



¡Salud para Todos y Todas, Ahora!

Movimiento para la salud de los pueblos

Resumen diario del MSP sobre la 78.ª Asamblea Mundial de la Salud

Día 5 (viernes, 23 de mayo de 2025)

Informe elaborado por el equipo WHO Watch de MSP

Comité A

Erradicación de la poliomielitis: ¿un objetivo a largo plazo en peligro?

Por la mañana, el Comité A debatió el punto 17.5, Poliomielitis. El mundo está a punto de **erradicar el poliovirus salvaje (WPV1)**, cuya transmisión se limita ahora a Pakistán y Afganistán. Sin embargo, **el poliovirus derivado de la vacuna (cVDPV) sigue siendo un obstáculo importante**, especialmente en regiones afectadas por conflictos y con baja cobertura vacunal, como Sudán, Somalia, la República Democrática del Congo y Chad.

Muchos países, entre ellos la India, Nigeria y Bangladesh, han eliminado la poliomielitis gracias a sólidas campañas de inmunización. África ha logrado notables éxitos, ya que Burkina Faso, Kenya y Togo han sido declarados libres de poliomielitis salvaje, aunque persisten brotes de cVDPV2 debido a las bajas tasas de vacunación. Mientras tanto, zonas en conflicto como Gaza, Yemen y Sudán tienen dificultades para acceder a la vacuna, lo que deja a miles de niños sin protección. La disminución de la financiación (Kenya, Australia) y la desinformación sobre las vacunas (Israel, Granada) amenazan aún más los progresos.

Los países hicieron hincapié en que la financiación sostenible (**Reino Unido, Arabia Saudí**) y el fomento de la confianza de la comunidad (**Pakistán, Nigeria**) son esenciales para llegar a los niños que no han recibido ninguna dosis. Además, se mencionó la necesidad de reforzar la vigilancia (**Camerún, Zambia**) y la coordinación transfronteriza (**Tanzania, Chad**).

El tema de la transición de la OPV (oral) a la IPV (inyectable) fue planteado por **Rusia e Israel**. La idea es prevenir la propagación del VCPc, pero **Rusia** mencionó que el uso de la IPV solo puede ir acompañado de una disponibilidad rentable de la vacuna, mientras que **Israel** expresó su preocupación por que el VCPc migre a su país desde los países vecinos que aún utilizan la OVP. **Filipinas** destacó la necesidad de un suministro de vacunas a precios justos y promovió la colaboración entre los Estados miembros para su propia producción.

El impulso final para la erradicación de la poliomielitis requiere solidaridad mundial, financiación flexible y campañas de vacunación sensibles a los conflictos. Sin medidas urgentes, se podrían echar por tierra décadas de avances.

Enfermedades no transmisibles

A continuación, el Comité A abordó los puntos 12 y 13.1, centrados en las enfermedades no transmisibles. **El punto 12**, sobre la función del mecanismo de coordinación mundial para la prevención y el control de las ENT, se acompañó del documento A78/INF./2, que ofrecía una evaluación independiente del Mecanismo de Coordinación Mundial (GCMNCD). **El punto 13.1**, que era un seguimiento de la declaración política resultante de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las ENT, iba acompañado de varios informes. Cabe destacar también el documento EB156/7, el informe del Director General sobre el tema presentado en la reunión de enero del Consejo Ejecutivo.

Todos los países respaldaron el Mecanismo Mundial de Coordinación (por ejemplo, **China y Kenia**), y **China** reconoció que el GCMNCD era una herramienta para facilitar «*la gobernanza de la OMS de la participación de múltiples partes interesadas*» y sugirió que, en el futuro, «*el GCMNCD debería seguir orientando a los países en la evaluación de los casos y prácticas exitosos para promover la difusión eficaz de los conocimientos y las experiencias*». **Pakistán** y otros países llamaron la atención sobre la necesidad de la colaboración multisectorial en el control de las ENT. Pakistán añadió que:

«Solo mediante un compromiso sostenido, la solidaridad mundial y la coordinación estratégica podremos revertir la carga que suponen las ENT y la salud mental, y alcanzar los objetivos establecidos en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3».

Haciéndose eco de los sentimientos de muchos de los países de bajos ingresos presentes en la asamblea, **Zimbabue** «*solicitó el apoyo financiero y técnico continuado de la OMS y de nuestros socios*» y «*el acceso continuado e ilimitado a las plataformas de formación en línea en colaboración con la OMS para hacer frente a las ENT y la salud mental*». **Barbados** solicitó apoyo técnico, en particular para los países en desarrollo, y señaló «*la necesidad de integrar la salud mental y el apoyo psicosocial en los marcos de preparación y respuesta*».



«Las personas pueden morir porque no pueden obtener insulina, diálisis o medicamentos para la salud mental», declaró Palestina en su intervención sobre los puntos 12 y 13.1.

En su declaración oral, **Palestina** llamó la atención sobre los retos, a menudo ignorados pero de vital importancia, que plantea la prestación de atención a las ENT en situaciones de emergencia, conflicto y crisis humanitaria:

«Para las personas que padecen enfermedades crónicas y ENT, sigue siendo difícil, y a veces imposible, acceder a los servicios médicos esenciales. Las personas pueden morir porque no pueden obtener insulina, diálisis o medicamentos para la salud mental [...] Es muy importante abordar las ENT durante las emergencias y en el contexto humanitario».

En una tendencia que se ha repetido en varios puntos de la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, los países se refirieron al potencial de la inteligencia artificial y las «tecnologías digitales» como avances esperanzadores en el sector de la salud. **China** solicitó el apoyo de la OMS para que los países en desarrollo adopten las últimas tecnologías digitales para apoyar la prevención y la respuesta a las ENT, pero no dio más detalles sobre lo que esto supondría. **Irak**

Algunas de las declaraciones de los actores no estatales (ANE) fueron especialmente críticas y esclarecedoras. El delegado de **Knowledge Ecology International (KEI)** argumentó:

«La única manera de lograr algo remotamente equitativo en términos de acceso a los medicamentos es cambiar radicalmente la forma en que financiamos la investigación y el desarrollo biomédicos. En concreto, debemos desvincular progresivamente los incentivos para invertir en I+D biomédica de la concesión de monopolios temporales. Los monopolios legales sobre los medicamentos conducen, como es previsible, a precios elevados y a desigualdades atroces en el acceso y los resultados».

La declaración del **Movimiento para la Salud de los Pueblos**, presentada junto con **Medicus**

Mundi International, afirmaba que «*las políticas económicas neoliberales, en particular con el creciente poder de las grandes empresas, han contribuido de manera significativa, tanto directa como indirectamente, al aumento de las ENT en los países desarrollados y en desarrollo*», y pedía «*una regulación más estricta de las prácticas del sector privado, en particular las de las empresas transnacionales, para proteger la salud de la población*».



Intervención de Knowledge Ecology International

Salud mental y conexión social

El Comité A pasó a debatir el **punto 13.2: Salud mental y conexión social**, que retomó los debates que tuvieron lugar en la 156.^a reunión del Consejo Ejecutivo, en la que se tomó nota de un informe sobre la salud mental y la conexión social y se comenzó a elaborar una resolución sobre «el papel de la conexión social en la lucha contra la soledad, el aislamiento social y las desigualdades en la salud». Se presentó a la Asamblea de la Salud, para su debate, una versión actualizada de ese proyecto de resolución, que ahora figura como documento A78/A/CONF./2.

Algunos Estados miembros, entre ellos **Namibia**, expresaron su agradecimiento por «*la inclusión de la salud mental como tema independiente*» en el programa de la Asamblea Mundial de la Salud. **Sudán del Sur**, en nombre de la **región africana**, dijo que la carga de la salud mental está aumentando, especialmente en países como Sudán del Sur, donde hay conflictos. Abogó por más políticas de salud mental y por que esta sea una prioridad de salud pública, con servicios de salud mental integrados en el sistema de salud.

Sudáfrica también sugirió que la salud mental debe integrarse en la atención primaria. Además, reconoció que la salud mental y el bienestar de la familia están profundamente relacionados con las relaciones y las comunidades. Una vez más, reafirmó su compromiso de integrar los servicios de salud mental en la atención primaria en su *marco de política de salud mental para 2023-2030*.

Al examinar el complejo conjunto de retos a los que se enfrenta su país —«*desastres naturales, inestabilidad, inseguridad y pobreza*»—, **Haití** argumentó que estos retos «afectan a la salud mental y a las relaciones sociales» y que «*con demasiada frecuencia se descuida la salud mental, a pesar de que es esencial para la cohesión de la comunidad y la resiliencia nacional*». Concluyó animando a que se aprobara la resolución.

La declaración de **Eslovenia** fue pronunciada desde la perspectiva del delegado juvenil del país. En ella se decía, entre otras cosas: «*Los jóvenes de mi país se enfrentan a una soledad creciente y a problemas de salud mental. [...] Necesitamos cambios políticos que protejan nuestra salud y fomenten las relaciones sociales reales, en lugar de las virtuales. Agradecemos que la OMS reconozca esta cuestión como una prioridad de salud pública*».

Comité B

En la primera parte de la sesión matutina, el Comité B examinó **el tema 24.2 y 24.3**, sobre estrategias y planes de acción mundiales que expiran, examinó los **documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1** y aprobó los **proyectos de decisión EB156(34), EB156(35), EB156(36) y EB156(37)** sin objeciones. Estas decisiones prorrogaron cuatro estrategias clave: las *Orientaciones Estratégicas Mundiales para la Enfermería y la Partería 2021-2025*, la *Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025*, el *Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de Salud Pública a la Demencia 2017-2025* y el *Plan de Aplicación Integral sobre la Nutrición de las Madres, los Lactantes y los Niños Pequeños 2012-2025*.

Los delegados apoyaron firmemente la prórroga del *Plan Integral de Ejecución sobre Nutrición Materna, Infantil y del Niño Pequeño* hasta 2030. **Etiopía** e **Irlanda** presentaron el proyecto de resolución, que obtuvo un amplio copatrocinio de los Estados Miembros, entre ellos **Estonia**,

Ecuador, Indonesia, Egipto, Uruguay y Luxemburgo. Muchos destacaron la urgencia de abordar la malnutrición persistente, el retraso en el crecimiento y la anemia, especialmente entre las poblaciones vulnerables, al tiempo que señalaron el creciente desafío que supone la obesidad infantil. **Estonia** subrayó que «*los niños son la*

base de nuestro futuro común», y señaló el impacto intergeneracional de la salud materna: «*Demasiadas mujeres siguen padeciendo anemia [...] No se trata solo de cuestiones de salud, sino de retos intergeneracionales*». Países como **Kenia** y **Uruguay** destacaron la necesidad de mejorar los sistemas de seguimiento y la participación de la comunidad, e **Indonesia** resumió las recientes iniciativas nacionales para ampliar la lactancia materna y la atención prenatal. **MSF** criticó la ausencia de la tuberculosis en el plan de nutrición materna, señalando que «*la malnutrición es un factor de riesgo clave para la tuberculosis*», y pidió que se derribaran los «muros verticales entre la

malnutrición y la tuberculosis».

Paralelamente, el Comité aprobó la prórroga de otros tres marcos que estaban a punto de expirar: la *Estrategia Mundial sobre Salud Digital*, las *Orientaciones Estratégicas Mundiales para la Enfermería y la Partería* y el *Plan de Acción Mundial sobre la Demencia*. Los Estados Miembros, entre ellos **Indonesia, Islandia y Filipinas**, hicieron hincapié en el papel fundamental de la salud digital para fortalecer la atención primaria y promover la equidad.

En cuanto al *Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de Salud Pública a la Demencia*, los Estados Miembros expresaron su firme apoyo a su prórroga, reconociendo la creciente carga que supone la demencia en todo el mundo. **Gambia** destacó sus esfuerzos, entre ellos la creación de un Centro Nacional de Geriátrica y programas de apoyo a los cuidadores.

En cuanto a las *Orientaciones Estratégicas Mundiales para la Enfermería y la Partería*, se expresó apoyo a la prórroga, en particular por parte del **Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)**. Si bien respaldó la continuación de la estrategia, el CIE expresó su preocupación por la lentitud de su aplicación y pidió que se presentara un informe actualizado sobre los progresos realizados. Varios Estados Miembros reafirmaron su compromiso de fortalecer la fuerza de trabajo de enfermería y partería como componentes fundamentales de los sistemas de salud resilientes, aunque las declaraciones nacionales detalladas sobre este tema fueron limitadas.

La Secretaría subrayó el potencial transformador de la inteligencia artificial y la infraestructura digital para mejorar la predicción de brotes, optimizar la logística de las vacunas y reducir las desigualdades en materia de salud. Además, la Secretaría hizo hincapié en que «la tecnología está remodelando la salud mundial» y calificó la IA de «oportunidad única en una generación» para transformar los sistemas, señalando que «se está produciendo un cambio de opción a obligación para todos nosotros» y que «debemos crear conjuntamente una nueva estrategia que establezca una IA ética, segura y centrada en las personas para complementar al personal sanitario, eliminar las barreras de acceso y no dejar a nadie atrás».

En relación con el tema 24.3, el Comité B examinó los **documentos A78/4, A78/INF./5 y EB156/2025/REC/1**, centrándose en el *procedimiento propuesto para la corrección de errores en el texto del Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, haciendo hincapié en la necesidad de coherencia entre

los seis idiomas oficiales de la OMS. El proyecto de decisión EB156(38) fue aprobado sin objeciones y se tomó nota del **informe A78/4**.

Kuwait, en nombre de la Región del Mediterráneo Oriental, subrayó que unas traducciones precisas y coherentes son fundamentales para mantener la integridad y la pertinencia del RSI. **Irán**

destacó el potencial de los textos revisados del RSI para promover la equidad sanitaria mundial, en particular durante las emergencias de salud pública, y describió los esfuerzos nacionales para examinar las enmiendas a través de un comité multisectorial establecido. **Kenia** e **Iraq** destacaron la urgencia de iniciar el proceso de corrección inmediatamente después de la Asamblea, citando discrepancias entre las versiones árabe e inglesa. **Arabia Saudita, China** y **Filipinas** se hicieron eco del apoyo a un enfoque normalizado y transparente, y esta última hizo hincapié en que la inclusividad en esos procedimientos es fundamental para fortalecer la seguridad sanitaria mundial. La Secretaría confirmó un plazo de 90 días para finalizar las versiones armonizadas y, al no haberse formulado objeciones, el Comité aprobó oficialmente la decisión.

Debate sobre la bioseguridad en los laboratorios

En el punto 28 se debatió la bioseguridad en los laboratorios. Muchos países elogiaron a la OMS por las herramientas y presentaron sus esfuerzos y avances en materia de bioseguridad, como los marcos normativos, la formación y el fomento de la capacidad del personal de laboratorio y los avances en los sistemas de vigilancia. **Bangladesh** pidió que los esfuerzos de investigación sean accesibles para todos. **India** comentó que las reservas de virus vivos son innecesarias y que en el futuro se pueden utilizar virus recombinantes sintéticos. Con respecto a la bioseguridad en los laboratorios, **Irán** solicitó a la OMS que proporcione «1) instalaciones de bioseguridad de alto nivel para reforzar el rendimiento de los laboratorios nacionales de referencia que trabajan con microorganismos de alto riesgo, 2) equipo de laboratorio portátil para realizar pruebas relacionadas con enfermedades infecciosas peligrosas [...] 3) acceso a laboratorios móviles para hacer frente rápidamente a posibles brotes».

Debate sobre el pilar 3: La «tragedia silenciosa» de los ahogamientos, los efectos de la emergencia climática en la salud y otras cuestiones

Posteriormente, el Comité B pasó a debatir las diversas estrategias, informes y planes de acción del «pilar 3: Mil millones más de personas con mejor salud y bienestar» de la OMS. Se debatieron los siguientes temas:

- Estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático: la transformación necesaria para mejorar la vida y el bienestar de forma sostenible mediante entornos saludables (decisión WHA74(24))
- Plan de acción sobre el cambio climático y la salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo (decisión WHA72(10))
- Ciencias del comportamiento para una mejor salud (resolución WHA76.7)

- Acelerar la acción mundial para prevenir los ahogamientos (resolución WHA76.18)
- Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer el papel del sistema de salud en la respuesta multisectorial nacional para hacer frente a la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños (resolución WHA69.5) y Poner fin a la violencia contra los niños mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y enfoques multisectoriales (resolución WHA74.17)
- Plan de acción mundial de la OMS para promover la salud de los refugiados y los migrantes, 2019-2030 (resolución WHA76.14)

En relación con los planes de acción relacionados con el clima, varios países en desarrollo y pequeños Estados insulares (por ejemplo, **Antigua y Barbuda, Barbados, Bahamas y Tonga**) expresaron su gratitud a la Secretaría por su labor en materia de clima y salud y solicitaron que se siguiera prestando apoyo técnico. **Tonga**, por ejemplo, reconoció *«el liderazgo y la coordinación que la OMS proporciona en la agenda sobre el cambio climático y la salud»*. **Bahamas** *«elogió a la OMS por impulsar el debate sobre el cambio climático y la salud»* y señaló que, *«como Estado miembro altamente vulnerable, valoramos la presencia de la OMS en las reuniones anuales de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Pedimos que se liberen fondos para activar planes innovadores y técnicamente sólidos, elaborados con la participación de las partes interesadas»*. En nombre de la **región africana**, **Burundi** acogió con satisfacción la estrategia de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático, y argumentó que *«se trata de una transformación necesaria y urgente para construir entornos saludables, sostenibles y protectores que son esenciales para la salud y el bienestar de nuestras poblaciones. En este espíritu, subrayamos la importancia del [plan de acción] en los pequeños Estados insulares en desarrollo»*.

En lo que respecta a las **ciencias del comportamiento para mejorar la salud**, varios países anunciaron el uso de «conocimientos sobre el comportamiento» en sus políticas y programas de salud, lo que revela una comprensión unidimensional e instrumental del valor de las ciencias sociales en la salud. El **Reino Unido**, uno de los principales defensores de las ciencias del comportamiento en la formulación de políticas (véase, por ejemplo, la labor de su Equipo de Conocimientos del Comportamiento, ahora privatizado), *«la continua expansión de las ciencias del comportamiento en la comunicación sobre la salud en áreas temáticas prioritarias, la protección de la comunidad y la resiliencia es alentadora. Nos gustaría ver más avances en el uso habitual de las ciencias del comportamiento en la elaboración y evaluación de políticas»*. **La India** señaló que *«integra las ciencias sociales y del comportamiento en todos los programas de salud, utilizando la comunicación social y conductual estructurada y los conocimientos sobre el comportamiento en campañas como las de la poliomielitis, el VIH y la COVID-19»*. Añadió que apoya *«el desarrollo por parte de la OMS de*

conjuntos de herramientas, formación e intervenciones adaptadas a la cultura».

En lo que respecta al programa de prevención y respuesta a la violencia, **Iraq** solicitó *«apoyo técnico y fomento de la capacidad para la detección temprana y la gestión de la violencia [...] hacemos un llamamiento a la comunidad internacional y a los organismos de las Naciones Unidas para que apoyen los esfuerzos de Iraq por proteger a sus niños y romper el ciclo de la violencia».*

Muchos Estados miembros intervinieron sobre ***Acelerar la acción para la prevención mundial de los ahogamientos***. **Burundi**, en nombre de la **región africana**, afirmó que *«la tragedia silenciosa [de los ahogamientos] sigue siendo una causa de mortalidad evitable, especialmente entre los niños de África, y se necesita una respuesta acelerada y coordinada para salvar vidas».* Muchos Estados miembros hicieron hincapié en que los ahogamientos se pueden prevenir. Por ejemplo, **Irlanda** pidió que se adoptaran medidas de prevención de ahogamientos basadas en datos empíricos y argumentó que se pueden salvar vidas: *«cada vida que se pierde por esta causa de muerte en gran medida evitable es una vida de más».* Destacando el riesgo particular de ahogamiento al que se enfrentan los pescadores y los niños, **Filipinas** pidió que se adoptaran nuevas *«medidas basadas en datos empíricos e impulsadas a nivel local»* y solicitó a la OMS que *«siguiera prestando asistencia técnica para el fomento de la capacidad, especialmente en las zonas vulnerables».* **Bangladesh** destacó su propio programa de guarderías y comentó la importancia de este tipo de programas para prevenir el ahogamiento de niños, mientras que **Panamá** recomendó incluir la prevención del ahogamiento en los planes de estudios de los países con altas tasas de ahogamiento.

Por último, se debatió la salud de los refugiados y los migrantes. Acogiendo con satisfacción el plan de acción mundial de la OMS para promover la salud de los refugiados y los migrantes, **Bangladesh** comentó que *«en el contexto de las vulnerabilidades de los refugiados y los migrantes, debería haber enfoques diferenciados para movilizar recursos destinados a prestarles servicios de salud».* **Egipto** apoyó firmemente la integración de la migración y la equidad en los sistemas de salud, haciendo hincapié en los derechos humanos, y señaló que *«la salud para todos significa salud para todos en todas partes».* **Panamá** reconoció la importancia de la salud mental y la protección social en la agenda de salud de los migrantes y los refugiados.