional

Plataformas de atención en salud para el aprendizaje y la difusión en la SEAR; todas ellas son innovadoras y deben mantenerse y ampliarse.

En cuanto al personal sanitario, el informe señala la enorme escasez y los problemas de la migración, pero ofrece pocas propuestas para avanzar. Del mismo modo, el Informe identifica correctamente como un problema la elevada desigualdad en el gasto de salud entre países y la contribución de la carga de la deuda a la reducción del gasto de salud allí donde más se necesita aumentar el gasto, pero tampoco hay propuestas concretas.

Lo que más nos preocupa es el párrafo 20, en el que se habla de que la Secretaría "restablecerá la Alianza para la cobertura universal en salud, a través de la cual la OMS prestará apoyo a tres niveles para la cobertura universal en salud en 125 Estados miembros entre 2025 y 2027", y de una "Plataforma de inversiones para el impacto en salud con bancos regionales de desarrollo para catalizar la inversión de US\$".

1.500 millones en inversiones en atención primaria en salud" y de un "Fondo Fiduciario Multisocio" con la OIT y la OCDE para hacer frente al déficit de 11,1 millones de trabajadores de salud". Advertimos que cualquier forma de inversión privada, o incluso pública, basada en préstamos (instrumento de deuda) puede sobrecargar a cualquier país que ya tenga un problema de deuda. Señalamos que todas estas estrategias deben reconsiderarse tras la retirada de Estados Unidos, y las inversiones de organismos empresariales, directa o indirectamente, deben considerarse con gran cautela.

La retirada de EE.UU. de la OMS es una oportunidad para debilitar el control de las empresas sobre las instituciones mundiales, ya que EE.UU. ha sido el principal defensor de tales instituciones y políticas y el principal impedimento para las políticas que favorecen la equidad en salud y los esfuerzos para limitar el papel de la especulación en la salud.

También observamos que el empeoramiento de la situación de la protección financiera es consecuencia directa de la creciente privatización de la sanidad. En la mayoría de los PIBM, a medida que la inversión en instalaciones de salud públicas se estanca o incluso se desfinancia, el acceso y la calidad de la asistencia en salud pública disminuyen y la población se ve obligada a buscar alternativas en la sanidad privada. Muchos países consideran que el crecimiento resultante de lo que ahora se denomina "industria de salud" es deseable, ya que impulsa la tasa de crecimiento económico general y proporciona un mayor rendimiento de las inversiones para el capital privado.

También es importante comprender y fijar la responsabilidad de las instituciones de salud y financieras mundiales, especialmente las que, como la CFI, promueven la especulación en sector privado y el fracaso a la hora de lograr la protección financiera, así como el papel de los programas de salud verticales de la OMS a la hora de socavar el enfoque de la atención primaria en salud .

El MSP insta al Consejo Ejecutivo a que proporcione orientaciones sobre los temas clave para la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la CSU en 2027, entre los que se incluyen:

- Ampliar la dotación fiscal mediante una reforma tributaria equitativa (que incluya normas fiscales internacionales) y medidas para reducir la actual crisis de la deuda;
- una revisión sobria de los costes y supuestos beneficios de fomentar la prestación de asistencia en salud por parte del sector privado con el apoyo de un seguro de enfermedad, en comparación con la prestación del sector público con financiación pública;
- las relaciones económicas y las políticas públicas que tienen como efecto profundizar la desigualdad económica (y las barreras de coste al acceso y/o el empobrecimiento médico);
- el desarrollo de nuevas herramientas de política en salud que puedan ayudar a los países a elaborar planes prácticos de desarrollo de sistemas de salud estructurados en torno a sus propias realidades que orienten el desarrollo de los sistemas de atención primaria y los acuerdos de financiación de la en salud , entre otros aspectos.

## Tema 7 Seguimiento de la 3ª Reunión de Alto Nivel de la AGNU sobre las ENT

### En el punto de mira

El EB156/7 presenta breves informes de situación sobre la aplicación de las siguientes resoluciones y decisiones:

- Resolución [WHA74.4](#) (2021) sobre la reducción de la carga de las enfermedades no transmisibles mediante el fortalecimiento de la prevención y el control de la diabetes
- Resolución [WHA74.5](#) (2021) sobre salud bucodental
- Resolución [WHA73.2](#) (2020) sobre la estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública y sus metas y objetivos conexos para el período 2020-2030
- Resolución [WHA66.8](#) (2013) sobre el plan de acción integral de salud mental 2013-2020
- Decisión [WHA72\(11\)](#) (2019) relativa al seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
- Decisión [WHA74\(11\)](#) (2021) sobre la función del mecanismo de coordinación mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la labor de la OMS relativa a la participación de múltiples partes interesadas en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
- Decisión [WHA75\(11\)](#) (2022) sobre el seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

En el párrafo 41 se invita al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar orientaciones con respecto a las preguntas que figuran a continuación:

- ¿Cómo puede la Secretaría apoyar a los Estados Miembros en sus preparativos para la cuarta reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles? ¿Qué debates técnicos, diálogos, reuniones informativas y sesiones de información adicionales necesitan los Estados Miembros?
- ¿Cuál sería la mejor manera de aprovechar los resultados de la cuarta reunión de alto nivel para seguir impulsando el progreso mundial en materia de ENT y salud mental?
- ¿Cómo puede la Secretaría seguir apoyando a los Estados miembros en sus esfuerzos por ajustarse a las estrategias y planes que se recogen en este informe?

### Fondo

Enlaces de seguimiento a [anteriores debates del Consejo Ejecutivo o de la Asamblea Mundial de la Salud sobre las ENT](#)

### Comentario del MSP

El informe sobre este punto del orden del día incluye un análisis de la situación de las ENT y la salud mental y una serie de informes muy breves sobre la labor de la Secretaría en relación con determinadas ENT. El examen de la situación ofrece una lectura sombría, con carencias respecto a los objetivos globales en casi todas las áreas.

La mayoría de los informes incluyen referencias a la CSU, la APS y las respuestas multisectoriales, de todo el gobierno y de toda la sociedad. Y, sin embargo, dado que estas dimensiones "horizontales" sólo se incluyen como breves referencias, la orientación general de estas políticas hace hincapié en las iniciativas verticales específicas de la enfermedad. La consecuencia de ello es que los horizontales y de integración quedan marginados y permanecen en un nivel teórico y general.

Considéralo:

- Fortalecimiento del sistema sanitario, centrándose en la prestación del sector público con vínculos sistemáticos entre niveles,
- modelos de prestación de atención primaria de salud (incluida la contribución de la APS a todos los objetivos verticales del programa de ENT),
- precios, fortalecimiento de la cadena de suministro y producción local de medicamentos, vacunas, diagnósticos y otros productos de salud,
- desarrollo del personal (salud mental, personal dental, diagnóstico por imagen, cirugía, etc.)
- servicios de laboratorio,
- sistemas de datos,
- recursos fiscales para el desarrollo de los sistemas de salud (incluida la fiscalidad equitativa y la acción internacional sobre la carga de la deuda),
- actuación sobre la determinación social de las necesidades y los riesgos de salud (incluida la pobreza, la desigualdad, la alienación, el desempleo),
- Acción intersectorial para la salud y el bienestar, incluyendo vivienda, transporte, agua y saneamiento, salud escolar y seguridad laboral,
- muchos más.

Muchas de estas cuestiones se analizan en [el documento EB156/6](#) (punto 6, UHC/PHC, del presente orden del día), pero es necesario hacer más para integrar el enfoque específico de la enfermedad dentro de un enfoque global de fortalecimiento del sistema sanitario.

El MSP insta al Consejo Ejecutivo a que garantice que la cuarta reunión de alto nivel de la AGNU sobre ENT se utilice para proporcionar un liderazgo práctico en el desarrollo de respuestas integradas y globales del sistema de salud a las ENT que incluyan soluciones prácticas a las cuestiones transversales enumeradas anteriormente.

## Tema 8: Salud mental y conexión social

### En el punto de mira

El informe de la Directora General para este punto ([EB156/8](#)) subraya la importancia de combatir el aislamiento social y la soledad para mejorar la salud mental y social, esboza los compromisos de la OMS y propone medidas para impulsar la conexión social como prioridad de salud pública mundial.

En el párrafo 23, la Secretaría invita al Consejo Ejecutivo a tomar nota del informe y a proporcionar nuevas orientaciones.

### Fondo

En noviembre de 2023, la DG creó la [Comisión de Conexión Social de la OMS](#), cuyo informe se espera para mayo de 2025. No está claro qué donantes pagan el trabajo de la Comisión, pero sí lo sabemos:

1. Que hay tres personas de EE.UU. en la Comisión, incluido uno de los dos copresidentes;
2. Que EE.UU. [intervino](#) en el debate EB154 sobre Bienestar y Promoción de la Salud en nombre de la Comisión, destacando la importancia de la conexión social para la salud humana, afirmando que se había pasado por alto y prometiendo soluciones eficaces;
3. La OMS publicó en 2021 un "[informe de promoción sobre el aislamiento social y la soledad entre las personas mayores](#)" en asociación con el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y la Unión Internacional de Telecomunicaciones (organismo que incluye entre sus miembros a más [de 1.000 empresas mundiales](#), muchas de ellas directamente relacionadas con las TI);
4. La Comisión organizó "[un acto multilateral](#)" en la Cumbre Mundial de la Salud Berlín en octubre de 2024, en el que uno de los oradores principales fue el director de salud de Google;
5. Este punto sobre Salud mental y conexión social se incluyó en el orden del día del EB156 a petición de dos Estados miembros (párrafo 1 del EB156/8); presumiblemente se está preparando una resolución para la AMS78.

### Comentario del MSP

El informe comienza con la definición de que "la salud social se refiere a la cantidad y calidad adecuadas de relaciones en un contexto particular para satisfacer la necesidad de un individuo de una conexión humana significativa...". Esto lleva al concepto de conexión social como sinónimo de salud social y, a continuación, al aislamiento social y la soledad como la principal forma de desconexión social y procede a proponer un programa para abordarlo. Se trata de una enorme reducción concepto de salud social. El aislamiento social es sólo un aspecto. La salud social se ve afectada en condiciones de conflicto, en condiciones de escasa seguridad física personal, o de empleo precario, o de hacinamiento y falta de intimidad, o cuando hay estigmatización y aislamiento de las comunidades por fuerzas mayoritarias, etcétera.

Reducir la salud social a una preocupación por el aislamiento social es dejarla desdentada. De hecho, la salud social se ve afectada por la alienación que experimentan las personas a través de su papel tanto en la producción como en el consumo, de manera que afecta a su salud mental. Las prácticas laborales son, en muchos casos, de explotación, y cada vez lo son más con el trabajo precario en los países de renta alta y la explotación del trabajo informal en los países de renta baja y media, lo que crea muchos problemas de salud mental. En términos de

El consumo de una industria publicitaria masiva siembra la desafección para crear demanda y, al hacerlo, genera múltiples tensiones. Cada vez más personas tienen que tratar con burocracias corporativas deshumanizadas que se basan en la falta de personal para maximizar los beneficios, lo que significa que los "clientes" se sienten impotentes y frustrados. Esto suele tener efectos negativos en su salud mental.

El MSP considera que el concepto que falta en este documento es el de cohesión social. La conexión es un fenómeno estático: un vínculo o una asociación que está ahí (o no), incapaz de aportar mejoras por sí misma. En cambio, la cohesión es un proceso dinámico: la acción de formar un todo unido. La cohesión es el pegamento social que une a las personas como colectivos en torno a intereses comunes (por ejemplo, los sindicatos). La investigación ha demostrado que es la base que necesitan las personas para actuar juntas y mejorar las condiciones en las que viven y trabajan. Las simples conexiones no el poder de hacerlo. Reducir el aislamiento social con soluciones individuales y/o informáticas no aumentará necesariamente la cohesión social y no impulsará la acción comunitaria para mejorar la salud que desean la OMS y los Estados miembros. El MSP insta a los Estados miembros a considerar la diferencia crucial entre centrarse en la conexión y en la cohesión.

El aislamiento social es, por supuesto, un problema, pero la propuesta para abordarlo es bastante inadecuada. En este informe no se citan ni se hace referencia a pruebas sobre la prevalencia del aislamiento social, el contexto social del aislamiento social o las relaciones entre la conexión social y la salud. Se hace referencia tanto a la calidad como a la cantidad de las relaciones sociales, pero no se analiza lo que podría significar la calidad. Las referencias del informe a las "pruebas" no distinguen entre asociaciones causales y asociaciones ecológicas.

[La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS de 2008](#) concluyó que:

...las desigualdades de salud evitables surgen debido a las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, y a los sistemas establecidos para hacer frente a la enfermedad. A su vez, las condiciones en las que las personas viven y mueren están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.

El informe actual no muestra ninguna inclinación a explorar el aislamiento social en términos de las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen o las fuerzas políticas, sociales y económicas que dan forma a esas circunstancias (trabajo y empleo, diseño urbano, transporte, vivienda, cultura, deporte, racismo, casticismo, sexismo, violencia, etc.).

En agudo contraste con la falta de pruebas sobre la prevalencia, el contexto social del aislamiento social o las ramificaciones de las bajas, la Secretaría se ha centrado en "intervenciones técnicas" para abordar la soledad, basándose en trabajos anteriores sobre aislamiento social y envejecimiento (apoyados por la UIT entre otros). Sólo se menciona de pasada la palabra comunidad en la línea sobre los efectos de la salud mental, pero nunca en el contexto de la salud social. No se menciona el compromiso de la comunidad ni la acción comunitaria para abordar el aislamiento social. Existen excelentes ejemplos de enfoques basados en la comunidad en muchos PIBM para abordar estos problemas en diferentes entornos, pero no se reconocen en este documento.

No hay ni rastro de sociología o economía política en el documento del EB ni en la página web de la Comisión. A medida que la fabricación sindicalizada es absorbida por los robots y los jóvenes se ven obligados a encontrar trabajo en el precariado, ¿es el número de relaciones el único factor o el factor crítico de su bienestar? La noción marxista de alienación apunta a niveles crecientes de angustia mental cuando las personas trabajan en condiciones opresivas que las aíslan unas de otras en entornos que privilegian los beneficios sobre la salud y el bienestar de los trabajadores. La represión de los sindicatos en muchos países es

puede tener un impacto negativo en la salud mental de las personas al reducir las oportunidades de realizar actos de solidaridad obrera.

En el apartado 12, el informe señala que las soluciones prometedoras van desde políticas nacionales y medidas para mejorar la infraestructura social hasta intervenciones específicas, como la prescripción social, la terapia cognitivo-conductual y la psicoeducación. El informe señala que la OMS ha empezado a elaborar un mapa de estas pruebas, pero que este mapa se centra sobre todo en el individuo. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud incluyó los "determinantes estructurales" en su mapa conceptual. En este informe no se considera cómo estos determinantes estructurales (incluidas las crecientes desigualdades económicas) afectan a la salud mental de la población. Estos determinantes se tratarán en el próximo Informe Mundial sobre los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud y es sorprendente que este informe no haga referencia a este próximo informe.

Se examinan dos conjuntos de intervenciones, [las "intervenciones presenciales"](#) y las "[intervenciones digitales](#)". Aunque se hace referencia a *los resultados* a nivel comunitario, todas las intervenciones se centran en el individuo. Sorprendentemente, el Departamento de Salud Digital e Innovación de la OMS no parece haber participado en la selección de las innovaciones digitales.

La falta de transparencia en cuanto a la financiación de este proyecto es lamentable. Las referencias a la UIT como socio y la presencia de Google en la presentación de la Cumbre Mundial de la Salud sugieren que la prominencia dada a las intervenciones digitales no es del todo el resultado de pruebas sobriamente consideradas. Desde luego, no se hace referencia a las consecuencias negativas del auge de las redes sociales que son muchas. Australia ha abierto el camino prohibiendo las redes sociales a los menores de 16 años debido a la preocupación por la salud mental de los jóvenes. Es necesario reconocer los efectos negativos de las "intervenciones digitales".

La Comisión sobre DSS de 2008 identificó [la inclusión social](#) como uno de los determinantes sociales de la salud. No está claro por qué, en un momento en el que se está preparando un nuevo Informe Mundial sobre Determinantes Sociales de la Equidad en Salud (a punto de lanzarse), el Departamento de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS debería haberse embarcado en un nuevo proyecto que está completamente en desacuerdo con las recomendaciones del informe de 2008 sobre DdS. Aunque la OMS se mantiene tímida sobre la influencia de los donantes en su agenda, es difícil no contemplar la posibilidad de que la industria informática esté implicada.

La Comisión ([aquí](#)) está repleta de representantes estadounidenses; tres, incluido el copresidente estadounidense. No está claro cuál será el impacto de la retirada de Trump de la OMS ni si continuará el apoyo putativo de las empresas de TI a este proyecto.

## Conclusión

El MSP insta a los Estados miembros a:

1. insistir en la transparencia en cuanto al papel de los donantes en la configuración de las prioridades programáticas y la participación de los agentes empresariales en los foros de salud y sus probables conflictos de intereses;
2. lamentan la escasa calidad científica reflejada en el presente informe;
3. garantizar que se estudian a fondo las causas del aislamiento social que se derivan de los determinantes estructurales de la salud, incluida la creciente alienación producida por los procesos de producción y consumo



4. Solicitar a la Secretaría una explicación de la divergencia entre la agenda de determinantes sociales y la agenda de conexión social y garantizar que el énfasis en los determinantes estructurales del Informe Mundial sobre Determinantes Sociales de la Equidad en Salud se refleje en la agenda de conexión social;
1. ser muy cautelosos a la hora de adoptar un proyecto de resolución que respalde este proyecto para su consideración en la AMS78.

## Tema 9(i): Enfermedades transmisibles: meningitis

### En el punto de mira

#### Hoja de ruta mundial para derrotar a la meningitis en 2030

En la resolución [WHA73.9](#) (2020), la Asamblea aprobó el proyecto de [hoja de ruta sobre la erradicación de la meningitis para 2030](#).

La Hoja de Ruta tiene tres "[objetivos visionarios](#)" y cinco [pilares](#), y cada pilar tiene una serie de objetivos estratégicos, cada uno con sus propias actividades e hitos.

En la decisión [EB152\(8\)](#) (2023), se pidió al Director General que presentara un informe a la EB156 y después a la WHA78 sobre los avances en la aplicación de la resolución [WHA73.9](#) (2020). Este informe se presenta en el [documento EB156/10](#).

Se invita al Consejo a que tome nota del informe y a que proporcione orientaciones adicionales, en particular en relación con las dos preguntas:

- ¿Qué oportunidades han identificado los países y a qué obstáculos se enfrentan a la hora de aplicar los cinco pilares de la hoja de ruta?
- ¿Cómo puede la Secretaría seguir ayudando a los Estados miembros a acelerar la aplicación de la hoja de ruta en materia de prevención, control y gestión de la meningitis, sensibilización y promoción?

### Fondo

Véanse los enlaces del Rastreador a [anteriores debates sobre la meningitis en el Consejo Ejecutivo o en la Asamblea Mundial de la Salud](#).

Véase también [el informe 2024 sobre la inversión en la lucha contra la meningitis](#), y el informe [Developing national meningitis plans: an operational manual](#). Véase también el informe de la Región de África sobre la aplicación la Hoja de ruta ([AFR/RC71/8](#)).

### Comentario del MSP

La meningitis es un grupo de enfermedades potencialmente mortales y discapacitantes que son frecuentes, sobre todo en el "cinturón africano de la meningitis". La hoja de ruta es una buena iniciativa para promover un enfoque basado en la evidencia en el desarrollo y la administración de vacunas.

Sin embargo, la hoja de ruta es demasiado estrecha y su enfoque en la vacunación ha llevado a oscurecer varias cuestiones clave en las que la OMS tiene políticas importantes.

La hoja de ruta menciona una amplia gama de otras políticas y programas de la OMS y advierte de que el Grupo de Trabajo Técnico "está trabajando para identificar iniciativas potencialmente complementarias y establecerá y mantendrá vínculos con estas iniciativas para garantizar la alineación de objetivos y enfoques integrados, siempre que sea posible".

Sin embargo, esta lista de "otras iniciativas globales" también es bastante limitada y no parece haber sido actualizada desde su adopción en 2020.

La hoja de ruta parece centrarse en el acceso y el precio de las vacunas, pero no hay referencias (ni en la hoja de ruta, ni en el caso de inversión, ni en las directrices operativas, ni en el informe de la región africana) a trabajos más recientes sobre capacidades de investigación y producción de ámbito regional.

El fortalecimiento de los sistemas de salud, incluida la atención primaria, es fundamental para la vigilancia, la inmunización, el diagnóstico, la atención y la rehabilitación. Sin embargo, ni en el Manual Operativo ni en el informe de la región africana se ofrecen orientaciones útiles sobre cómo integrar las acciones específicas de las vacunas en el desarrollo de los sistemas de salud.

La referencia a la cobertura universal en salud no es útil, sobre todo porque la OMS sigue indecisa sobre el papel del sector privado en la prestación de servicios de salud en el marco de la cobertura universal en salud.

## **Cambio climático y tormentas de polvo**

Las relaciones estacionales de la incidencia de la meningitis en el cinturón africano de la meningitis son bien conocidas (mucho más común en el periodo más seco de enero a junio), pero no parece que sea urgente explorar las implicaciones de esto para la prevención o explorar las implicaciones del calentamiento global en este vínculo.

Li et al (2025) señalan el aumento de la frecuencia de las tormentas de polvo en la última década en África Occidental y Asia Oriental, que asocian con el calentamiento global. Señalan la asociación de los brotes de meningitis con la parte más seca y polvorosa del año en África Occidental y sugieren que con el cambio climático el riesgo de meningitis puede aumentar. Es sorprendente que se ignore en este informe.

## **El olvido de los determinantes sociales de la morbilidad de la meningitis**

La hoja de ruta, el manual operativo y el informe de la región africana no abordan los determinantes sociales de la meningitis ni la forma en que las iniciativas específicas de vacunación pueden integrarse con políticas y programas dirigidos a la alfabetización, el desplazamiento, la contaminación del aire interior, el consumo de tabaco, el saneamiento y la malnutrición.

Pinilla-Monsalve y colegas (2023) encuentran:

"El análisis post hoc demostró que los países del AMB diferían significativamente ( $p < 0.050$ ) tanto de los países africanos no pertenecientes al AMB como de los países no africanos en aspectos geoambientales (temperatura, humedad y contaminación atmosférica), características demográficas (tasa de dependencia por edad), condiciones socioeconómicas (alfabetización y conflictos sociales que generan desplazamientos), hábitos de consumo (tasa de tabaquismo en hombres), necesidades básicas insatisfechas (acceso/uso a instalaciones limpias para cocinar y saneamiento) y comorbilidades adicionales (anemia, deficiencia de vitamina A, malaria, hepatitis B y ansiedad)."

Comentan que

"Nuestros resultados corroboran hallazgos previos de estudios a nivel individual y subnacional, ya que variables similares resultaron significativas desde el ámbito ecológico. Las investigaciones poblacionales realizadas en países específicos del AMB han mostrado una incidencia 2,1 veces mayor en zonas con alta densidad de población, 34,8 veces en aquellas con niveles muy altos de pobreza absoluta y 41,6 veces donde los habitantes presentan bajos índices de alfabetización (57). También se ha propuesto que el uso de cocinas cerradas con hornos de leña, las viviendas insalubres y los bajos ingresos familiares aumentan la probabilidad de BM (27)."

## **Posibles conflictos de intereses**

No ha habido transparencia en cuanto a la financiación de la Hoja de Ruta. El informe que tiene ante sí la Junta sugiere que Gates y Gavi son bastante centrales, pero no hay claridad sobre el papel de los fabricantes de vacunas.

## Conclusión

El MSP insta a los miembros de la Junta a que pidan un esfuerzo renovado para integrar los objetivos y acciones específicos de las vacunas con otras áreas políticas sinérgicas:

- Refuerzo de los sistemas de salud
- Consecuencias del cambio climático
- Determinantes sociales que determinan la exposición, la vulnerabilidad, los retrasos en el diagnóstico y la asistencia

## Referencias

Pinilla-Monsalve, G. D., N. Llanos-Leyton, M. C. González, E. F. Manrique-Hernández, J. J. Rey- Serrano y J. A. Quiñones-Bautista (2023). "Macrodeterminantes socioepidemiológicos asociados a la incidencia acumulada de meningitis bacteriana: Un enfoque en el cinturón africano de la meningitis". *Front. Neurol* 14, DOI: 10.3389/fneur.2023.1088182.

Li, T., A. J. Cohen, M. Krzyzanowski, C. Zhang, S. Gumy, P. Mudu, P. Pant, Q. Liu, H. Kan, S. Tong, S. Chen, U. Kang, S. Basart, N. D. E. Touré, A. Al-Hemoud, Y. Rudich, A. Tobias, X. Querol, K. Khomsi, F. Samara, M. Hashizume, M. Stafoggia, M. Malkawi, S. Wang, M. Zhou, X. Shi, G. Jiang y H. Shen (2025). "Tormentas de arena y polvo: una amenaza creciente para la salud mundial exige estudios de salud internacionales para apoyar la acción política". *The Lancet Planetary Health* 9(1): e34-e40, DOI: 10.1016/S2542- 5196(24)00308-5, consultado el 22/01/2025.

## Tema 9(ii): Enfermedades transmisibles: leptospirosis e infecciones cutáneas

### En el punto de mira

El informe del Director General ([EB156/9](#)) sobre la leptospirosis y las enfermedades cutáneas expone los progresos y las lagunas en la vigilancia, el diagnóstico y el control de la leptospirosis y los enfoques integrados de las enfermedades cutáneas y afecciones conexas, incluidas las enfermedades tropicales desatendidas, las infecciones de transmisión sexual y el M-Pox. Describe las acciones de la Secretaría para proporcionar apoyo a los Estados Miembros para hacer frente a estos desafíos.

### Comentario del MSP:

El compromiso de la OMS con estos dos desafíos de las enfermedades transmisibles es muy bienvenido. Sin embargo, observamos que hay pocas razones para incluir las enfermedades de transmisión sexual en este tema, ya que resoluciones anteriores sobre el VIH, la hepatitis y las enfermedades de transmisión sexual han abordado adecuadamente esta cuestión. (Resolución WHA75.20 (2022): Las estrategias mundiales del sector de la salud sobre, respectivamente, el VIH, la hepatitis viral y las infecciones de transmisión sexual para el período 2022-2030).

Tal vez el hecho de que en muchos países los dermatólogos sean también especialistas en ETS pueda ser una de las razones, pero la salud pública de las enfermedades transmisibles se organiza mejor en función de la transmisión de la enfermedad que de las fronteras entre especialistas. Por sí solo, el análisis de las enfermedades de transmisión sexual que figura en esta resolución es muy incompleto y no aborda ni los determinantes sociales ni la organización de la asistencia. Sin embargo, proporciona una referencia cruzada a la resolución principal.

También sobre el M-Pox existe un marco estratégico más sustancial al que hace referencia esta resolución, a saber, el [Marco estratégico](#) para mejorar la prevención y el control del M-Pox 2024-2027, que ha sido objeto de referencias cruzadas y es el principal documento en este ámbito.

También hay una referencia cruzada a la "hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030", que establece objetivos mundiales para el control, la eliminación o la erradicación de dichas enfermedades, y al documento relacionado "marco estratégico para el control y la gestión integrados de las enfermedades tropicales desatendidas relacionadas con la piel", que se publicó en 2022. La principal enfermedad de esta categoría es la lepra, que constituye un grave problema, que se ha declarado prematuramente eliminada en muchos países y que sigue siendo un gran reto para la salud pública. Es necesario un compromiso mucho más serio con la lepra y, de hecho, con todas las enfermedades tropicales desatendidas, y las políticas actuales al respecto están fracasando. O podemos decir que las enfermedades tropicales desatendidas siguen estando desatendidas. Lo que también hace esta resolución es señalar la cuestión y ofrecer una referencia cruzada.

Entendemos que las enfermedades de transmisión sexual, el M-Pox y las NTDs se incluyen aquí como una forma de mostrar la vinculación, y llamar la atención sobre esta agenda que se trata en otro lugar; esta resolución no incluye suficiente información sobre el progreso o la orientación a los estados miembros sobre estos tres temas.

En cuanto a la leptospirosis, la resolución es exhaustiva y muy bien acogida. Está claro que se necesita mucho más conocimiento, tanto en lo que respecta a la epidemiología como a los determinantes sociales, y también que se necesita mucha más innovación tecnológica antes de que la OMS disponga de una estrategia adecuada para abordar este reto emergente. Sin embargo, es de agradecer que la OMS haya reconocido que se trata de un grave desafío para la salud pública, que comprenda bien qué más se necesita y que esté avanzando en esta dirección. Estamos totalmente de acuerdo con sus conclusiones en el párrafo 8 de que "La financiación sostenida es fundamental para avanzar en los esfuerzos de control de la leptospirosis y mejorar la vigilancia asociada, las herramientas de diagnóstico, la vacunación...".

la investigación y las intervenciones medioambientales y comunitarias. Dado el posible aumento del impacto de la leptospirosis en la salud pública consecuencia del cambio climático, debe darse prioridad a una respuesta multisectorial que adopte el enfoque "Una sola salud". También apreciamos y respaldamos su bien redactado llamamiento a la acción (en el párrafo 7) sobre los determinantes sociales y medioambientales de la propagación de esta enfermedad y la vulnerabilidad a sus efectos. De hecho, es aquí donde los Estados miembros deben priorizar sus acciones contra este reto.

En cuanto a las enfermedades de la piel, parece que la OMS entiende que puede ser adecuado abordar este problema a través de los marcos estratégicos, NTDs y M-Pox. Sus acciones por el EB así lo dicen. Pero esto es bastante inadecuado. Lo que debería haber dicho es que abordar las enfermedades de la piel debe ser una parte necesaria del paquete de atención primaria de salud, y siempre debe formar parte de la hoja de ruta de la UHC. Los costes marginales de añadir esto son mínimos, y la justificación para dejarlo fuera es aún menor. La mayoría de las infecciones cutáneas son fúngicas o bacterianas y se prestan a la atención primaria, y las enfermedades crónicas como la psoriasis se consideran mejor como parte de un enfoque de atención primaria. El desarrollo de aplicaciones no es la prioridad.

La prioridad es la inclusión en el conjunto garantizado de servicios disponibles en la red de proveedores de atención primaria. También es prioritario abordar los determinantes sociales de las dolencias cutáneas comunes, especialmente la falta de disponibilidad de agua limpia, espacio y hábitats necesarios para la higiene personal. Ninguna de estas importantes medidas se menciona en el camino a seguir.

Es necesario hacer un llamamiento para que continúen los esfuerzos para abordar la lepra como un importante problema de salud pública y bien integrado con un buen diagnóstico y atención de todas las lesiones cutáneas. La enfermedad está lejos de ser eliminada.

El informe menciona el estigma y la violencia, pero no tiene por qué ser tan discreto y podría denunciar, nombrar y avergonzar el estigma contra el albinismo y el vitíligo que adopta una forma violenta y peligrosa en algunas sociedades, como también denunciar el persistente estigma contra la lepra como barrera para abordar esta enfermedad.

En resumen, en lo que respecta las enfermedades de la piel, las peticiones del MSP son las siguientes:

- a) Incluir servicios garantizados contra las enfermedades de la piel en los paquetes de atención primaria y cobertura universal en salud.
- b) Actuar sobre los determinantes sociales de las infecciones cutáneas más comunes y frecuentes, que están relacionadas sobre todo con las condiciones de trabajo y de vida, especialmente con la capacidad de mantener la higiene personal.
- c) Luchar contra el estigma del albinismo, el vitíligo, la lepra, la psoriasis y todas las enfermedades crónicas de la piel.
- d) Hay que tener en cuenta que la lepra sigue siendo un problema de salud pública, que dista mucho de haberse eliminado, y adoptar medidas bien integradas en la atención primaria de salud para hacer frente a este problema.

## Tema 10 Medicamentos de calidad inferior y falsificados

### En el punto de mira

De conformidad con la resolución [WHA65.19](#) (2012), la Directora General ha distribuido un informe ([EB156/11](#)) sobre los resultados de las reuniones plenarias duodécima y decimotercera del mecanismo de los Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar y falsificados. El informe incluye un examen de los progresos realizados en la ejecución de 10 actividades prioritarias para el periodo 2024-2025 que se ajustan a la estrategia de la OMS para prevenir, detectar y responder a los productos médicos de calidad subestándar y falsificados.

También se ha presentado un informe ([EB156/12](#)) sobre los resultados de la evaluación independiente del Mecanismo. También incluye recomendaciones para reestructurar el . Se invita a la Junta a tomar nota del informe y a formular observaciones y orientaciones sobre las medidas de seguimiento de la evaluación independiente, incluida una pregunta sobre "¿Qué medidas pueden adoptarse para aumentar la participación de los Estados miembros en el mecanismo y en su labor?"

Se invita al Consejo a tomar nota de ambos informes; a proporcionar orientaciones sobre las medidas de seguimiento de la evaluación independiente (en particular, aumentar la participación de los EM) y a (decidir) pedir a la Directora General que presente el informe de la 14ª reunión del Mecanismo de los Estados Miembros a la 79ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158ª reunión.

### Fondo

Enlaces de seguimiento a [debates anteriores de la AMS y/o el EB sobre el SFC](#) [Página de inicio para los HSH sobre el SFC](#)

La Resolución WHA65.19 (2012) estableció el Mecanismo de los Estados Miembros sobre Medicamentos Substandard y Falsificados para mejorar la colaboración entre los Estados Miembros y la OMS con el fin de prevenir y controlar los productos médicos substandard y falsificados desde una perspectiva de salud pública, excluyendo consideraciones comerciales y de propiedad intelectual. Es el principal mecanismo intergubernamental para que los EM se reúnan, formulen recomendaciones políticas, intercambien conocimientos, apoyen esfuerzos mutuos y coordinen acciones para hacer frente al reto de los productos médicos de calidad subestándar y falsificados.

Véase [Legge 2013](#) para la prehistoria del MSM (2013-2013). Véase también la contribución de K.M. Gopakumar a un [seminario web](#) del G2H2 centrado en este punto del orden del día, para más antecedentes sobre la génesis del mecanismo, y sobre la evolución de la terminología que la OMS ha utilizado a lo largo de los años para describir los medicamentos no originarios.

Véase también el debate de [la AMS70](#) (punto 13.6) que dio lugar a la [AMS70\(21\)](#), mediante la cual la Asamblea decidió sustituir el término "productos médicos de calidad subestándar/espantosos/de etiquetado engañoso/falsificados/falsificados" por "productos médicos de calidad subestándar y falsificados" como término que se utilizará en nombre del mecanismo de los Estados miembros y en toda la documentación futura sobre el tema de los productos médicos de este tipo.

### Retirada de EE.UU. de la OMS

Al entrar en funciones, el presidente Trump emitió una orden ejecutiva en la que anunciaba la intención de Estados Unidos de retirarse de la OMS.

Desde la clausura de la 12ª reunión del Mecanismo, EE.UU. y Brasil representan a las Américas en el Comité Directivo del Mecanismo. EE.UU. preside los grupos de trabajo sobre:

- Actividad H: Desarrollar estrategias para que las autoridades reguladoras nacionales mitiguen los riesgos para la salud pública que plantea la distribución de productos médicos de calidad inferior y falsificados a través de los mercados informales.
- Actividad F: Presidencia del recién creado grupo de trabajo F: Estados Unidos de ; Refuerzo de la cadena de suministro de excipientes de alto riesgo y materias primas relacionadas.

## **Informes sobre las reuniones 12ª y 13ª del Mecanismo de los Estados miembros sobre medicamentos de calidad subestándar y falsificados (EB156/11)**

Durante la 12ª reunión del mecanismo de los EM se creó una nueva actividad prioritaria centrada en la identificación y respuesta a los "problemas emergentes" de los productos médicos de calidad inferior y falsificados. En la reunión también se hizo hincapié en la importancia del compromiso multisectorial. A la luz de , se reflexionó sobre el hecho de que una cartografía de las partes interesadas sería un paso importante que podría proporcionar información adicional las formas en que los ANE podrían participar en el mecanismo en el futuro.

La 13ª reunión del mecanismo incluyó un informe sobre la evaluación independiente del mecanismo de los Estados miembros. El informe señala que el Comité Directivo del mecanismo necesitaba más tiempo para estudiar las recomendaciones de la evaluación (véase EB156/12). El Comité Director recomendó que el mecanismo de los Estados miembros:

- proponen que los órganos de gobierno se abstengan de tomar decisiones sobre la evaluación en sus próximas reuniones de 2025;
- solicitan que el informe de la 14ª reunión del mecanismo de los Estados miembros se presente a la EB158 y a la WHA79, para que los órganos rectores puedan examinar los resultados de las deliberaciones del mecanismo y adoptar las medidas que sean necesarias.

Durante la 13ª reunión del Mecanismo EM se presentó una propuesta para invitar a la Fundación Bill y Melinda Gates a informar en una futura reunión del Comité Directivo sobre sus esfuerzos relación con la actividad prioritaria D, es decir, la reducción de la carga de productos médicos de calidad inferior y falsificados. El Comité Directivo aceptó esta propuesta.

## **Evaluación del mecanismo de los EM sobre productos médicos de calidad subestándar y falsificados**

El documento EB156/12 resume algunas de las principales conclusiones de una evaluación independiente del Mecanismo EM. Entre ellas figuran las siguientes:

- Los Estados miembros HIC y MIC participan en el mecanismo de los EM más que los demás;
- Faltaban pruebas sólidas sobre la eficacia y el impacto de las actividades;
- El compromiso con los agentes no estatales y otras partes interesadas (en línea con la FENSA) es importante para garantizar la coherencia del trabajo de los HSH;
- La seguridad financiera del mecanismo existe a corto plazo (aproximadamente el bienio actual); la reducida base de donantes conlleva riesgos;
- Había pocas pruebas de que el mecanismo hubiera tenido en cuenta de forma proactiva las cuestiones de género, equidad y derechos humanos en la planificación y ejecución de sus actividades;
- En general, se apoyó firmemente un mayor compromiso y participación de las partes interesadas externas, tanto por parte de quienes trabajan en el mecanismo (los Estados miembros y la secretaría) como de los donantes y otras partes interesadas. Sin embargo, se insta a la cautela en lo que respecta tanto a



difusión de información específica sobre cada país (por ejemplo, en relación con incidentes de calidad inferior y falsificación) y a implicar a los agentes no estatales, incluido el sector privado, de conformidad con el Marco de Compromiso con los Agentes No Estatales.

- En cuanto a la equidad, el mecanismo podría considerar la posibilidad de dar una prioridad más explícita a las necesidades de los grupos de población más vulnerables. Es necesario hacer más para promover la participación activa de los Estados miembros con menores ingresos en el mecanismo.

La evaluación también dio lugar a recomendaciones sobre cómo podría modificarse el funcionamiento del mecanismo de los EM. Entre ellas destacan las recomendaciones 1 y 5, que afectan al compromiso del mecanismo de los EM con los ANE y pueden plantear problemas de conflicto de intereses. Citando el [informe](#), la recomendación 1 es la siguiente:

"Recomendación 1: Los Estados miembros deberían considerar la posibilidad de revisar el formato del mecanismo de los Estados miembros para beneficiarse de unos conocimientos técnicos más pertinentes; una mejor colaboración con las partes interesadas externas; y un posible aumento de la financiación y de la participación de los Estados miembros. dos opciones posibles para avanzar en estos ámbitos.

- Opción A: disolver el actual mecanismo de los Estados miembros y establecer un nuevo formato que dependería del Director General de la OMS, pero que seguiría contando con importantes aportaciones de los Estados miembros. Podría tratarse de un grupo consultivo o de un formato híbrido más adaptado. Esta revisión tendría que ser propuesta por el mecanismo de los Estados miembros y aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud a través del Consejo Ejecutivo. Podría crearse un grupo de trabajo para guiar este proceso.
- Opción B: Utilizar el formato existente del mecanismo de los Estados Miembros y experimentar con una mayor participación de expertos técnicos en los campos relacionados con los grupos de trabajo del mecanismo, y aumentar la participación de los Estados Miembros, así como el compromiso con partes interesadas externas, incluso en reuniones formales (en consonancia con las resoluciones y decisiones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud, el reglamento interno de la Asamblea Mundial de la Salud y dentro del Marco de Compromiso con Actores No Estatales).

La opción A sería la que tendría más posibilidades de éxito a largo plazo. La opción B sería menos difícil de lograr. Al elegir entre estas dos opciones, los Estados miembros podrían considerar primero explorar la opción B".

Recomendación 5 tal y como aparece en el informe:

"Recomendación 5: Mejorar el compromiso externo desarrollando estrategias de compromiso diferenciadas (en línea con el Marco de Compromiso con Actores No Estatales). Esto incluirá formas de relacionarse con los donantes y los socios estratégicos y operativos. Como base para el desarrollo de una estrategia de compromiso con las partes interesadas dirigida a los socios estratégicos y operativos, debe llevarse a cabo un mapeo completo de las partes interesadas. El mecanismo de los Estados miembros, en consulta con la unidad de Diligencia Debida y Agentes No Estatales de la Oficina de Cumplimiento, Gestión de Riesgos y Ética, debería elaborar orientaciones específicas para la colaboración con partes interesadas externas, como la industria farmacéutica, que tiene mucho que ofrecer en la lucha contra los productos de calidad inferior y falsificados, pero que debe actuar con cautela debido a conflictos de intereses potenciales o percibidos. En el ámbito regional, se deberían realizar esfuerzos para buscar una mayor colaboración, por ejemplo aumentando la participación regional en algunos grupos de trabajo de los mecanismos de los Estados miembros y con los puntos focales nacionales."

## Comentario del MSP

El MSP insta a los Estados miembros a que den instrucciones a la secretaría para que cualquier cambio en el funcionamiento del mecanismo de los Estados miembros garantice la transparencia de sus deliberaciones, tanto con las partes interesadas internas como externas. Instamos a que cualquier participación de las partes interesadas incluya a todos los actores relevantes, incluidos los fabricantes de genéricos, las entidades farmacéuticas públicas y las OSC que abogan por un acceso equitativo a los medicamentos; no sólo a las grandes farmacéuticas.

Instamos a los EM a que centren urgentemente su atención en intervenciones que aborden los elevados costes de acceso a los medicamentos y a los servicios de salud de manera oportuna y adecuada, y que garanticen la funcionalidad de los sistemas de salud, y de los centros de salud pública en particular. En este sentido, es importante que se publique el tan esperado informe sobre los determinantes sociales de la salud, debatido en el EB152.

# Tema 11 Nomenclatura normalizada de los productos sanitarios

## En el punto de mira

De conformidad con la decisión [WHA75\(25\)](#) (2022), la Directora General ha publicado un informe ([EB156/13](#)) sobre la integración de términos, códigos y definiciones en el Sistema de Información Prioritaria sobre Productos Sanitarios ([MeDevIS](#)) y su vinculación con otras plataformas de la OMS. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar nuevas orientaciones.

## Fondo

EB156/3 ofrece una visión general de la historia de esta complicada historia. Véase también Tracker links to [previous EB & and/or WHA discussions of medical devices](#) and the [WHO summary of Executive Board decision making](#) related to a standardized nomenclature for medical devices and its use in Priority Medical Devices Information System (MeDevIS).

Una clasificación, codificación y nomenclatura internacional normalizada de los productos sanitarios favorece la evaluación tecnológica, la regulación (establecimiento de normas, aprobación de la comercialización), la seguridad del paciente (notificación de efectos adversos), la adquisición (posibilidad de descubrirlos, pedidos) y la calidad de asistencia en salud (eficacia, rentabilidad).

Una ventaja particular de la normalización desde el punto de vista de la OMS es que hace más útiles las listas de productos sanitarios prioritarios de la OMS al especificar con mayor precisión los productos a los que se hace referencia. Estas listas incluyen actualmente:

- salud reproductiva, materna, neonatal e infantil,
- gestión del cáncer,
- enfermedades cardiovasculares y diabetes,
- cuidado de los ojos,
- cirugía de urgencia, y
- diagnóstico in vitro.

La mayoría de estas funciones seguirán beneficiándose del nuevo MeDevIS (incluidos los sistemas EMDN y GMDN), aunque la investigación y evaluación a través de las fronteras internacionales será algo más complicada que si se hubiera desarrollado un único sistema global.

Otra ventaja de disponer de un sistema de nomenclatura normalizado es que puede utilizarse para apoyar la identificación única de productos (UDI) obligatoria y la documentación de la UDI en los historiales clínicos. Este requisito puede facilitar las recopilaciones y análisis internacionales para la seguridad del paciente, la investigación clínica y la vigilancia posterior a la aprobación de comercialización. (Véase [TGA](#) y [FDA](#) sobre UDI).

Aunque el Foro Internacional de Reguladores de Dispositivos Médicos recomendó originalmente el desarrollo de un UDI obligatorio aplicable globalmente ([aquí](#)), esto se ha archivado por el momento. A nivel nacional, la UDI obligatoria, utilizando la EMDN o la GMDN, sigue siendo posible.

## Comentario del MSP

La Secretaría ha aceptado que no es factible un único sistema de nomenclatura universal de código abierto y de libre acceso que se articule con otras clasificaciones de la OMS, especialmente la CIE11.

La reticencia de algunos países, actualmente comprometidos con un sistema concreto, a aceptar avanzar hacia una normalización internacional de acuerdo con los principios esbozados por la Secretaría, es comprensible para evitar trastornos en sus sistemas actuales.

El sector de los productos sanitarios es enorme y los políticos son muy sensibles a las acusaciones de "burocracia". Es de suponer que los gobiernos se han visto presionados por los fabricantes de dispositivos, las organizaciones hospitalarias y las organizaciones de seguros de salud privados, que han organizado sus sistemas en torno a una clasificación concreta.

Se agradece el trabajo realizado por la Secretaría en la creación de MeDeIS1.

El MSP insta a los Estados miembros a que apoyen el desarrollo continuado de MeDeIS por parte de la Secretaría, ampliando su gama de recursos de orientación sobre productos sanitarios prioritarios, y a que sigan trabajando en pro de la interoperabilidad con otros sistemas de clasificación (especialmente CIE, CIPM y CIF).

Sería útil contar con asesoramiento sobre las vías a largo plazo dirigidas a armonizar la Red Europea de Migración y la Red Mundial de Migración.

## Punto 13 Proyecto de estrategia para la medicina tradicional

### En el punto de mira

En su decisión [WHA76\(20\)](#) (2023), la Asamblea de la Salud decidió prorrogar la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional hasta 2025. En respuesta a la petición de redactar una nueva estrategia mundial sobre medicina tradicional para el periodo 2025-2034 en consulta con los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes, la Directora General ha publicado el proyecto de estrategia ([EB156/16](#)) para que la 78.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud lo examine por conducto del Consejo.

### Fondo

Enlaces de seguimiento a [debates anteriores del EB y/o la AMS sobre medicina tradicional](#)

Véase también [Diálogo Sur-Sur sobre Sostenibilidad: medicina tradicional en el Sur](#) Programa de seminarios web sobre Global, UTC 1300, 15 y 16 de noviembre.

### Comentario del MSP

Los conocimientos y prácticas de salud tradicionales (incluidos los indígenas) son intrínsecos a las identidades y significados de muchas culturas diferentes. Éstas, y otras tradiciones curativas que no se alinean con la medicina alopática, ofrecen a las personas y comunidades un sentido de autonomía a la hora de elegir cómo gestionar su salud. Es necesario y apropiado que la OMS se comprometa en este campo como parte de la promoción de la Salud para Todos.

Los conceptos de integración y complementariedad son diferentes; se definen en el contexto de la relación de los conocimientos y prácticas tradicionales con las instituciones establecidas de la medicina alopática. La OMS debe actuar con cautela a la hora de ofrecer principios universales que rijan estas relaciones.

El MSP aprecia el trabajo que la OMS ha dedicado al proyecto de estrategia sobre medicina tradicional, pero insta al Consejo a que solicite más trabajo antes de presentar un proyecto revisado a la Asamblea de la Salud.

El proyecto actual presenta importantes deficiencias. Mandarlo tal como está podría tener consecuencias perjudiciales, aunque no deseadas.

- el proyecto actual está impregnado de los supuestos de la colonialidad y privilegia el estatus de patrón oro de la ciencia modernista;
- el presente proyecto no reconoce las continuas presiones de la colonialidad (desplazamiento, extractivismo) sobre las culturas y entornos de muchos pueblos indígenas, tanto en relación la determinación social (política, económica) de su salud, como con sus conocimientos tradicionales y prácticas relacionadas con la salud;
- el debate sobre la integración y la complementariedad sitúa, como reto político clave, la relación de los conocimientos y prácticas tradicionales con una alopátia dominante y sin problemas; se ignora la necesidad de respeto y las posibilidades de aprendizaje mutuo;
- no se reconocen ni abordan las contradicciones entre los conocimientos indígenas de propiedad colectiva y las normas e instituciones de la propiedad intelectual privatizada.

## Colonialidad y ciencia empirista

El proyecto de estrategia utiliza los términos "evidencia" y "eficacia" en todo el documento. Basada en pruebas" es el primer principio, y establecer la "base empírica" es el primer objetivo estratégico. Supone que las normas de la ciencia empírica son las que determinan el valor en última instancia.

No se reconoce el papel de la ciencia empirista en la racionalización del racismo y el colonialismo. No se reconoce el uso continuado de la ciencia empirista para descartar, ignorar y faltar al respeto a los pueblos indígenas y al "otro" racializado y cosificado.

Cuando se habla de "pruebas", es necesario recordar que los pueblos indígenas son pueblos antiguos, cuya fuerza y supervivencia han sido posibles gracias a sus tradiciones culturales, incluidas sus medicinas tradicionales ancestrales; estas tradiciones son una parte necesaria del fortalecimiento de la salud en sus tierras.

El privilegio de la "evidencia" y la "eficacia" plantea la perspectiva de documentar y evaluar los sistemas médicos "no codificados" y descartar aquellas tradiciones que no cumplan los estándares de la racionalidad cartesiana.

La validación de los conocimientos tradicionales a través de las normas de la modernidad científica corre el riesgo de despojar a los conocimientos y prácticas indígenas de su contexto cultural, incluida su espiritualidad.

## Salud, cultura, medio ambiente

El debate sobre el holismo en relación con la salud no hace justicia a los vínculos intrínsecos entre la espiritualidad indígena y la medicina tradicional ancestral en el mundo. Cuando se habla de comunidades, hay que considerarlas dentro de sus territorios de vida, respetando sus usos y costumbres, así como su propia cosmovisión y espiritualidad ancestral.

El borrador aborda la medicina tradicional como si estuviera separada de su contexto medioambiental, incluidos los derechos sobre la tierra, las fuentes de agua y la biodiversidad. Sin ellos, la medicina tradicional no existe.

Cualquier borrador futuro de esta estrategia debe abordar la determinación social de la salud indígena, incluyendo el extractivismo, el calentamiento global y el desplazamiento, que son riesgos existenciales contemporáneos para la salud de los pueblos indígenas.

El borrador reconoce que la medicina tradicional está arraigada en el entorno natural, pero a continuación identifica la necesidad de "prácticas sostenibles de TCIM" como parte de la protección de la biodiversidad y la aplicación de las políticas de "Una sola salud". Es cierto que hay algunos casos bien conocidos de abastecimiento insostenible de medicinas tradicionales, pero las mayores amenazas a la biodiversidad surgen del capitalismo obsesionado con el crecimiento y del extractivismo. En este sentido, las espiritualidades indígenas tienen un importante papel que desempeñar en la promoción de una relación más sostenible entre la sociedad humana y el resto del entorno natural.

El borrador respalda el enfoque "Una sola salud" de la política medioambiental y las interacciones de los seres humanos, los animales y las plantas en el medio ambiente. Esto es lamentable porque las ideas de "Una sola salud" se están utilizando ampliamente para sugerir que la sostenibilidad, la biodiversidad y la seguridad en salud son compatibles (pueden hacerse compatibles) con el capitalismo obsesionado con el crecimiento.

## Integración y complementariedad: conceptos sueltos y arriesgados. ¿Y el respeto?

El proyecto propone la "integración de las TCIM en los servicios de salud". Hay algunos contextos en los que esto se ha llevado a cabo con éxito, aunque a menudo a costa de la mercantilización de la terapéutica. Sin embargo, hay otros contextos en los que la integración en los servicios de salud sugiere la subordinación de los conocimientos y prácticas tradicionales a la ciencia médica modernista. La idea de complementariedad conlleva algunos de los mismos riesgos, cuando el precio de la legitimación es la subordinación.



Lo que falta en este debate en el proyecto de estrategia es el respeto y la posibilidad de una acomodación transdisciplinar de la diferencia. A este respecto, la insistencia modernista en la verdad singular constituye una verdadera barrera para una coexistencia respetuosa de los saberes.

La ciencia médica modernista tiene mucho que aprender de las culturas tradicionales de la salud y la curación, incluidas las relaciones de la salud con el entorno (incluida la espiritualidad) y el empoderamiento que resulta de la autonomía en las opciones de en salud .

### **Protección de la propiedad intelectual colectiva**

El proyecto de estrategia aborda la propiedad intelectual en la Dirección 4.2.

Algunas corrientes de la medicina tradicional se han incorporado al marco de la propiedad intelectual privatizada, pero no todas. Sigue habiendo interés comercial en la explotación de las tradiciones indígenas en busca de productos "eficaces" según el paradigma de la medicina moderna. La privatización de este tipo de conocimientos, que antes eran de propiedad colectiva, puede equivaler a un robo (según las conocidas tradiciones del colonialismo).

El proyecto debería especificar que el Convenio sobre la Diversidad Biológica y el Protocolo de Nagoya deben tener precedencia legislativa cuando sean contrarios a las normas de la propiedad intelectual y los ADPIC.

# Tema 15 Labor de la OMS en situaciones de emergencia

## En el punto de mira

En su informe ([EB156/18](#)), el Director General describe la respuesta de la OMS en 2024 a 45 emergencias de salud en 87 países y territorios, así como los desafíos operacionales concurrentes. La OMS seguirá coordinando la respuesta de salud, colaborando con los asociados, prestando apoyo a los Estados Miembros en la creación de capacidades críticas y abogando por una financiación sostenible para hacer frente al aumento de las necesidades de salud humanitarias. Se invitará al Consejo a que tome nota del informe y proporcione orientaciones sobre:

- ¿Cómo puede la Secretaría trabajar con los Estados miembros y los socios para garantizar una financiación más sostenible y predecible de las emergencias de salud, asegurando que los fondos se utilicen de manera eficiente para proporcionar asistencia en salud que salva vidas, mantener los servicios esenciales y abordar las crecientes necesidades de las poblaciones vulnerables afectadas por conflictos, desastres naturales y cambio climático?
- ¿Cómo puede la Secretaría mejorar su cooperación con los Estados miembros y las organizaciones asociadas para mejorar la coordinación, agilizar los esfuerzos de respuesta a las emergencias y fomentar la resiliencia de las comunidades y los sistemas de salud para resistir mejor futuras crisis?

## Fondo

Enlaces de seguimiento a [debates anteriores del Consejo Ejecutivo y/o la Asamblea Mundial de la Salud sobre emergencias](#)

## Comentario del MSP

La OMS sigue teniendo que hacer frente a una demanda creciente a medida que se extienden las emergencias de salud (nuevos conflictos, por ejemplo, Sudán), tardan en remitir (por ejemplo, Palestina, Ucrania) y otros organismos de las Naciones Unidas que podrían prestar asistencia carecen de financiación suficiente (por ejemplo, el OOPS, que no se menciona explícitamente en este documento, pero es probable que sea pertinente).

El MSP acoge con satisfacción el énfasis en el mantenimiento de los servicios esenciales durante las emergencias de salud. El documento señala que:

"El Llamamiento Mundial de Emergencia en salud 2024 de la OMS solicitó US\$ 1.500 millones para proteger la salud de las poblaciones más vulnerables que se enfrentan a emergencias. Representa la cantidad total estimada necesaria para prestar apoyo a 41 crisis de salud en curso en todo el mundo. A 22 de octubre de 2024, la OMS tenía acceso a US\$ 1 020 millones de financiación para responder a emergencias de salud urgentes y complejas, de los cuales US\$ 415 millones se habían recibido en 2024. **El déficit de financiación restante de US\$ 478 millones** limita la capacidad de la Secretaría y de los Estados Miembros para atender las necesidades de salud de las comunidades afectadas por crisis de salud".

Muchos de factores que impulsan las emergencias mencionadas en el informe son evitables (por ejemplo, la crisis climática; la violencia y los conflictos; la proliferación de la industria armamentística; el incumplimiento del derecho internacional; los sistemas alimentarios que contribuyen a las enfermedades zoonóticas, el hambre y la malnutrición; los derechos de propiedad intelectual y las políticas comerciales que impiden la fabricación regional diversificada de los productos sanitarios necesarios para gestionar los brotes, las PHEIC y las pandemias), pero el informe no los enmarca en estos términos, ni discute la necesidad de intervenciones estructurales que aborden las "causas de las causas".

# Tema 16 Aplicación de la resolución WHA75.11 (2022) Guerra de Ucrania

## En el punto de mira

De conformidad con la decisión [WHA77\(17\)](#) (2024) sobre la emergencia en salud en Ucrania y los países de acogida y recepción de refugiados, derivada de la agresión de la Federación de Rusia, la Directora General presentará al Consejo un informe ([EB156/19](#)) sobre la respuesta de la Secretaría a la aplicación de la resolución [WHA75.11](#) (2022). En el informe se detallarán las repercusiones en la salud y el apoyo de la OMS al sector sanitario. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe.

## Fondo

Enlaces de seguimiento a [debates anteriores del Consejo Ejecutivo y/o la Asamblea Mundial de la Salud sobre la resolución WHA75.11 \(guerra entre Rusia y Ucrania\)](#)

## Comentario del MSP

En el documento EB156/19 se facilitan muchos datos sin mucho contexto ni análisis, pero esto puede reflejar las dificultades de operar en este entorno.

No hay estimaciones sobre las causas de muerte.

El informe proporciona el número de servicios de salud con daños en la infraestructura, pero no si esto significa que no funcionaban en absoluto o que seguían funcionando parcialmente. Informa de que 99 instalaciones (12%) sufrieron daños por motivos ajenos al conflicto; no queda claro cómo se produjeron los daños.

La escasez de personal es elevada y el principal factor que afecta a la funcionalidad. Es de suponer que esto se debe a los desplazamientos, pero no se especifica ni se indica qué se está haciendo para intentar aumentar las cifras (quizá los programas de divulgación se consideren una estrategia más adecuada dadas las circunstancias, pero el informe no lo explica).

El coste de los medicamentos para las ENT fue un problema para el 55% de las personas encuestadas. ¿Dónde se compran los medicamentos o se adquieren en los centros de salud? ¿Era este un problema antes del conflicto? La OMS suministró 14,8 millones de dólares en medicamentos, equipos médicos y suministros (presumiblemente también entre enero y agosto de 2024). ¿No es suficiente?

La prevalencia de la tos ferina, la hepatitis A y el sarampión es preocupante, especialmente si se compara con la del año anterior, cuando el conflicto ya había comenzado. El informe señala que las "medidas adicionales de inmunización" puestas en marcha por el Ministerio de Sanidad han tenido éxito.

El informe señala que se recibieron 395 solicitudes de asistencia a través de la plataforma de planificación y respuesta de solicitudes de salud. Sería útil saber para qué eran.

El programa de divulgación (11) suena impresionante y es lo que se necesita, pero habría sido útil un poco más de detalle. ¿Cuál es la prioridad de los distritos? ¿De dónde procede el personal?

Se imparte mucha formación continua. Parece que muchas organizaciones imparten este tipo de formación. Algunas actividades en países vecinos parecen interesantes. Sería útil conocer más detalles.

El llamamiento a la financiación a dos tercios del año, con un 24% de financiación, es preocupante.

# Tema 17 Condiciones de salud en los territorios palestinos ocupados, incluido Jerusalén Este, y en el Golán sirio ocupado

## En el punto de mira

En la Resolución WHA77.16 (2024) y la Decisión WHA77(18) (2024), la Asamblea de la Salud pidió al Director General que informara "sobre las consecuencias para la salud pública de la catastrófica crisis humanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, en particular con respecto a los actos de violencia contra los heridos y los enfermos, el personal médico y el personal humanitario dedicado exclusivamente a tareas médicas, sus medios de transporte y equipo, así como los hospitales y otras instalaciones médicas, y que presente recomendaciones al respecto al Consejo Ejecutivo en su 156ª reunión [...] teniendo presentes las obligaciones jurídicas de la potencia ocupante".

La Directora General presentó el informe [EB156/20](#), en el que se detallan las conclusiones basadas en la vigilancia y la gestión continuas de los riesgos para la salud pública por parte de los equipos de emergencia de la OMS y en coordinación con los asociados de salud. Se invita al Consejo Ejecutivo a tomar nota del informe y a proporcionar orientaciones a los Estados Miembros sobre cómo pueden "prevenir y mitigar los ataques contra la en salud " y "garantizar un espacio seguro para la acción humanitaria."

## Fondo

Enlaces a [anteriores debates sobre Palestina en el Consejo Ejecutivo y/o la Asamblea Mundial de la Salud](#)

En el orden del día de la Asamblea Mundial de la Salud se ha incluido un punto sobre las condiciones de salud en los territorios palestinos ocupados desde 1968, el año siguiente a la Guerra de los Seis Días y la Naksa (el desplazamiento de cientos de miles de palestinos).

La validez del tema como punto independiente del orden del día siempre ha dividido a los Estados miembros: la mayor parte del Sur global apoya su importancia, mientras que un bloque más pequeño, encabezado por Estados Unidos e Israel, tiende a rechazar el punto alegando que "señala" a Israel para la crítica y "politiza" la Organización Mundial de la Salud. No obstante, el punto se debate todos los años, centrándose en un informe elaborado por el Director General sobre los retos de salud a los que se enfrentan los palestinos. Invariablemente, el debate sobre este punto es acalorado y concluye con una tediosa votación nominal país por país antes de la adopción de una decisión por la que se solicita al Director General que elabore un informe similar para presentarlo en la edición de la Asamblea del año siguiente.

En la 77ª Asamblea Mundial de la Salud, en medio de la campaña de violencia militar que Israel llevaba a cabo en la Franja de Gaza desde hacía ocho meses, las condiciones de salud de Palestina se debatieron en dos puntos distintos del orden del día.

La Asamblea adoptó una Decisión ([WHA77\(18\)](#)) por la que se condenaba la violencia de Israel contra la población de Gaza y sus ataques contra la infraestructura y el personal de salud de la Franja, y una Resolución ([WHA77.16](#)) por la que se exigía a todas las partes que cumplieran sus obligaciones en virtud del derecho internacional y se pedía que se ampliara rápidamente la ayuda humanitaria y médica. En ambas medidas se pedía al Director General que informara sobre las repercusiones de salud de la crisis humanitaria en los Territorios Palestinos Ocupados.

Dos semanas antes del inicio de la EB156, el 19 de enero de 2025, entró en vigor la primera fase de un alto el fuego en varias etapas en Gaza entre Israel y Hamás.

## Comentario del MSP

El informe [EB156/20](#) del Director General describe la crisis en salud y humanitaria en la Palestina ocupada, centrándose en el periodo comprendido entre enero y agosto de 2024. Las estadísticas de la crisis son devastadoras, con al menos 18.900 muertos y 38.916 heridos por la violencia de Israel sólo en Gaza durante el periodo del informe. Durante los quince meses transcurridos desde el 7 de octubre, se han confirmado más de 46.000 muertos y 110.000 heridos en Gaza, la gran mayoría no combatientes.

Como señala el informe, los supervivientes de la embestida sin precedentes de Israel se han enfrentado a una catástrofe en salud y humanitaria caracterizada por el desplazamiento forzoso de prácticamente toda la población del enclave y la escasez fabricada de alimentos, agua potable, instalaciones de saneamiento, medicamentos, combustible y suministros médicos. La campaña de Israel ha generado condiciones de hambre, sed, hacinamiento y saneamiento deficiente. La propagación de enfermedades infecciosas, sobre todo diarreicas, ha sido alarmante. En el verano de 2024 se detectó en Gaza el primer caso de polio en un cuarto de siglo.

Los efectos de todas estas crisis se han visto agravados por la destrucción de las infraestructuras de salud y de atención a la salud de Gaza, que han sido blanco sistemático de las fuerzas israelíes, y el asesinato y secuestro de trabajadores de salud por parte de las FDI.

Las cifras de morbilidad y mortalidad detalladas en el informe son alarmantes, pero es casi seguro que subestiman la gravedad de la crisis en salud en Gaza, probablemente por un amplio margen. El informe del DG debería haber sido más explícito al respecto. La cifra oficial de 46.000 muertos en total (o 18.900 en el periodo que abarca el informe) no refleja los miles de civiles palestinos desaparecidos y atrapados bajo los escombros de sus antiguos hogares y comunidades. El informe calcula que el 22% de los habitantes de Gaza padecen trastornos mentales. Sin embargo, dadas las condiciones infernales de la Franja, es imposible imaginar que alguien en Gaza viva sin los efectos de un trauma considerable, angustia mental y lesiones psicológicas.

El principal defecto del informe es su absurdo uso de la voz pasiva. A pesar de las objeciones de Israel a ser "señalado" por la presencia de este punto en el orden del día, merece la pena señalar que el informe del director general hace todo lo posible por evitar cualquier mención a la criminalidad de Israel. Así, el informe puede describir con desesperación cómo "el sistema de salud de la Franja de Gaza se ha visto gravemente degradado por los ataques a la asistencia en salud " y "las misiones que transportan combustible, suministros médicos y de otro tipo [han sido] obstaculizadas en gran medida" sin mencionar al Estado responsable de bombardear sistemáticamente las infraestructuras de salud y de dejar deliberadamente sin lo más esencial para la vida a una población de dos millones de personas.

Estos informes no siempre han sido tan asépticos (de hecho, en los años setenta y ochenta fueron explícitos al identificar la ocupación militar como un obstáculo para la salud y describir la situación en Palestina como colonialismo de colonos).

Es necesario un compromiso más explícito con los determinantes políticos de la salud. Incluso antes del 7 de octubre de 2023, los principales factores que afectaban a la salud de los palestinos eran políticos.

El MSP pide a la Secretaría y a los Estados miembros que reconozcan el contexto político de ocupación, apartheid, limpieza étnica y colonialismo de colonos, un contexto que tiene repercusiones directas en la salud de los palestinos, incluso fuera de los periodos de conflicto militar agudo.

La defensa de la OMS de un alto el fuego en Gaza ha sido admirable, pero ni mucho menos suficiente. En su lugar, la OMS debería pedir el fin de la ocupación, no mejores condiciones bajo la ocupación. Con demasiada frecuencia, este organismo rehúye defender políticamente la salud.



*¡Salud para Todos y Todas, Ahora!*  
**Movimiento para la salud de los pueblos**

Por último, el MSP pide a los Estados miembros y a la OMS que se pronuncien explícitamente contra los crímenes de limpieza étnica, genocidio y castigo colectivo cometidos por la potencia ocupante. Estos crímenes afectan directamente a la salud y, contrariamente a lo que afirman algunos Estados miembros, son competencia de la OMS.

# Tema 18 Revisión universal de la salud y la preparación

## En el punto de mira

Conforme a lo solicitado en la decisión [WHA77\(10\)](#) (2024) sobre la Revisión universal de la salud y la preparación, el Director General presentará un informe ([EB156/21](#)) sobre las lecciones aprendidas, las implicaciones, los beneficios, los retos y las opciones para los próximos pasos. Se invitará al Consejo a tomar nota del informe.

Se invita a la Junta a **tomar nota del informe y a identificar oportunidades para mejorar y promover el Examen Universal de la Salud y la Preparación** como mecanismo para hacer avanzar la seguridad en salud y la solidaridad entre los Estados Miembros. Asimismo, se invita al Consejo a considerar en sus debates las siguientes cuestiones.

- ¿Cómo puede la Secretaría, guiada por los Estados miembros, seguir mejorando el conocimiento y la comprensión del proceso de Revisión y promover una participación más amplia, dando prioridad al mismo tiempo a la seguridad en salud de los más necesitados?
- ¿Cuáles son las mejores maneras de integrar el Examen en los marcos de salud mundiales y las iniciativas regionales existentes para aumentar su impacto y coherencia?
- ¿Qué asociaciones y colaboraciones con otras iniciativas de salud mundial apoyarían mejor los objetivos de la Revisión?

## Fondo

Enlaces a [debates anteriores del Consejo Ejecutivo y/o la Asamblea Mundial de la Salud sobre la Declaración Universal de Derechos Humanos](#)

En noviembre 2020, la DG anunció la Revisión Universal de la Salud y la Preparación como una iniciativa dirigida por los Estados miembros.

En la resolución WHA74.7 (2021) se pedía al DG que elaborara una nota conceptual detallada para orientar una fase piloto voluntaria del Examen Universal de la Salud y la Preparación (en adelante, "el Examen"), basada en los principios de transparencia e inclusión.

A continuación, se presentó una nota conceptual a la AMS75, que tomó nota de ella; dicha nota conceptual sirvió de base para la elaboración de la presente Revisión.

La AMS77 tomó nota de los progresos realizados y, mediante la decisión WHA77(10) (2024), pidió al DG que, en consulta con los EM, siguiera desarrollando la fase piloto voluntaria de la Revisión, incluida la revisión paritaria mundial piloto voluntaria, y que informara a la AMS87, a través del EB156, sobre las lecciones aprendidas, las implicaciones, los beneficios, los retos y las opciones para los próximos pasos. El presente informe responde a dicha petición.

Hasta la fecha, 8 países han completado el proceso de revisión nacional en el marco de la Revisión, 3 de los cuales han finalizado la fase de revisión global por pares. Se trata de la República Centroafricana, Irak, Tailandia, Portugal, Sierra Leona, la República del Congo, Camerún y la República Unida de Tanzania. Esta fase piloto voluntaria ha contribuido a recopilar las mejores prácticas y se han recogido las lecciones aprendidas

Retos (citando el documento)

Como proceso liderado por los Estados miembros, la Revisión se enfrentó a retos a la hora de movilizar recursos, atención y compromiso político. Las limitaciones de tiempo asociadas a una agenda global en salud cargada, las negociaciones en curso y las múltiples reformas, junto con el estatus de fase piloto de la Revisión, contribuyeron a que los niveles de compromiso de los Estados miembros variaran.

La duración de la fase de revisión previa a la revisión inter pares global, que puede durar varios meses, se percibió en ocasiones como un factor disuasorio. Una de las preocupaciones está relacionada con el impulso y el compromiso necesarios para completar el proceso.

Beneficios (basados en los autoinformes de los EM)

El informe contiene un lenguaje elogioso sobre los beneficios de la revisión al afirmar que "El proceso de revisión ha llevado a mejorar la seguridad global en salud y la gobernanza mediante el aumento de la solidaridad, la inclusión y la coherencia"; sin embargo, sobre todo habla del impacto del proceso a nivel nacional, incluyendo:

- el éxito de los procesos de alto nivel a la hora de facilitar diálogos multisectoriales a escala nacional que fomenten la aceptación y la apropiación por parte de los políticos de alto nivel, una mayor influencia de los ministerios de sanidad dentro del liderazgo nacional y una mayor promoción de la seguridad en salud como prioridad nacional;
- más aprecio por los enfoques de todo el gobierno y toda la sociedad
- más información sobre las necesidades de inversión y los retos de financiación,

El informe afirma que la revisión contribuyó a "seguir promoviendo la solidaridad, el diálogo y la cooperación a nivel nacional, regional y mundial para facilitar el aprendizaje entre iguales y el intercambio de buenas prácticas y lecciones aprendidas". En el párrafo 15, el documento afirma de nuevo: "El proceso de revisión ha fomentado la colaboración facilitando el diálogo entre los Estados miembros y a través de los organismos regionales. En particular, la revisión paritaria mundial permitió el diálogo global en un espíritu de solidaridad mundial, mejorando las asociaciones y promoviendo el intercambio de mejores prácticas y lecciones aprendidas".

## Comentario del MSP

En el documento se incluye poca información que corrobore los éxitos del proceso de revisión. Sin embargo, en la nota 3 se incluye una URL que enlaza con el "[Outcome report](#) of the Universal health and Preparedness Review Global Peer Review". Es de suponer que este informe sirva de base para el análisis contenido en el documento EB156/21.

Los datos del Informe de Resultados son en gran parte autoinformados por los Estados miembros que emprenden el proceso de revisión. Si bien los Estados miembros acogen con satisfacción la participación en el proceso de revisión y consideran que ha reforzado su capacidad para salir de los compartimentos estancos sectoriales a nivel nacional, ayuda a crear un apoyo político de alto nivel para las iniciativas de preparación y contribuye a la cooperación a nivel regional, es difícil saber cómo se traducen estos beneficios en una mayor "preparación" para responder a las amenazas a la seguridad en salud en la práctica, especialmente si no se institucionalizan los tipos de medidas concretas de equidad que defienden el Grupo Africano y el Grupo para la Equidad en las negociaciones del Acuerdo sobre Pandemias.

Se pide a la Junta que proporcione orientación y comentarios sobre "asociaciones y colaboraciones con otras iniciativas de salud mundial" que puedan apoyar los objetivos de la Revisión. Resulta interesante que se dé por que las "iniciativas de salud mundiales" participarán en preparación, sobre todo teniendo en cuenta las críticas de la bibliografía académica y de los profesionales, que a veces socavan el control nacional sobre la respuesta a las emergencias y debilitan los sistemas nacionales de salud al fragmentarlos o institucionalizar enfoques aislados de la gobernanza nacional en salud (en lugar de enfoques de toda la sociedad y todo el gobierno).

## La colonialidad de la salud mundial

A partir de 2008, cuando entraron en vigor las RSI (2005), hubo una oleada creciente de críticas dirigidas a los países -en su mayoría de renta baja- que no habían implementado las capacidades básicas requeridas. A partir de 2014, las críticas fueron sustituidas por medidas para poner en marcha inspecciones externas, en principio voluntarias, como parte de la exigencia de responsabilidades a los infractores. La Evaluación Externa Conjunta fue la primera iteración, ahora subsumida en el Examen Universal de la Preparación en salud .



La responsabilidad de los países ante la "comunidad internacional" es importante, en relación con la seguridad global en salud como en muchos otros aspectos. Sin embargo, la evaluación de esta historia de señalamientos y presiones diplomáticas en relación con las capacidades básicas debe tener en cuenta algunas cuestiones más amplias.

En nuestra [Background Note on Accountability for the Core Capacities](#) analizamos los costes de oportunidad de las capacidades básicas, falta de responsabilidad del Norte global ante las crecientes amenazas a la seguridad global en salud y la colonialidad de la salud mundial. (En [PDF aquí completo](#) .)

## Tema 20 El impacto de los productos químicos, los residuos y la contaminación en la salud humana

### En el punto de mira

En la resolución [WHA76.17](#) (2023), la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que presentara un informe sobre los resultados del proceso entre reuniones para preparar recomendaciones sobre el Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional y la gestión racional de los productos químicos y los desechos después de 2020, a fin de que la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud lo examinara por conducto del Consejo, junto con un informe sobre las actualizaciones necesarias de la hoja de ruta de la OMS para mejorar la participación del sector de la salud en el nuevo instrumento.

El informe solicitado en el OP4(9) de WHA76.17 se facilita en el [documento EB156/23](#). En el párrafo 27 del documento, se invita al Consejo a tomar nota del informe y a considerarlo:

- cómo responder a la invitación de la Conferencia Internacional sobre Gestión de Productos Químicos a los órganos deliberantes para que refrenden o reconozcan y apoyen adecuadamente el Marco ([ICCM5, V/6](#)) y qué medidas podrían adoptarse para reforzar la cooperación y la coordinación entre la OMS y los ministerios de sanidad, así como la aplicación del Marco; y
- qué medidas podrían adoptarse para apoyar el refuerzo de la vigilancia en salud, la biovigilancia y los centros toxicológicos a escala nacional y regional, con el fin de dar mayor prioridad a estos ámbitos a la hora de actualizar la hoja de ruta de la OMS sobre productos químicos (tal como se solicitó en la [ICCM5, V/10](#)).

### Fondo

Enlaces de seguimiento a [anteriores debates del Consejo Ejecutivo y/o la Asamblea Mundial de la Salud sobre productos químicos, SAICM o medio ambiente](#) [Página principal de la Unidad de Seguridad y Salud de los Productos Químicos de la OMS](#)

[Hoja de ruta sobre los productos químicos \(A70/36, WHA70\(23\)](#), mayo

de 2017) [Red Mundial sobre Productos Químicos y Salud de la OMS](#)

[Programa Interinstitucional para la Gestión Racional de las Sustancias](#)

[Químicas Marco global sobre sustancias químicas](#) (adoptado por la ICCM5,

Nov 2023)

[Informe de la Quinta Sesión de la Conferencia Internacional sobre Gestión de Productos Químicos \(Nov 2023\)](#) (véase la lista de resoluciones a partir de [la página 22](#))

### Comentario del MSP

Se trata de un punto importante; el impacto de los productos químicos en la salud humana y en valores medioambientales más amplios es enorme, pero está poco regulado. Sin embargo, los problemas son complejos y se presentan en el documento EB156/23, casi en su totalidad, en términos de estructuras, relaciones y actividades institucionales.

Para fundamentar este punto en la urgencia de la gestión de los productos químicos, el documento podría haber detallado un poco más hasta qué punto la situación está fuera de control. Las medidas de protección de la salud humana y el medio ambiente son inadecuadas e insuficientes en relación con los evidentes niveles de riesgo de daños para las generaciones presentes y futuras. Se insta a los miembros de la Junta a que revisen [el impacto en la salud pública de las sustancias químicas 2019](#) y

También hay que tener en cuenta la contaminación [del suelo](#) y el [agua](#) y la pérdida de biodiversidad derivada de la exposición a productos químicos, incluida [la pérdida de poblaciones de insectos](#).

El Marco es débil a la hora de abordar las desigualdades globales, que aumentan a medida que el Norte global externaliza su industria y su suministro de alimentos a los PIBM, donde las protecciones de salud y medioambientales son débiles o inexistentes. Las empresas suelen presionar a los trabajadores para que acepten las exposiciones y los riesgos para la salud como condiciones de empleo.

El Marco no va suficientemente lejos en lo que se refiere a reforzar la protección de la salud humana del medio ambiente frente a los daños asociados a las sustancias químicas. Es necesario prestar más atención a las vías de exposición:

- exposiciones directas en entornos laborales o domésticos, mediante la aplicación o el uso de productos químicos
- exposición de la población a la contaminación ambiental de vías navegables, suelos y océanos
- exposiciones intergeneracionales . . . a través de la fragmentación del ADN, las anomalías cromosómicas y las alteraciones de la expresión génica;
- contaminación ambiental a través de la ingesta de alimentos, agua y aire; contaminación ambiental **ES** un problema de salud

Otra ausencia de este informe es cualquier mención a la política de regulación de los productos químicos y la implicación de las empresas transnacionales y sus aliados nacionales en la oposición a una regulación eficaz. EE.UU. y Australia estuvieron entre los principales bloqueadores en la ICCM5.

En el párrafo 6, el EB156/23 se refiere al Marco Mundial sobre Productos Químicos como "un acuerdo voluntario, multisectorial y de múltiples partes interesadas". Las [múltiples partes interesadas](#) incluyen una amplia gama de entidades del sector privado de los sectores químico, minero, petroquímico, automovilístico, financiero, agrícola y otras industrias. Al parecer, no asistió a la ICCM5 ningún representante del Convenio sobre la Diversidad Biológica.

El MSP insta a la OMS a que trabaje para aumentar la participación de los L&MIC y de las ONG de salud y en las futuras conferencias internacionales sobre gestión de productos químicos.

En la ICCM5 había decenas de representantes de la industria química, mientras que las organizaciones de salud y medioambientales a menudo sólo tenían uno o dos representantes. Mientras que los representantes de la industria química están financiados por la industria, las ONG de salud y ecologistas suelen carecer de fondos para una participación efectiva o para financiar aportaciones en profundidad, redacción y revisión de documentos. **Es necesario financiar la participación del sector sanitario.**

El Marco incluye muchos objetivos y metas admirables, pero el seguimiento, en muchos aspectos dependerá de la buena voluntad de las empresas y su cumplimiento será voluntario. Los grupos de interés de las empresas tendrán libertad para participar en programas de fomento de la aplicación.

El Marco no menciona el principio de precaución. No por casualidad; la industria y sus aliados se opusieron a su inclusión.

Estas limitaciones enmarcan las decisiones inmediatas que se piden al Comité Ejecutivo.

- En el párrafo 8 del documento EB156/23 se invita al Consejo a "respaldar o reconocer y apoyar adecuadamente el Marco, con vistas a considerar, en el ámbito de sus respectivos mandatos, la incorporación en sus programas de trabajo de actividades de apoyo mutuo que también contribuyan a la consecución de los objetivos estratégicos y las metas del Marco";

- En los párrafos 18-20 se invita al Consejo a aprobar la actualización de la hoja de ruta de la OMS sobre productos químicos, tal como se ha esbozado.
- En los párrafos 21 a 23 se invita al Consejo a respaldar la plena participación de la OMS en el Grupo de Política Científica en asociación con el PNUMA y de conformidad con los detalles que figuran en el documento EB156/23.

## Aprobar el Marco

A pesar de las limitaciones, el MSP apoya que la OMS respalde el Marco, actualice la Hoja de ruta y participe plenamente en el Panel de Política Científica. Sin embargo, el MSP también insta al Consejo a insistir en que la participación de la OMS en "actividades de apoyo mutuo" y en el Grupo de Política Científica se aplique plenamente al Marco para la colaboración con agentes no estatales.

El MSP insta al Consejo a que solicite al DG que garantice que el fortalecimiento de la protección de la salud y el medio ambiente frente a los daños causados por los productos químicos sea un objetivo constante del compromiso de la OMS con el Marco.

## Vigilancia y control

Los países en desarrollo necesitan ayuda económica para llevar a cabo programas de vigilancia y biomonitorización de forma rutinaria y episódica. Hay que elogiar a la OMS por intentar ampliar estos programas.

La vigilancia y la biovigilancia deberían ser fundamentales para la protección de la salud, y todos los países tener acceso a los resultados.

## Informe sobre las consecuencias para la salud humana de las sustancias químicas, los residuos y la contaminación

[La WHA76.17](#) (2023) era una resolución de amplio alcance en la que se hacían una serie de peticiones al DG, incluido el apartado 9 del punto 4 de la parte dispositiva, citado en el orden del día anotado y en el apartado 1 del [documento EB156/23](#) y reproducido anteriormente. Sin embargo, la resolución WHA76.17 formuló una serie de peticiones adicionales al DG, incluida la solicitud de que se presentara un informe sobre la aplicación de la resolución en su conjunto a la Asamblea Mundial de la Salud en su 78ª reunión a través del EB156.

En el apartado 1 del párrafo 4 de la resolución WHA76.17 se pedía al Director General que "publique un informe que incorpore evaluaciones y conclusiones científicas y basadas en el riesgo sobre las consecuencias para la salud humana de los productos químicos, los residuos y la contaminación, y que informe sobre las lagunas existentes en los datos...".

No se hace referencia a dicho informe. Se insta a los miembros del Consejo a que soliciten información actualizada sobre la elaboración de este informe.

# Tema 21 Hoja de ruta actualizada para una respuesta mundial reforzada ante los efectos nocivos para la salud de la contaminación atmosférica

## En el punto de mira

La hoja de ruta para una respuesta mundial mejorada a los efectos adversos de la contaminación atmosférica sobre la salud proporciona un mecanismo de respuesta del sector de la salud para hacer frente a los efectos de la contaminación atmosférica sobre la salud mediante la síntesis de conocimientos, la mejora de la vigilancia, el fortalecimiento de la capacidad institucional y el liderazgo mundial. El informe del Director General ([EB156/24](#)) abarca la aplicación de la hoja de ruta, sus actualizaciones y su adecuación a las prioridades de la Organización.

## Fondo

Enlaces de seguimiento a [anteriores debates del Consejo Ejecutivo y/o la Asamblea Mundial de la Salud sobre la contaminación atmosférica](#) la [página de temas de sobre la contaminación atmosférica](#) Véase la OMS

[Observatorio Global en Salud de la Contaminación Atmosférica](#)

Informe de la OMS sobre la [mortalidad atribuible a la contaminación atmosférica](#)

Anuncio de la [Segunda Conferencia Mundial sobre Contaminación Atmosférica](#) en Cartagena (Colombia) del 25 al 27 de marzo de 2025

## Comentario del MSP

El MSP felicita a la Secretaría por el constructivo informe ([EB156/24](#)) e insta a los Estados miembros a apoyar la propuesta de actualización y ampliación de la hoja de ruta.

El EB156/24 reconoce la enorme carga de morbilidad asociada a la contaminación atmosférica y pasa revista a los principales procesos que generan. El EB156/24 está respaldado por el informe 2024 de la OMS sobre la [mortalidad atribuible a la contaminación atmosférica](#), al que debería darse amplia publicidad.

La contaminación atmosférica fue objeto de duras discusiones durante el EB136 y la AMS68 sobre la primera edición de la Hoja de Ruta (véanse las referencias al debate en [el comentario del MSP en la AMS68](#)). Entre las cuestiones clave que se debatieron figuran las siguientes

- nombrando el gasóleo y el carbón (con la oposición de Arabia Saudí);
- Vincular el control de la contaminación atmosférica al control de las emisiones de gases de efecto invernadero (con la oposición de Arabia Saudí);
- exploración del uso de las flexibilidades de los ADPIC en el despliegue de nuevas tecnologías en los países en desarrollo (propuesto por India y Egipto; con la oposición de EE.UU., la UE, Noruega, Suiza y Mónaco); y
- varias referencias a la transferencia de tecnología y a la financiación de la transferencia de tecnología.

Mientras que en el EB156/24 se mencionan los combustibles fósiles, incluidos los beneficios colaterales para la salud de la mitigación del calentamiento global, no se habla de la necesidad de apoyar la transferencia de tecnología en relación con las tecnologías renovables ni del uso de las flexibilidades de los ADPIC para facilitar el acceso a dichas tecnologías.

La innovación técnica y la introducción de tecnologías limpias, tanto en la generación de energía como en el transporte, exigen inversiones masivas y un replanteamiento de los entornos políticos (regulación, incentivos, subvenciones, etc.).

Las empresas transnacionales controlan en gran medida el flujo de fondos destinados a I+D y a la producción de energías renovables; el entorno político mundial que configura esos flujos de inversión es un factor determinante de la actuación en materia de energía limpia.

Las empresas de combustibles fósiles (y sus accionistas y los políticos que las representan) han tratado activamente de impedir la inversión en energías y transportes limpios y de impedir la reforma de los entornos políticos (que configuran la inversión).

Los regímenes de patentes de bajo nivel/alta protección, unidos a las estrictas disposiciones de protección de los inversores, constituyen en conjunto un importante obstáculo para que los gobiernos de los países más pobres desplieguen tecnologías avanzadas de energía limpia y transporte. El acceso de los gobiernos de los países de renta baja a las tecnologías avanzadas de energía limpia puede facilitarse mediante la movilización de fondos internacionales y/o la reducción de las barreras de propiedad intelectual; esta última opción es más sostenible y está menos expuesta a la distorsión por intereses creados.

El MSP insta a los Estados miembros a reclamar un enfoque más estratégico y centrado en los determinantes básicos de la contaminación atmosférica. Esto debería incluir:

- Colaboración con la UNCTAD para definir los entornos políticos que configuran la inversión en energías limpias y transporte y recomendar cómo podrían reformarse; dicha colaboración debería incluir estudios de casos de industrias, empresas y países concretos;
- Colaboración con la OMPI y la OMC para definir las formas en que los acuerdos de integración económica (en particular las disposiciones sobre PI y ISDS) condicionan el acceso a las tecnologías energéticas limpias de los gobiernos de los países en desarrollo y qué disposiciones de dichos acuerdos serían necesarias para superar tales obstáculos;
- Asociaciones con organizaciones de la sociedad civil, como Corporate Accountability International, para denunciar el papel de la desinformación, la corrupción y la intimidación en las estrategias defensivas de la industria de los combustibles fósiles.

Una de las características más destacadas de la hoja de ruta revisada es la insistencia en que la sociedad civil comprenda y apoye los cambios propuestos, y el reconocimiento del poder potencial del sector de salud (profesionales, organismos, responsables políticos) para ayudar a crear ese grupo de la sociedad civil a favor del cambio.

La primera iteración de la Hoja de ruta sugería la posibilidad de organizar una conferencia mundial sobre la contaminación atmosférica. [Esa conferencia](#) se celebró del 30 de octubre al 1 de noviembre de 2018 en Ginebra.

[La Segunda Conferencia Mundial](#) tendrá lugar en Cartagena, Colombia, del 25 al 27 de marzo de 2025. El MSP insta a los Estados miembros y a las organizaciones de la sociedad civil a apoyar esta conferencia, que dará un impulso muy necesario a la acción mundial contra la contaminación atmosférica.

## Tema 22: Cambio climático y salud

### En el punto de mira

De conformidad con lo solicitado en la resolución [WHA77.14](#) (2024), la Directora General presentará un informe ([EB156/25](#)) sobre la aplicación de la resolución y facilitará un proyecto de plan de acción mundial de la OMS sobre el cambio climático y la salud. Se invitará al Consejo a formular observaciones sobre el plan para su examen por la 78.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

### Fondo

[Enlaces de seguimiento a anteriores debates del Consejo Ejecutivo de la OMS sobre el cambio climático](#) [Página temática de sobre el cambio climático](#) la OMS

### Comentario del MSP

Este proyecto de Plan de Acción Global es decepcionante. Es débil. El MSP insta al Consejo Ejecutivo a devolver el borrador a la Secretaría con las siguientes peticiones:

- Articular más claramente la urgencia de actuar frente al calentamiento global;
- Afirmar que el calentamiento global forma parte de una policrisis global que incluye la pérdida de biodiversidad, la degradación medioambiental, el traspaso de las fronteras planetarias y la profundización de la desigualdad económica;
- Exige justicia climática;
- Nombra a la oposición;
- Movilizar el poder popular;
- Utilizar las amenazas para la salud como medio para fomentar la movilización de la sociedad civil;
- Utilizar la acción sobre las emisiones del sector de salud para movilizar a los profesionales de la salud para que exijan medidas urgentes y suficientes de mitigación y adaptación;
- Abandonar la burocracia intergubernamental.

### Articular claramente la urgencia de actuar frente al calentamiento global

En este proyecto de plan de acción mundial no hay sensación de urgencia, pero urgencia es lo que hace falta. A menos que se empiece a actuar muy pronto en materia de mitigación y adaptación, todo será demasiado tarde/difícil.

El tamaño de la amenaza, la enormidad de la amenaza para la existencia humana, se difumina en la burocracia de este proyecto de plan de acción.

La mayor parte del documento se refiere al proceso (liderazgo, coordinación, defensa, capacitación, información, participación, base empírica, programa de investigación, seguimiento de los avances, planes y estrategias, etc., etc.). Lo que está en juego y lo que hay que hacer (mitigación y adaptación) queda desdibujado.

Es desconcertante que este proyecto de plan de acción sea tan pedestre porque la resolución original ([WHA77.14](#)) era mucho más clara al reconocer la policrisis más amplia y la amenaza existencial para la humanidad. Los párrafos del preámbulo de la resolución exponen claramente la realidad actual y la amenaza futura del calentamiento global, incluso para la salud; destacan la necesidad de aumentar las transferencias financieras para apoyar la adaptación en los países en desarrollo; y recuerdan el artículo 2, párrafo 2, del Acuerdo de París, que establece que "el Acuerdo se aplicará de manera que refleje la equidad y el principio...".

de responsabilidades comunes pero diferenciadas y de capacidades respectivas, a la luz de las distintas circunstancias nacionales".

## **Afirmar que el calentamiento global forma parte de una policrisis global que incluye la pérdida de biodiversidad, la degradación medioambiental, el traspaso de las fronteras planetarias, la profundización de la desigualdad económica**

Las amenazas para la humanidad -la pérdida de biodiversidad, el calentamiento global y la degradación de los ecosistemas- no deben aislarse, porque las estrategias de recuperación deben abordar el lienzo completo.

El documento preparado para el EB154 ([EB154/25](#)) destacaba las vías y opciones que impulsan la crisis climática, así como sus repercusiones en la salud. El documento cita los sistemas energéticos contaminantes, que causan millones de muertes prematuras por contaminación atmosférica cada año; los sistemas alimentarios insalubres y destructivos para el medio ambiente, que contribuyen a las enfermedades no transmisibles; y los sistemas de planificación urbana y transporte, que provocan dependencia del automóvil, inactividad física y lesiones por accidentes de tráfico.

Estas repercusiones paralelas del calentamiento global y directas sobre la salud son importantes porque sustentan la lógica del argumento de los "beneficios colaterales", véase más adelante.

### **Exigir justicia climática**

El proyecto de plan de acción reconoce que el cambio climático es "una amenaza fundamental para la salud humana [que] requiere una respuesta contundente de la comunidad global de salud para proteger la salud de los crecientes riesgos climáticos, garantizar el acceso a servicios de salud de alta calidad, resistentes al clima y sostenibles desde el punto de vista medioambiental, y mejorar la salud, limitando al mismo tiempo el calentamiento global al límite acordado de 1,5°C".

El proyecto de plan de acción señala el impacto diferencial del calentamiento global, que afecta más a los PBI y los PIM, pero no reconoce que la mayor parte del esfuerzo de mitigación debe proceder de los contaminadores pasados y presentes. Mientras que los PBI y los PIM necesitan un apoyo considerable para la adaptación, la contribución que pueden hacer a la mitigación es menor. Los países de renta media deben comprometerse a realizar transferencias financieras para apoyar la adaptación y la mitigación.

La justicia climática también exige que las personas pobres y marginadas, que soportan el peso de las inundaciones, el calor insoportable y el hambre, tengan prioridad en la acción climática mundial, y mediante la justicia económica, no sólo la protección frente a lo peor del calentamiento global.

El borrador del plan de acción menciona la "justicia medioambiental", pero no hace referencia a las diferentes capacidades y responsabilidades históricas (y, por tanto, responsabilidades/cargas diferenciadas) de los Estados desarrollados frente a los Estados en desarrollo para la mitigación del cambio climático y la adaptación al mismo. Las cargas de la pobreza energética y la vulnerabilidad a los efectos del calentamiento global recaen desproporcionadamente en el Sur global, en contraste con las emisiones acumuladas y la riqueza desproporcionada del Norte global. Este contraste sustenta el llamamiento a la aceptación de responsabilidades comunes pero diferenciadas como una cuestión de justicia medioambiental.

El MSP insta a los miembros del Consejo a insistir en que se incluyan *responsabilidades comunes pero diferenciadas* en la sección de Principios del proyecto de plan de acción global.

Todo el informe deja de lado la perspectiva de la justicia climática y se pasa con el romanticismo de "el mundo es uno".

## Nombre de la oposición

La proposición de que existe un "consenso global de que el cambio climático supone una profunda amenaza para la salud humana" falsea la realidad. La elección de Trump en Estados Unidos y la decisión de retirarse del Acuerdo de París ilustran la importancia de trazar un mapa de la oposición e incluir estrategias para imponer medidas contra el calentamiento global.

Hay que reconocer el papel de las empresas de combustibles fósiles en la promoción del negacionismo y la compra de poder político para retrasar la acción. También hay que tener en cuenta la ambivalencia de los gobiernos, adictos a los ingresos de la exportación de petróleo, carbón y gas.

El concepto de colonialidad recuerda la deshumanización racial de los pueblos esclavizados y colonizados como parte de la naturalización de la opresión y la explotación; la naturalización del desprecio por el otro cosificado. Esto sucede hoy en el movimiento de negación y retraso.

Estados Unidos es el principal bloqueador, dada su desproporcionada contribución histórica a las emisiones de gases de efecto invernadero. Su oposición a una acción eficaz se ve subrayada por su retirada del acuerdo de París. Véase [Kanitkar \(2025\)](#) para un comentario reciente de India.

Parte del atractivo general de la negación y el retraso en los países de renta alta es la falsa seguridad de la "comunidad cerrada"; que la riqueza comprará protección (aires acondicionados, vehículos eléctricos, plantas desalinizadoras y quizá geoingeniería).

Un plan de acción que no traza la oposición y el plan para superarla no es estratégico.

## Mobilizar el poder popular

Cualquier estrategia para hacer frente a la crisis climática, medioambiental y de salud debe incluir la movilización del poder popular; promover la lucha desde abajo con trabajadores, pueblos indígenas, campesinos, procesos populares urbanos e intelectuales comprometidos con la construcción sistemática de una agenda de civilización ecológica, medioambiental y de salud que nos permita transformar "la forma en que vivimos, trabajamos, producimos, consumimos y gobernamos" (de la [Estrategia Mundial sobre Salud, Medio Ambiente y Cambio Climático de la OMS](#)).

De cara a la COP 30 que se celebrará en noviembre de este año en Brasil, el MSP convoca una COP Alternativa de los Pueblos en Belén del Pará para construir una agenda y una alianza global de la sociedad civil, con ramificaciones regionales y nacionales. Esta alianza fortalecerá el liderazgo, la autonomía, la participación diversa y promoverá la más amplia movilización y capacidad de defensa del medio ambiente, el clima y la salud en la sociedad.

El MSP reclama un plan de acción global que empodere técnica, científica, cultural y políticamente a las personas y comunidades de los territorios y regiones, y a los gobiernos comprometidos con la construcción de un mundo multipolar avanzado. Esto nos permitirá alcanzar la voluntad política necesaria para avanzar hacia un sistema ecosocialista del buen vivir y una reforma democrática sustancial de la ONU, que incluya el fortalecimiento de la autonomía, el liderazgo y la financiación de la OMS.

El MSP pide al Consejo Ejecutivo que solicite a la Secretaría que reoriente el plan de acción mundial para conseguir apoyo político y financiero para dicha alianza, contribuir a concienciar a los ciudadanos sobre el impacto en la salud del cambio climático y promover su participación en las decisiones que conduzcan a mitigar sus efectos y eliminar sus causas estructurales.

La OMS debe abrir espacios más amplios, inclusivos, significativos, transparentes y oportunos para la participación de la sociedad civil en los procesos que conducen a las resoluciones y decisiones de la AMS y sus secciones regionales y nacionales. Ampliar y legitimar la inclusión y representación de las organizaciones de la sociedad civil.

y movimientos en el [Grupo de Trabajo OMS-Sociedad Civil para la Acción sobre Cambio Climático y Salud](#) y facilitar su participación en las reuniones.

## **Utilizar las amenazas para la salud como forma de fomentar las demandas de la sociedad civil**

El proyecto de plan de acción mundial incluye varias referencias al cambio climático y la salud, como si la preocupación por la salud humana hubiera estado ausente de los trabajos del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático. Pasajes como "la crisis climática es una crisis global de salud" y "el cambio climático supone una profunda amenaza para la salud humana" reflejan que la Secretaría se aferra a su mandato constitucional, anticipándose a las acusaciones de algunos Estados miembros de ir más allá de su mandato.

"Promover la consideración de la salud en las Conferencias de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático" implica que las COP han estado descuidando la salud.

Esta tímida orientación centrada en la salud empaña la orientación más estratégica, que consiste en hacer hincapié en las consecuencias de salud del calentamiento global y en los beneficios colaterales para la salud de las medidas contra el cambio climático, incluidas tanto la mitigación como la adaptación, como parte de la creación de un grupo de apoyo al cambio.

El calentamiento global como amenaza existencial para la humanidad eclipsa las amenazas específicas para la salud. Sin embargo, hacer hincapié en las amenazas para la salud y en los beneficios colaterales saludables de las tecnologías respetuosas con el clima sigue estando dentro del mandato constitucional, pero puede contribuir de forma más estratégica a movilizar para la acción.

El documento EB154/25 identificó varios elementos de una respuesta del sistema de salud al calentamiento global:

1. estar preparados (para responder al calor extremo, las inundaciones y las enfermedades infecciosas);
2. ser resistentes al clima (incluyendo agua y saneamiento, sistemas alimentarios sostenibles);
3. reducir las emisiones de carbono del sector sanitario
4. Trabajar para conseguir "beneficios colaterales" para la salud (por ejemplo, salvar vidas gracias a la mejora de la calidad del aire) mediante la mitigación del cambio climático en otros sectores, como la energía, la alimentación, el transporte y los sistemas urbanos;
5. animar a los "agentes de la salud" a trabajar en todos los sectores para salvaguardar conjuntamente los principales determinantes medioambientales.

Esta orientación más estratégica parece haberse desvanecido en el actual proyecto de plan de acción global.

## **Utilizar la acción sobre las emisiones del sector de salud para movilizar a los profesionales de la salud y exigir medidas urgentes y suficientes de mitigación y adaptación.**

El plan de acción global dedica un espacio considerable a la acción dentro del sector de salud para reducir sus emisiones. Este objetivo es importante, aunque debería ampliarse a la reducción de su huella medioambiental en general. Sin embargo, se presenta simplemente como que el sector de salud comparte la carga de la mitigación.

Lo que falta es hacer hincapié en utilizar el sector de salud para impulsar la acción en todos los demás ámbitos.

El documento preparado para el EB154 ([EB154/2](#)) reconocía la importancia del poder popular para vencer la resistencia a los combustibles fósiles y presionar para conseguir una financiación adecuada y equitativa para la adaptación. El enfoque de la atención primaria, elaborado en Alma-Ata, contempla una "asociación comunitaria" para la salud; el personal de salud (a todos los niveles) trabaja activamente con sus comunidades para definir los riesgos y movilizarse contra las causas subyacentes. Esta perspectiva falta en el proyecto de plan de acción global.

Una parte importante de la población trabaja en el sector sanitario; se trata, en su inmensa mayoría, de personas que se preocupan por el bienestar y la salud de su comunidad, incluida la amenaza del calentamiento global. Ya existen

una miríada de organizaciones y redes surgidas en el seno del sistema de salud que abogan por el calentamiento global y se movilizan en torno a él.

El MSP insta a la OMS a explorar otras acciones que puedan aprovechar esta asociación comunitaria para la salud en diferentes distritos y a diferentes niveles.

La dinámica física subyacente al calentamiento global es mundial, pero los riesgos específicos son diversos y pueden estar muy localizados. Dentro de un mismo Estado, las distintas regiones o distritos pueden estar expuestos a riesgos diferentes; las consecuencias también varían y las vulnerabilidades difieren. El modelo de APS prevé que los organismos de salud locales identifiquen y promuevan medidas de adaptación y mitigación localizadas, en colaboración con sus comunidades, además de abogar por políticas y estrategias universales.

La Secretaría menciona la resiliencia climática como un componente central del desarrollo de salud en el contexto de la cobertura universal en salud y la atención primaria. Sin embargo, no reconoce las consecuencias de un enfoque mercantilizado de la cobertura universal en salud basado en los seguros, con el fomento de la atención hospitalaria privada y la práctica médica privada. Este escenario impulsa la superespecialización y el consumo excesivo de asistencia en salud y plantea nuevas amenazas a la resiliencia climática.

Una atención primaria robusta ha demostrado su capacidad para abordar causas evitables de mortalidad y morbilidad. También tiene el potencial de hacer frente a las diversas amenazas asociadas al calentamiento global, incluida la creciente carga de enfermedades transmisibles. El informe no reconoce la necesidad urgente de reforzar la atención primaria con vistas a garantizar el acceso universal a la asistencia en salud y fortalecer la resiliencia para hacer frente a las emergencias/conmociones de salud (debido a la mayor frecuencia de fenómenos meteorológicos extremos, pandemias, etc.) y a la acción sobre los determinantes sociales de la salud, incluido el calentamiento global.

Reconocer las necesidades locales no significa ignorar las fuerzas y los procesos que operan a escala mundial. El MSP insta a la OMS a animar activamente a las organizaciones de salud (responsables políticos, profesionales y organizaciones de la sociedad civil) a participar en las reuniones del Órgano Subsidiario de Asesoramiento Científico y Tecnológico y del Órgano Subsidiario de Ejecución de la CMNUCC para garantizar la participación de la comunidad de salud. Esta participación puede dar un contexto global a las luchas locales.

## **Abandonar la burocracia intergubernamental**

El borrador del plan de acción global sufre el efecto amortiguador del bla intergubernamental.

Se plantean muchos puntos razonables, pero donde la OMS podría hacer una contribución real se pierde entre las palabras o no se dice porque plantearlo explícitamente la hundiría políticamente.

Lo que resulta desconcertante es que tanto [el EB154/25](#) como el [WHA77.14](#) ofrecen un camino a seguir más audaz y explícito que este proyecto de plan de acción global.

El MSP insta al Consejo Ejecutivo a que pida a la Secretaría que lo reelabore antes de presentarlo a la Asamblea de la Salud:

- Articular más claramente la urgencia de actuar frente al calentamiento global;
- Afirmar que el calentamiento global forma parte de una policrisis global que incluye la pérdida de biodiversidad, la degradación medioambiental, el traspaso de las fronteras planetarias y la profundización de la desigualdad económica;
- Exige justicia climática;
- Nombra a la oposición;
- Movilizar el poder popular;
- Utilizar las amenazas para la salud como medio para fomentar la movilización de la sociedad civil;



*¡Salud para Todos y Todas, Ahora!*  
**Movimiento para la salud de los pueblos**

- Utilizar la acción sobre las emisiones del sector de salud para movilizar a los profesionales de la salud para que exijan medidas urgentes y suficientes de mitigación y adaptación;
- Abandonar la burocracia intergubernamental.

## Punto 23.1 Financiación y ejecución del presupuesto por programas 2024-2025

### En el punto de mira

El Director General informa sobre la financiación y ejecución del presupuesto por programas 2024-2025 (en [EB156/26 Rev.1](#)). Se invita al Consejo a tomar nota del informe y a proporcionar orientaciones adicionales.

En consonancia con la decisión [WHA69\(8\)](#) (2016), se publica un documento informativo ([EB156/INF/1](#)) que contiene las conclusiones preliminares del informe sobre la presencia en los países en 2025, en el que se destacan los progresos realizados en el fortalecimiento de las oficinas de la OMS en los países.

### Fondo

Enlaces de seguimiento a [debates anteriores del EB y/o la AMS sobre PB24-25](#)

### Comentario del MSP

La crisis financiera de la OMS persiste, aunque ligeramente atenuada por el aumento de los CC. Los VC siguen en su mayoría muy ajustados. La retirada de EE.UU. dejará un agujero de 768 millones de dólares en un presupuesto total de 6834.

El informe señala que las cuatro prioridades estratégicas que orientan el segmento básico no están atrayendo tanta financiación como las demás: continúa el sesgo hacia programas específicos de enfermedades y sistemas de salud. Las prioridades técnicas 2 y 3 tienen "sólo mínimas contribuciones voluntarias previstas".

El mapa de calor (Fig. 7, debe leerse con referencia al Anexo 1) representa el estado particularmente lamentable de la reducción de las dificultades financieras (SP1.2); los países preparados para emergencias (SP2.1); la detección y respuesta ante emergencias (SP2.3); los factores de riesgo (SP3.2); y la capacidad de datos de los países (SP4.1).

El gasto ha aumentado, lo cual es positivo, ya que sugiere que los esfuerzos de la Secretaría por aumentar los fondos flexibles y predecibles tienen un efecto positivo. Dicho esto, el descenso temático (de 310 a 183 millones de dólares) y previstos (de 243 a 182 millones de dólares) es preocupante. El mensaje es que los donantes deben aumentar la cantidad y la calidad de sus aportaciones voluntarias.

En 20/21 la DG

"declaró que la dependencia de la OMS de las contribuciones voluntarias para financiar más del 80% del presupuesto por programas aprobado pone en peligro su capacidad para realizar la labor normativa imparcial y de categoría mundial que esperan los Estados Miembros. Con más de 2000 premios con diferentes requisitos de presentación de informes, los constantes esfuerzos de recaudación de fondos y gestión de las contribuciones desvían la atención y los recursos del trabajo técnico, que el Presidente del Comité Asesor de Expertos Independientes en Supervisión identificó como la principal fuente de ineficiencia" [WGSF/4/3](#), 27 Sept 2021

La dependencia de los donantes incita a los departamentos a competir por la atención de los donantes (lo que fragmenta la coherencia del trabajo de la Secretaría). La búsqueda de fondos de entidades del sector privado aumenta el riesgo de conflictos de intereses. El nuevo proyecto "Salud mental y conexión social" (punto 8) parece haberse configurado en torno al interés del sector mundial de las TI por promover intervenciones digitales para reducir la soledad (véase [el comentario del MSP sobre el punto 8](#)).

Es preocupante que los costes de personal no aumenten a un ritmo comparable al de los gastos, ya que esto sugiere que el personal tiene que hacer más con menos recursos.

La OMS no ha conseguido ampliar la base de donantes. Este objetivo es comprensible pero optimista. No sorprende saber que la proporción de financiación del presupuesto base procedente de los 10 principales contribuyentes ha aumentado (del 62% al 63%). Obviamente, esto enlaza con el KPI 7 del informe. Dado que EE.UU. es el mayor proveedor de fondos flexibles (como las CCAA), si se retira habrá que buscar estos fondos flexibles en otros donantes. No sólo se perdería la cantidad, sino también la calidad". Merece la pena destacar esta cita del informe "La pérdida de cualquier donante importante crearía un importante déficit de financiación para los resultados específicos que dependen de estos fondos, que la Secretaría no podría cubrir debido a la limitada financiación sostenible y flexible".

El aumento de los fondos flexibles ha venido directamente del aumento de las CCAA e indirectamente del PSC del aumento de las CV del periodo anterior. Aquí se plantean dos problemas: uno es que la retirada de Trump puede tener un efecto dominó que provoque que otros Estados miembros abandonen su compromiso de seguir aumentando sus CA; otro es que las CV están disminuyendo, lo que significa que esta experiencia de aumento de las CV puede no repetirse en el futuro. El informe cuantifica el déficit de CV en 564 millones de dólares. Esto dificultará la plena financiación del segmento básico. El informe señala que había grandes esperanzas puestas en la Ronda de Inversión, pero no se han cumplido (hasta ahora se han recaudado menos de 2.000 millones de dólares de los 7.000 millones previstos).

El enverdecimiento del mapa térmico es otro punto para el optimismo: ¡es agradable ver una mejora! Pero estas mejoras podrían durar poco con la decisión de Trump de retirarse; podríamos ver fácilmente un retorno a la imagen de la izquierda en la Fig. 7 como resultado de esta decisión.

El nuevo sistema de KPI es útil. El KPI4 sobre la percepción de imparcialidad se refiere en realidad a la concentración de relativamente pocos donantes. No es realmente una medida de la imparcialidad. Publicar quién financia proyectos dudosos como Social connection podría ser más útil. El KPI8 sobre los costes de transacción de múltiples pequeñas subvenciones es útil.

[EB156/INF./1](#) ofrece una visión general de la presencia de los países. El informe formal que se presentará a la AMS78 será más útil. El comentario sobre los "Compromisos de colaboración más allá del sector sanitario" (párrafo 7(e)) es decepcionante.

"A pesar de estos esfuerzos, el 45% de las oficinas en los países (incluido el 38% de las oficinas en los países que no han colaborado más allá del sector sanitario) se enfrentaron a retos a la hora de asociarse y colaborar con otros sectores. Estos retos incluían la falta de recursos (para el 74% de los países), una comprensión del mandato de la OMS de trabajar entre sectores (para el 67%) y la falta de una cultura institucional de trabajo más allá del sector de salud (para el 57%)."

## Punto 23.2 Propuestas PB26-27

### En el punto de mira

La Directora General ha presentado (en el documento [EB156/27](#)) el primer borrador del proyecto de presupuesto por programas para 2026-2027. Se invita al Consejo a debatir el proyecto propuesto y a proporcionar orientaciones para su finalización por la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud.

Se prevé que entre enero y abril de 2025 se celebren reuniones entre sesiones con los Estados miembros para recibir las actualizaciones necesarias.

### Fondo

[Enlaces de seguimiento a debates anteriores del CA sobre PB26-27.](#)

### Comentario del MSP

El proyecto de presupuesto por programas para 2026-27 comienza con esta observación: "somos plenamente conscientes de que el éxito de nuestros esfuerzos depende de la colaboración y el compromiso de nuestros Estados miembros, socios y dedicados trabajadores de salud de todo el mundo".

El borrador gira en torno a los resultados, el establecimiento de prioridades y la gestión de riesgos. En parte responde a la petición de los Estados miembros tras la AMS77, pero también se anticipa a la retirada de Trump. El borrador proporciona criterios para el establecimiento de prioridades que incluyen una evaluación de baja a alta de la necesidad del país de apoyo de la OMS. La OMS inició un ejercicio de priorización de los EM, cuyos resultados se presentan en el borrador. Los tres primeros son:

- Reducción de los factores de riesgo prioritarios de enfermedades no transmisibles y transmisibles, violencia y lesiones, y mala nutrición mediante enfoques multisectoriales.
- Renovación y refuerzo de la atención primaria para acelerar la cobertura universal en salud
- Mejora de la equidad en el acceso a servicios de calidad para enfermedades no transmisibles, trastornos y enfermedades transmisibles, abordando al mismo tiempo la resistencia a los antimicrobianos.

La menos importante era: "Los sistemas de salud y las sociedades con menos emisiones de carbono contribuyen a la salud y el bienestar". El informe resta importancia a este aspecto: "Las clasificaciones de prioridad "alta", "media" y "baja" no indican la importancia de un resultado concreto, sino el nivel de cooperación técnica que los Estados miembros pueden esperar de la OMS".

Hay un aumento en el PP por primera vez desde el bienio 2020-21. No es un gran aumento - \$355m. Lamentablemente, la retirada de Trump podría poner en riesgo este aumento y es posible que EM no lo apruebe. De ser así, las cosas a las que se habría destinado el dinero extra -'fortalecimiento de la capacidad técnica de los países', 'mejora de la rendición de cuentas' y 'centros técnicos mundiales', por ejemplo- se archivarían. La medicina tradicional, la información sobre pandemias y epidemias y la educación (Academia de la OMS) se verán afectadas.

La figura 13 del informe es interesante, ya que muestra la desconexión entre los 1.000 millones de dólares nominales para Operaciones de Emergencia y Llamamientos y la cantidad cada vez mayor que se gasta realmente. Esta cifra muestra la realidad de una policrisis de salud, pero la reacción de la OMS es decepcionante: "Los Estados miembros reconocen las discrepancias actuales en la presentación de informes, y aconsejan que en este momento es más prudente mantener la práctica actual para evitar la percepción de un gran aumento del presupuesto". Esto no parece una forma responsable de informar sobre las crisis de salud y podría interpretarse como negacionismo.

En el informe se habla mucho de la gestión de riesgos. Por ejemplo "La Secretaría reconoce que el entorno mundial en el que la OMS cumple su misión es cada vez más complejo y está lleno de incertidumbre. En reconocimiento de esta incertidumbre, la OMS tendrá que asumir riesgos calculados para cumplir con éxito su ambiciosa misión y el GPW14". Esto parece un documento estratégico que anticipa la retirada de EE.UU., con la Secretaría describiendo lo que hará si los fondos de EE.UU. no llegan. Así, nos enteramos de que "la Secretaría dará prioridad a los recursos para gestionar los riesgos que se reconozca que afectan de forma crítica a la labor de la OMS en los países". Se ofrece una lista de riesgos, encabezada por la financiación insostenible.

La Ronda de Inversión (RI) se describe en este informe con un giro optimista. "Teniendo en cuenta las promesas de contribuciones, los acuerdos de financiación firmados y las contribuciones previstas de otras asociaciones, la financiación total prevista para los próximos cuatro años ascendía en ese momento a 3.800 millones de dólares, lo que representaba el 53% de los 3.000 millones de dólares previstos para el período de cuatro años. Se necesitan 7.100 millones de euros de financiación voluntaria".

En otras palabras, en este momento prevé algo más de la mitad de capital riesgo necesarios. Esto podría interpretarse como algo positivo: un compromiso por adelantado con los VC (es decir, más previsibilidad). También es bueno ver fondos más flexibles y más donantes de L-LMIC contribuyendo. Si Trump se retira, esto será importante. A corto plazo, es decir, para el bienio 2026-27, los compromisos de la IR significan que las previsiones han mejorado mucho en comparación con las previsiones en un momento comparable para bienios anteriores (51% frente a 30%). En términos de previsibilidad, esto también podría considerarse una buena noticia.

En cuanto al aumento de las CCAA -véase nuestro comentario sobre el [EB156/26 Rev.1-](#), el informe señala lo siguiente: "la Secretaría es consciente de que dicho aumento no se concederá automáticamente". El informe detalla lo que ocurriría si no se aumentaran las CCAA: el aumento del PP sería poco realista y, por tanto, no se aprobaría; no se cumplirían los KPI y seguirían existiendo "bolsas de pobreza".

La retirada de Trump podría tener un efecto cascada en el compromiso de los EM de aumentar sus CA. Esto frenará todos esfuerzos realizados hasta ahora por el FSMGS para mejorar la financiación sostenible, una gran vergüenza y un despilfarro. La congelación del PP continuará, ya que es poco probable que los EM aprueben el aumento ante la retirada de EEUU. Hay cosas concretas que la Secretaría quería hacer con el aumento de fondos, pero no se harán. La Secretaría entrará en modo de gestión de riesgos y empezará a establecer prioridades para hacer frente a los resultados de alto riesgo. La línea presupuestaria del EOAP recibirá menos dinero, por lo que la OMS tendrá menos capacidad para responder eficazmente a las policrisis a las que probablemente se enfrente en los próximos años.

## Punto 24.3(i) Estrategias o planes de acción globales que expirarán en el plazo de un año: Orientaciones estratégicas globales para enfermería y obstetricia

### En el punto de mira

La Directora General ha distribuido un informe ([EB156/34](#)) en el que se hace balance de los progresos realizados por los Estados Miembros, los asociados y la Secretaría en la aplicación de las orientaciones estratégicas globales para enfermería y partería 2021-2025 ([A74/13](#)), adoptadas en la resolución [WHA74.15](#) (2021). Se invita a la Junta a examinar un proyecto de decisión (en el párrafo 16 del documento EB156/34) para prorrogar las orientaciones estratégicas globales para enfermería y partería 2021-2025 hasta 2030.

### Fondo

[Enlaces de seguimiento](#) a debates anteriores sobre enfermería y matronas.

Las Orientaciones estratégicas globales para la enfermería y la obstetricia (SDNM) 2021-2025 ([A74/13](#)) abarcan cuatro ámbitos de actuación: educación, empleo, liderazgo y prestación de servicios. Cada área tenía una "dirección estratégica" y un objetivo para el periodo de cinco años, y entre dos y cuatro prioridades políticas:

1. formar suficientes matronas y enfermeras con competencias para satisfacer las necesidades de salud de la población
2. creación de empleo, gestión de la migración y contratación y retención de matronas y enfermeras allí donde más se necesitan
3. reforzar el liderazgo de la enfermería y las matronas en todos los sistemas de salud y académicos
4. garantizar que las matronas y las enfermeras reciban apoyo, respeto, protección, motivación y equipamiento para contribuir de forma segura y óptima en su entorno de prestación de servicios.

Las Orientaciones Estratégicas Mundiales se basaron en [el Estado la Enfermería 2020 Mundial de Mundial de la Matronería 2021](#).y [el Estado](#)

Tenga en cuenta que el GSD21-25 fue una reelaboración del [GSD16-20](#)

### Comentario del MSP

#### Ámbitos políticos prioritarios

En el cuadro 2 [del documento EB156/34](#) se analizan las prioridades futuras en cuatro apartados: empleo, educación, liderazgo y prestación de servicios.

El MSP insta a que se amplíen las cuatro categorías para incluir: investigación y evaluación, y salud y seguridad en el trabajo.

**La investigación y la evaluación** deben ser componentes esenciales para garantizar que los profesionales de enfermería y obstetricia puedan contribuir de forma significativa al desarrollo de modelos adecuados de prestación de servicios en diversos entornos y niveles. Reforzar la investigación en enfermería y partería contribuirá a las cuatro prioridades políticas existentes.

**Salud y seguridad en el trabajo.** Las repercusiones en la salud mental de enfermeras y matronas no se limitan al COVID, y a medida que el cambio climático, los conflictos, los desplazamientos y los brotes de enfermedades ejercen más presión sobre esta mano de obra, la salud y el bienestar en el trabajo deben considerarse por separado para reducir la

las repercusiones de estos factores en el bienestar y la retención de los profesionales y en la prestación de servicios. Esto ayudará a desarrollar entornos de trabajo que retengan y atraigan a los trabajadores, reduzcan los altos niveles de rotación y protejan la salud mental y física y el bienestar de los trabajadores de enfermería y matronas.

## Ampliar el mandato

El MSP insta a los Estados miembros a que apoyen la ampliación de las orientaciones estratégicas globales para enfermería y partería 2021 - 2025 hasta 2030, con consideraciones adicionales, a saber, que se lleven a cabo actividades de investigación y evaluación de las actuales orientaciones estratégicas, y categorías adicionales que incluyan "investigación y evaluación" y "salud y seguridad en el trabajo".

## Prioridades futuras

### Investigación y evaluación

- los gobiernos deberían promover y financiar actividades de investigación y evaluación en enfermería y partería para impulsar el cambio en todos los niveles de investigación, incluida la calidad de los cuidados;
- Desarrollar sitios de colaboración mundial en enfermería para avanzar en la investigación y la evaluación en enfermería y obstetricia con el fin de crear capacidad en los países de ingresos bajos y medios;
- Garantizar que la formación en investigación y evaluación esté integrada en la formación de grado y posgrado de enfermería y matronas;
- Garantizar el apoyo a los itinerarios profesionales de investigación y evaluación, incluido el desarrollo de las capacidades de publicación;
- promover oportunidades de investigación y evaluación interprofesionales.

### Salud y seguridad en el trabajo

- garantizar que la salud y la seguridad en el trabajo sean una consideración clave para el personal de enfermería y matronas en todos los entornos;
- garantizar la elaboración de políticas para proteger y promover el personal de enfermería durante el cambio climático, los conflictos, los desplazamientos y los brotes de enfermedades
- Garantizar que los lugares de trabajo de las enfermeras y matronas sean seguros y cubran las necesidades básicas, como el suministro de agua potable, el saneamiento, la electricidad o el gas, el transporte seguro, la vivienda y la tecnología digital;
- incluir la seguridad, la salud y el bienestar de las mujeres en la profesión de enfermera y matrona
- hacer frente a condiciones de trabajo difíciles en múltiples ámbitos, incluida la atención directa prestada en situaciones de emergencia, como fenómenos meteorológicos extremos y catástrofes, etc.
- garantizar la disponibilidad de recursos adecuados para apoyar la atención directa e indirecta.

### Empleo

"Acelerar el crecimiento de la demanda de puestos de trabajo de enfermería y matronas, garantizando inversiones nacionales y externas sostenibles en personal sanitario"

También debería incluir:

- trabajar por una distribución mundial más equitativa de las enfermeras basada en las necesidades de la población y teniendo en cuenta las emergencias internacionales que puedan afectar a las necesidades de los distintos países o provocar pérdidas de personal;
- con especial atención al apoyo a regiones y países con importantes carencias de mano de obra, como el Sudeste Asiático y las regiones de África y el Mediterráneo Oriental.



## Educación

"Aumentar la producción nacional de enfermeras y comadronas"

También debería incluir:

- dotar a los educadores de enfermería y matronas de capacidades, competencias y conocimientos en materia de investigación y evaluación;
- desarrollar habilidades, conocimientos y capacidades de defensa para promover la salud pública y una atención en salud de calidad;
- integrar el cambio climático en los planes de estudios de enfermería y obstetricia a nivel mundial para garantizar la preparación de los trabajadores para prevenir y/o responder a las emergencias climáticas con el fin de apoyar la salud de la población y los resultados de la atención al paciente.

## Prestación de servicios

También debería incluir una referencia al apoyo a la investigación en enfermería y partería dirigida a examinar la práctica de la enfermería y la partería en diversos entornos de atención en salud y salud pública. Impulsar este tipo de investigación es fundamental para fomentar la innovación en la prestación de servicios con vistas a una asistencia en salud eficaz y de calidad, así como a la creación de puestos de trabajo dignos.

## Liderazgo

"Establecer/reforzar las funciones de los altos cargos gubernamentales en la planificación de la enfermería y la partería, la aportación a la política en salud y la capacitación para la comunicación de datos"

También debería incluir:

- Mejorar la diversidad de los profesionales de enfermería y obstetricia en función de su origen étnico, cultural, sexo, situación socioeconómica y situación rural, a fin de fomentar la confianza en los sistemas de salud y satisfacer las necesidades de salud de la población;
- Invertir en programas de desarrollo e itinerarios que incluyan oportunidades de tutoría y prácticas para apoyar la futura progresión profesional de todas las categorías de mano de obra;
- garantizar oportunidades para el desarrollo del liderazgo en enfermería y obstetricia en todos los niveles de planificación, aplicación, prestación, investigación y evaluación, y financiación de los servicios de salud.

## Punto 24.3 ii) Estrategias o planes de acción mundiales que expirarán en el plazo de un año: Estrategia mundial sobre salud digital

### En el punto de mira

El Director General ha presentado un informe de situación ([EB156/35](#)) sobre la aplicación de la [estrategia sobre salud digital 2020-2025 mundial](#) con detalles de las medidas adoptadas por los Estados miembros, los socios para el desarrollo y la Secretaría.

Se invita al Consejo a tomar nota del informe y a examinar un proyecto de decisión en el que se recomienda la prórroga de la estrategia global para allanar el camino a la elaboración de un nuevo proyecto de estrategia actualizada.

### Fondo

Enlaces de seguimiento a [debates anteriores en EB y AMS sobre tecnologías digitales](#).

### Comentario del MSP

La estrategia mundial sobre salud digital se ha prorrogado dos años, ahora hasta 2027 (originalmente de 2020 a 2025), con otra fase prevista para 2028-2033. Aunque el informe de la OMS sobre la estrategia 2020-2025 destaca ciertos avances en su aplicación, persisten importantes preocupaciones, tanto en lo que respecta a los aspectos técnicos como a los políticos.

Desde un punto de vista técnico, la estrategia no ha abordado adecuadamente cuestiones críticas sobre quién se beneficia realmente de las intervenciones de salud digitales y su impacto social, especialmente en los países en desarrollo. Los gobiernos de estas regiones se enfrentan a costes considerables en la aplicación de la estrategia, agravados por las limitaciones de infraestructura, como la baja penetración de Internet, que podría hacer que objetivos como el acceso equitativo a los servicios de salud digitales estén fuera del alcance de las poblaciones marginadas. Además, la creciente dependencia de la inteligencia artificial y la ciencia de datos en la salud pública requiere un marco normativo mucho más fuerte para salvaguardar la salud pública, garantizando que estas tecnologías sean seguras y precisas para todos, sin margen de error. También preocupa la influencia del sector privado, con interrogantes sobre si los intereses empresariales con ánimo de lucro pueden comprometer la integridad de estas iniciativas.

La formulación de políticas por parte de los gestores de los sistemas de salud debe estar impulsada por la eficiencia y los resultados de aplicaciones digitales específicas en funciones y entornos de salud y de salud pública concretos. No está claro si la OMS ha abordado adecuadamente este aspecto de la planificación de salud digital en su labor de orientación.

El déficit de cualificación del personal de salud en los países en desarrollo plantea dudas sobre si se dispondrá de la financiación necesaria para alcanzar los objetivos fijados en la próxima fase de la estrategia. La gobernanza de la sanidad digital es otra cuestión crítica: un número considerable de Estados miembros, como se destaca en la encuesta 2023, carecen de una gobernanza de la sanidad digital funcional, lo que dificulta aún más la aplicación efectiva de estas iniciativas.

Desde el punto de vista político, el enfoque de la OMS ha mostrado un claro sesgo hacia el Norte global, con gran parte de la estrategia centrada en intervenciones en países de renta alta como Estados Unidos y Europa. Esto deja al Sur global, especialmente a los países en vías de desarrollo, infrarrepresentados y marginados. Por ejemplo, aunque el Objetivo nº 4 aboga por sistemas de salud centrados en las personas y facilitados por la salud digital, los avances han sido los siguientes

se han centrado en gran medida en Estados Unidos y Europa. Además, la creación de una red mundial de certificación de salud digital suscita preocupación, ya que podría restringir la movilidad de las personas del Sur global, exacerbando las desigualdades y la marginación.

El panorama político en torno a esta agenda se complica aún más con la retirada de Estados Unidos de la OMS. Esta decisión brinda la oportunidad de replantear la agenda y reducir la influencia de los intereses empresariales estadounidenses que históricamente han determinado las políticas de salud mundiales. Sin embargo, esto requiere un esfuerzo concertado y una labor de defensa para garantizar que las voces y las prioridades del Sur global se escuchen y se integren en la estrategia.

Además, dado que el Norte global sigue dirigiendo la narrativa en torno a la salud digital, es crucial cuestionarse si los nuevos estándares y tecnologías serán accesibles para los países del Sur global. Dada la dinámica de poder en juego, existe un riesgo real de que el Sur global se quede atrás en la revolución de la salud digital, perpetuando las disparidades existentes. Por ello, la atención debe centrarse en garantizar que las estrategias de salud digital no sólo sean innovadoras y con visión de futuro, sino también equitativas y accesibles para todos.

En los próximos años, será esencial que los líderes de la salud mundial hagan más hincapié en apoyar las necesidades de salud digital del Sur global. Además, la creación de fondos de financiación específicos para proyectos de salud digital liderados por el Sur permitiría a los países en desarrollo impulsar la innovación en sus propias regiones. Estos fondos podrían utilizarse para apoyar soluciones locales, desde aplicaciones móviles de salud hasta programas de telemedicina, y garantizar que estas soluciones estén diseñadas por y para las poblaciones locales.

A la hora de considerar la dimensión política de la toma de decisiones en materia de salud digital, es fundamental trazar un mapa de los grupos de interés comerciales e institucionales y señalar las distintas direcciones en las que pueden estar presionando. Parece que la OMS ha ignorado bastante este aspecto de la estrategia digital.

## Punto 26.3: Comité Permanente de Prevención, Preparación y Respuesta a Emergencias de salud

### En el punto de mira

Se presentan dos informes al Consejo: el primero ([EB156/44](#)) aborda las fechas de la sexta reunión del Comité Permanente y el segundo ([EB156/45](#)) describe las conclusiones del examen sobre el funcionamiento y el impacto del Comité Permanente.

Se invita al Consejo a tomar nota del informe y a examinar las siguientes cuestiones.

- ¿En qué medida considera el Consejo que el Comité Permanente cumple su mandato?
- ¿Debería prorrogarse el Comité Permanente más allá de la clausura de la 78ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2025? En caso afirmativo, ¿debería modificarse su mandato y qué elementos debería abarcar?

### Fondo

[Página de la Comisión Permanente](#)

En los [documentos EB150\(6\)](#) (2022) y [EB151\(2\)](#) (2022), el Consejo Ejecutivo creó el Comité Permanente sobre Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias de salud ("el Comité Permanente") hasta la clausura de la 78ª Asamblea Mundial de la Salud en 2025.

El mandato del Comité Permanente era:

1. proporcionar orientación al Consejo y asesoramiento a la Directora General, a través del Consejo, en caso de que se determine la existencia de una PHEIC), sobre cuestiones relativas a la prevención, preparación y respuesta ante emergencias de salud, y las capacidades inmediatas del Programa de Emergencias de salud de la OMS, basándose en la información facilitada por la Directora General sobre el , así como en la información y las necesidades expresadas por el Estado Miembro en cuyo territorio se produzca el evento;
2. examinar, proporcionar orientación y, según proceda, formular recomendaciones al Consejo en relación con el fortalecimiento y la supervisión del Programa de Emergencias de salud de la OMS y para una prevención, preparación y respuesta eficaces ante las emergencias de salud.

En [el EB150\(6\)](#), el Consejo pidió al Director General que informara sobre el funcionamiento y las repercusiones del Comité Permanente y que presentara los resultados y las recomendaciones al respecto en el EB156.

La Secretaría llevó a cabo una revisión del 16 de agosto al 9 de octubre de 2024 y proporcionó una actualización de la revisión en la quinta reunión del Comité Permanente, que se celebró los días 3 y 4 de septiembre de 2024.2

Los datos recopilados se basaron en un estudio teórico de las actividades y resultados del Comité Permanente; una encuesta por correo electrónico a todos los EM (tasa de respuesta del 9%); 21 entrevistas a informadores clave (43% de la muestra de miembros del actual Comité Permanente).

El informe de la DG señala que "si bien los resultados proporcionan cierta información sobre el funcionamiento y la repercusión del Comité Permanente, es difícil extraer conclusiones sólidas a partir de una muestra de datos limitada que no puede considerarse representativa de los miembros de la OMS". (párrafo 7)

El resultado de la revisión se expone en el presente informe.

### **Ventajas de la Comisión Permanente (resumidas)**

Examen documental: las actividades son coherentes con su mandato; las reuniones están bien organizadas y se benefician de actualizaciones exhaustivas por parte de la Secretaría; los informes de las reuniones se comparten sistemáticamente con el EB.

La mayoría de los EM consideran adecuada la frecuencia bianual de las reuniones y consideran que el comité es una plataforma eficaz para que los EM involucren al EB en asuntos de emergencias de salud; la mayoría de los encuestados están satisfechos con la función de intercambio de información de la primera reunión extraordinaria.

Los informantes clave están de acuerdo en general en que ayuda a racionalizar el trabajo de la JE manteniéndola informada y le proporciona un papel de apoyo en términos de planificación estratégica, establecimiento de políticas y toma de decisiones.

### **Retos para la Comisión Permanente (resumen)**

Examen documental: Los términos de referencia prevén que el comité proporcione orientación y recomendaciones al EB y asesore al DG a través del EB, pero hasta la fecha tanto las reuniones ordinarias como las extraordinarias se han centrado en actualizaciones de emergencias de salud - no hay documento de orientación de recomendaciones en los informes del Comité Permanente.

Las respuestas a la encuesta de los EM sugieren que "no están muy familiarizados con los aspectos clave del Programa de Emergencias de salud de la OMS"; identificaron retos como un compromiso subóptimo en la preparación de las reuniones del comité permanente; presencia infrecuente de expertos externos en las reuniones; poco tiempo para revisar

la documentación de las reuniones, especialmente dada la necesidad de consultar a diversos sectores, expertos nacionales y organismos regionales para preparar las reuniones

Informantes clave: el mandato del comité se solapa en parte con el del Comité Consultivo Interinstitucional para el Programa de Emergencias de salud, la Junta Mundial de Vigilancia de la Preparación y algunos comités de examen convocados en el marco del RSI (2005). El volumen de información en las últimas reuniones, combinado con las limitaciones de tiempo, no permiten deliberaciones significativas. El comité tiene una influencia limitada en las deliberaciones relacionadas con la prevención de emergencias de salud, la preparación, la disposición y la respuesta, y parece funcionar sobre todo como plataforma de comunicación para el intercambio de información, función que podrían desempeñar otros canales existentes. No está claro que la reunión extraordinaria del Comité Permanente que puede convocarse en caso de determinar una PHEIC sea necesaria, ya que las normas vigentes permiten al DG, en consulta con el presidente del EB, convocar reuniones extraordinarias del Consejo en relación con acontecimientos que requieran una acción inmediata.

## Comentario del MSP

En cuanto al cumplimiento de las normas de procedimiento y el trabajo dentro de su mandato, el Comité Permanente parece ser funcional; sin embargo, el examen sugiere que su mandato se solapa con los de otras estructuras (más establecidas), que sus miembros no siempre están bien preparados para las reuniones, que está funcionando en gran medida como una plataforma de intercambio de información y no tiene un historial de proporcionar orientación o recomendaciones al EB o DG, y que no está centralmente involucrado en las deliberaciones de otras estructuras de la arquitectura HEPPRR.

Basándose en los datos del informe, es difícil defender la prórroga de su mandato; sin embargo, según admite la propia Secretaría, los datos del informe no son realmente representativos de las opiniones de los EM (ni de las opiniones del conjunto más amplio de instituciones del HEPPRR de la OMS). No se las negociaciones del Acuerdo sobre Pandemias ni cómo pueden afectar a la relevancia del comité, ni tampoco las revisiones del RSI (2005). Es difícil saber qué pensar de esta omisión/silencio en el informe del DG.

A la luz de la retirada de EE.UU. de la OMS y del impacto que esto tendrá en la financiación, el MSP sugiere que no se renueve el mandato del Comité.