



¡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 Días 7 y 8 (lunes y martes, 26 y 27 de mayo de 2025)

Informe elaborado por el equipo de observadores de la OMS del MSP

Comité A (lunes por la mañana)

La mañana del penúltimo día de la asamblea comenzó con la adopción del borrador del sexto informe, que contenía seis resoluciones

- Fortalecimiento de las capacidades nacionales en la toma de decisiones basadas en datos probados para la adopción y el impacto de las normas y estándares
- Enfermedades raras: una prioridad mundial de salud para la equidad y la inclusión
- Fortalecimiento de la financiación de la salud a nivel mundial
- Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico por imágenes médicas
- Aceleración de la erradicación de la dracunculiasis
- Las enfermedades de la piel como prioridad mundial de salud pública

El Comité A examinó los puntos 13.5 (Productos médicos de calidad inferior y falsificados), 13.6 (Normalización de la nomenclatura de los dispositivos médicos) y 13.7 (Personal sanitario y de atención a la salud).

13.5 Productos médicos de calidad inferior y falsificados

Documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(25)

La cuestión del tema 13.5 del programa, productos médicos de calidad inferior y falsificados, se deriva de la Resolución WHA65.19 (2012), que estableció el Mecanismo de los Estados Miembros sobre Medicamentos de Calidad Inferior y Falsificados para mejorar la colaboración entre los Estados Miembros y la OMS con el fin de prevenir y controlar los productos médicos de calidad inferior y falsificados desde el punto de vista de la salud pública. Se trata del principal mecanismo intergubernamental para que los Estados Miembros se reúnan, formulen recomendaciones de política, intercambien conocimientos, apoyen los esfuerzos mutuos y coordinen las medidas para hacer frente al problema de los productos médicos de calidad inferior y falsificados.

Ruanda (en nombre de África), Namibia, Etiopía, Chad, Kenya y Malawi hicieron hincapié en la **carga desproporcionada que supone para África**. La región acogió con satisfacción la labor del mecanismo como un paso importante hacia el acceso a medicamentos seguros y acogió con

satisfacción la 5

recomendación de la evaluación independiente, afirmando que las recomendaciones 2 a 4 son claras y deben aplicarse, mientras que la recomendación 1 sobre el formato y la recomendación 5 sobre la participación externa requieren un debate más profundo. **La India y Etiopía** deseaban optar por la opción B de la recomendación 1, utilizando el formato del mecanismo existente de los Estados miembros. Con respecto a las recomendaciones 2 a 5, **la India** se mostró abierta a la participación y la colaboración con las partes interesadas externas, incluidas las reuniones informales. **Australia** especificó su apoyo a los mecanismos, pero propuso aplazar la toma de decisiones sobre las recomendaciones hasta después de 2025, a fin de disponer de más tiempo para examinar las recomendaciones 1 y 5, mientras que **Filipinas** se mostró de acuerdo con las cinco recomendaciones y subrayó que la recomendación 1 era la más fundamental.

Colombia, Rusia, India, Brasil, Filipinas, Tailandia, Australia, Etiopía, Namibia, Senegal, Bahamas e Indonesia acogieron con satisfacción el informe y apoyaron el mecanismo. **Micronesia, Bangladesh y Etiopía** pidieron una aplicación específica para cada país o adaptada al contexto. **Israel** instó a una mayor colaboración con la industria privada, como las empresas farmacéuticas. **Pakistán y Omán** destacaron la dificultad de rastrear las ventas de medicamentos en línea, mientras que **Paraguay** hizo hincapié en la importancia de la trazabilidad. **Tanzania, Malasia, China, Zambia, Egipto, Indonesia** y las **Bahamas** pidieron que se mejoraran los sistemas de detección y seguimiento, incluidos los de alerta temprana y la vigilancia posterior a la comercialización.

La sesión se cerró tomando nota del informe que figura en el documento WHA78/4 y aprobando la decisión EB156/25.

Tema 13.6 del programa sobre la normalización de la nomenclatura de los dispositivos médicos

Este tema del programa se refiere a la importancia de una clasificación, codificación y nomenclatura internacionales normalizadas para los dispositivos médicos que faciliten la evaluación tecnológica, la reglamentación (establecimiento de normas, autorización de comercialización), la seguridad de los pacientes (notificación de eventos adversos), la adquisición (facilidad de localización, pedidos) y la calidad de la atención sanitaria (eficacia, rentabilidad).

Durante el debate sobre la nomenclatura de los dispositivos médicos, muchos países expresaron su firme apoyo a la armonización y normalización mundial de los sistemas. La **Región del Mediterráneo Oriental** señaló que los países de la región utilizan sistemas diferentes y carecen de un formato de nomenclatura oficial. Instaron a la OMS a promover la coordinación entre los países para reforzar la seguridad de los pacientes.

El apoyo a los sistemas armonizados fue compartido por países de todas las regiones. **Tanzania** apoyó la armonización mundial y recomendó la integración de MeDeVis en los sistemas nacionales. **Burkina Faso** destacó los esfuerzos nacionales de armonización y los programas de formación para la certificación. **Tailandia** consideró que la armonización era vital debido a la evolución de las tecnologías e instó a que se siguiera colaborando para garantizar la seguridad de los pacientes. **Brasil** subrayó la cooperación entre la OMS y la

Nomenclatura Médica Global (GMDN), señalando que, si bien el registro es obligatorio, el acceso

es gratuito. **Filipinas, Malasia, Indonesia y Pakistán** expresaron su firme apoyo a los esfuerzos liderados por la OMS y destacaron la importancia de la adopción generalizada y la integración de los códigos GMDN. Las **Bahamas** elogiaron a la OMS por su liderazgo y reconocieron el papel de MeDevIS.

Varios países solicitaron el apoyo técnico y el fomento de la capacidad de la OMS. **La India** solicitó orientación técnica para utilizar MeDevIS. **Las Bahamas** solicitaron la asistencia de la OMS para la aplicación del marco nacional. **Níger** señaló la falta de conocimientos especializados en nomenclatura internacional y pidió ayuda a la OMS. **Camerún**, también en consonancia con el **grupo africano**, destacó que los países con recursos limitados necesitan recursos y apoyo colectivos para mejorar la cooperación internacional y la interoperabilidad.

Los países también destacaron los avances logrados a nivel regional y nacional. **Arabia Saudita** describió el desarrollo en curso de un sistema nacional de nomenclatura y una base de datos, y se ofreció a compartir sus conocimientos especializados a través de su FDA. **Pakistán** integró plenamente los códigos MeDevIS y GMDN en sus sistemas digitales. **Malasia** ha adoptado el GMDN en su Ley de Productos Sanitarios y vincula los datos recopilados a los sistemas de seguimiento de productos. **Corea del Sur** está desarrollando su propio sistema de nomenclatura y destacó la importancia de que la OMS actualice periódicamente la información. **El Salvador** elogió los esfuerzos de la OMS por mejorar la disponibilidad, la accesibilidad y la asequibilidad de los productos, y pidió que se estableciera una normalización para garantizar una atención sanitaria equitativa. **Kenia**, en consonancia con el grupo africano, destacó la importancia de contar con un sistema de nomenclatura eficaz que se adapte a los avances tecnológicos.

Varios Estados miembros hicieron hincapié en la importancia del intercambio de información, la transparencia y el acceso abierto. **Rusia** reconoció el valor de MeDevIS y pidió un equilibrio entre los requisitos nacionales e internacionales, con principios de libre acceso y transparencia. **Brasil y Bahamas** pidieron igualmente actualizaciones periódicas y acceso abierto. Israel reconoció la transparencia de la OMS y la participación de las partes interesadas en el desarrollo de los sistemas de nomenclatura y recomendó que se mantuviera la participación inclusiva.

Por último, varios países hicieron hincapié en la seguridad de los pacientes como objetivo principal de la armonización de la nomenclatura. **Bahrein** relacionó la falta de coordinación de la nomenclatura con los retrasos en la aplicación de las medidas de seguridad y pidió que se mejoraran los sistemas digitales y el intercambio de información. **Panamá** informó de mejoras legales y reglamentarias para apoyar a los pacientes, en particular a los que padecen enfermedades cardiovasculares. **China** destacó que los dispositivos médicos deben utilizarse según lo previsto y alentó a las partes interesadas a seguir participando para garantizar la coordinación. **Filipinas, Corea del Sur y Malasia** también vincularon las mejoras de la nomenclatura con la mejora de la respuesta reglamentaria y los resultados en materia de salud pública.

Tema 13.7 del programa sobre el personal sanitario y de atención a la salud

En el tema 13.7 del programa se deliberó sobre dos documentos. En primer lugar, se debatió el Código de prácticas mundial de la OMS sobre la contratación internacional de personal de salud (documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, decisión EB156(26)).

El Código de prácticas mundial de la OMS facilita las respuestas nacionales, regionales y mundiales sobre la migración ética de los trabajadores sanitarios y el fortalecimiento de los sistemas de salud, e

incluye disposiciones para que los Estados Miembros presenten informes periódicos sobre su aplicación y para que el Director General mantenga el Código como un texto dinámico. En febrero, el CE tomó nota del informe y, en EB156(26), decidió recomendar a la Asamblea que convocara consultas regionales sobre las conclusiones provisionales del Grupo de Expertos Asesores y examinara los resultados en la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud a través de EB158.

El segundo documento es la Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: fuerza de trabajo 2030 (documentos A78/4 y EB156/2025/REC/1, [decisión EB156\(27\)](#)). En febrero, el CE tomó nota del informe y decidió recomendar a la Asamblea que aprobara el proyecto de resolución (en EB156(27)) destinado a acelerar la aplicación de la Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: fuerza de trabajo 2030.

En el debate se puso de manifiesto una división fundamental entre los **países del Sur Global**, que hicieron hincapié en las injusticias estructurales y las necesidades urgentes de apoyo, y los **países del Norte Global**, que se centraron en gran medida en los marcos, la ética y las mejoras técnicas. **Los Estados africanos y los pequeños Estados insulares**, entre ellos **Ghana (en nombre de 47 Estados de la región AFRO), Etiopía, Namibia, Zimbabwe, Barbados, Micronesia, Samoa y Comoras**, expresaron su preocupación constante por la fuga de cerebros, la insuficiencia de las inversiones y la desigualdad. Pidieron apoyo financiero y técnico, y Zimbabwe propuso en particular un fondo mundial para la salud a fin de contrarrestar los efectos perjudiciales de la migración de la fuerza de trabajo.

Colombia fue uno de los países que adoptó un tono ético más firme, al declarar: «Pedimos el fin del genocidio en Palestina y la protección de los trabajadores sanitarios; necesitamos paz en Palestina», y recordó a la Asamblea que los trabajadores sanitarios deben ser «tratados como trabajadores con derechos, y no como mercancías». Del mismo modo, **Palestina** describió el grave trauma y la violencia directa a la que se enfrentan sus profesionales sanitarios en Gaza, subrayando cómo el conflicto político y la ocupación obstaculizan fundamentalmente la prestación de servicios sanitarios.

Por el contrario, los países del **Norte Global**, como **Alemania, Francia, Irlanda, el Reino Unido, España y Polonia (en nombre de la UE)**, expresaron su amplio apoyo a la contratación ética, los enfoques sensibles al género y la mejora de las competencias digitales. Alemania, en consonancia con la UE, reconoció la dependencia del Norte de los trabajadores sanitarios extranjeros y destacó la importancia de una «contratación ética, justa y transparente». Sin embargo, aunque las declaraciones del **Norte Global** a menudo hicieron hincapié en el desarrollo de sistemas, la innovación digital y la planificación a largo plazo, fueron menos propensas a abordar directamente

las asimetrías de poder o la dinámica extractiva de la migración de los trabajadores sanitarios destacadas por los países del Sur Global. **Barbados**, por ejemplo, señaló sin rodeos que los países de ingresos bajos y medios están «*sujetos a una contratación agresiva por parte del Norte Global*», y **Jamaica** instó a la OMS a defender con más firmeza el impacto de la migración.

La Asamblea subrayó el consenso sobre la necesidad de aplicar el Código de Prácticas Mundiales de la OMS y la Estrategia Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud 2030. Países como **India, Pakistán, Sudán y Filipinas** hicieron hincapié en el desarrollo de la capacidad nacional mediante la formación de trabajadores sanitarios comunitarios, marcos para las parteras y programas de becas que promueven la igualdad de género. Por su parte, **Costa Rica y Guyana** se centraron en la supervisión y la regulación de los acuerdos bilaterales y multilaterales de contratación. Varios países

de ingresos bajos y medios, entre ellos **Bangladesh, Líbano y Malawi**, criticaron la falta de mecanismos de aplicación del Código e instaron a recopilar datos que se ajusten a la realidad y a una solidaridad internacional que sea realmente aplicable. A pesar de estos retos, muchos países, tanto del Norte como del Sur, apoyaron la resolución y la estrategia, lo que refleja el reconocimiento compartido de que, sin una acción decisiva, ética y redistributiva, el déficit mundial de 11 millones de trabajadores sanitarios previsto para 2030 seguirá socavando la cobertura sanitaria universal.

La sesión se cerró con la aprobación de la decisión contenida en el documento EB156/26 sobre el informe provisional del grupo consultivo de expertos sobre el código mundial de prácticas de la OMS y la contratación de personal sanitario, y la aprobación de la resolución para acelerar la acción sobre la Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: fuerza de trabajo 2030, contenida en el documento EB156/27.

Comité A (lunes por la tarde)

Por la tarde, el Comité A examinó los puntos 13.8 (Proyecto de estrategia mundial de medicina tradicional 2025-2034) y 13.9 (Estrategia mundial para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes).

13.8 Proyecto de estrategia mundial de medicina tradicional 2025-2034

En relación con el punto 13.8, el documento EB156/16 presenta el proyecto de Estrategia mundial sobre medicina tradicional (2025-2034). En la Junta Ejecutiva, en su decisión EB156(28), la Junta decidió recomendar que la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobara la estrategia y solicitara informes a la 83.^a y 87.^a Asambleas Mundiales de la Salud.

La WHA78 reveló dinámicas geopolíticas clave entre el impulso del **Sur Global** hacia la integración, el reconocimiento y el respeto cultural, y la priorización de la seguridad, la regulación y la validación basada en la evidencia por parte del **Norte Global**. Los países de la región africana, liderados por **Zimbabue**, hicieron hincapié en que la medicina tradicional es un componente esencial de la atención sanitaria pública para la mayoría de la población. **Etiopía, Kenia, Sudáfrica y Burkina Faso** reforzaron esta opinión,

destacando sus políticas nacionales y marcos legislativos destinados a integrar la MT en los sistemas de atención primaria. Países como **Tailandia y Honduras**, en nombre de sus respectivas regiones, se hicieron eco de los llamamientos a la OMS para que apoye el desarrollo de metodologías específicas para cada contexto que protejan los conocimientos indígenas y refuercen la validación científica. **India, China y Vietnam** subrayaron la integración de la MT en los sistemas nacionales de seguros y políticas, afirmando que es un pilar fundamental de la equidad en la salud y la confianza de la comunidad.

Por el contrario, la **región de la UE** se centró en el rigor científico, la seguridad y la regulación, y a menudo advirtió sobre la explotación comercial y los posibles riesgos para la salud de los remedios tradicionales no probados. Si bien la UE reconoció las raíces culturales de la MT, subrayó que la OMS debe seguir siendo una «voz normativa» y proteger contra los productos nocivos disfrazados de medicina tradicional. **Alemania, Francia y Japón** apoyaron la regulación, pero hicieron hincapié en la coexistencia de los sistemas modernos y tradicionales, cuando fuera posible. Los **Países Bajos** vinculaban la MT con el enfoque «Una sola salud», citando los riesgos para la biodiversidad y la salud animal, lo que ponía de relieve un cambio hacia marcos globales de medio

ambiente y seguridad. El énfasis del **Norte Global** en la diligencia debida, aunque válido, parecía menos atento a los legados coloniales y a la injusticia epistémica que han marginado históricamente las prácticas tradicionales.

Sin embargo, surgió un tema unificador en los llamamientos a la distribución equitativa de los beneficios y al intercambio de conocimientos, en particular en torno a los materiales genéticos y biológicos. Países como **Brasil, México, Bolivia y Haití** enmarcaron la MT no solo como patrimonio ancestral, sino como recursos complementarios a los sistemas modernos, que requieren protección jurídica, apoyo técnico y preservación cultural. **Sudáfrica y Cuba** destacaron la importancia de los derechos de propiedad intelectual y la producción local, mientras que **Samoa, Comoras y Malawi** pidieron solidaridad con los pequeños Estados insulares en la salvaguardia de las prácticas de MT.

La sesión se cerró con la aprobación del proyecto de decisión sobre la estrategia de la OMS en materia de medicina tradicional para 2025-2034, que figura en el documento EB156/28.

13.9 Estrategia mundial para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes

El Comité A pasó a examinar el tema 13.9, relativo a **la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes**. De conformidad con la resolución WHA69.2 (2016), en la que la Asamblea de la Salud pidió al Director General que informara periódicamente sobre los progresos realizados en materia de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, el documento EB156/17 presenta un resumen de las tendencias y los datos recientes y describe los esfuerzos de la Organización para acelerar los progresos en materia de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.

Los Estados Miembros elogiaron unánimemente a la Secretaría por sus informes sobre la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, y apoyaron con entusiasmo los objetivos y la aplicación de la Estrategia Mundial. También respaldaron la creación del Día Mundial de la Prematuridad.

Los debates sobre la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes pusieron de manifiesto los distintos énfasis regionales. Países como **Angola** (en nombre de la región africana), **Kenia, Chad, Etiopía y Mozambique** informaron de notables reducciones de la mortalidad materna e infantil, pero destacaron los retos persistentes en materia de equidad, atención a los partos prematuros y financiación. **Angola** citó una reducción del 40 % en la mortalidad materna y del 55 % en la mortalidad infantil, atribuyéndola a la cofinanciación y al seguimiento apoyado por la OMS. **Kenia** apoyó la inclusión del Día Mundial de la Prematuridad en el calendario de la OMS y pidió que se regulara la comercialización digital de la leche materna, al igual que **Etiopía, Malawi, República Dominicana, Barbados, República Centroafricana, Tailandia, Honduras y Maldivas**. **Brasil** apoyó firmemente la regulación de la comercialización de sustitutos de la leche materna, afirmando que

«esa comercialización, especialmente en entornos digitales, puede socavar las prácticas de alimentación de los lactantes y los niños», y que «una regulación sólida es fundamental para proteger a los cuidadores y los trabajadores sanitarios de la promoción inadecuada».

Esta opinión fue compartida por **México, Colombia, Reino Unido, España, Bélgica, Sri Lanka, Samoa, Bahamas y Bahrein**, entre otros.

En materia de salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR), solo **Alemania y Finlandia**

hicieron referencia explícita al aborto. **Alemania** pidió acceso a la anticoncepción, al aborto seguro y a la atención postaborto, **mientras que Finlandia** declaró que apoya **el acceso al aborto** y hizo hincapié en la autonomía corporal de los jóvenes. **Polonia**, en nombre de la UE, no utilizó la palabra «aborto», pero apoyó los SDRS, la educación sexual integral y la lucha contra la violencia de género y la mutilación genital femenina. **Francia** se alineó con la declaración de la UE y destacó la necesidad de proteger los derechos de las mujeres y promover el cambio de las normas sociales, pero no mencionó específicamente el aborto. Estas declaraciones contrastaron con el énfasis de países como **Irak, Panamá y Vietnam**, que se centraron en el desarrollo de la capacidad institucional y la prestación de servicios prenatales sin hacer referencia a los marcos de derechos SRHR.

Otros ámbitos de consenso fueron el amplio apoyo al liderazgo estratégico y el apoyo técnico de la OMS. **Colombia, Panamá y México** copatrocinaron las resoluciones; **Sudáfrica, India, Bangladesh y Senegal** expresaron su alineamiento con la estrategia. Varios países, entre ellos **Singapur, Sri Lanka y Filipinas**, describieron programas nacionales de apoyo a la salud materna, la lactancia materna y la atención a los bebés prematuros. **Irán** pidió estrategias de salud materna e infantil específicas para cada región, mientras que **China** solicitó a la OMS que aumentara el apoyo específico a los países en desarrollo. **Irlanda y El Salvador** destacaron sus inversiones en anticoncepción y lactancia materna, respectivamente. En general, la asamblea aprobó tanto la **EB156(29)** como la **EB156(30)**, lo que refleja un compromiso amplio, aunque variado, para mejorar los resultados para las mujeres, los niños y los adolescentes, ya sea a través de protecciones legales, la prestación de servicios o la gobernanza normativa en materia de salud.

Comité A (martes)

La sesión matutina del Comité A se centró en los puntos 14 (Pilar 1) «La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible» y 15 (Pilar 1) «Resistencia a los antimicrobianos», basados en el documento A78/7 Rev. 1, los documentos A78/8 y A78/8 Add.1. La cobertura sanitaria universal (CSU) y la atención primaria de salud (APS) fueron los temas predominantes, y los países hicieron hincapié en la necesidad de contar con sistemas de salud más sólidos que garanticen el acceso equitativo y la protección financiera.

Muchos países elogiaron a la OMS por sus esfuerzos y avances, pero señalaron que retos como el cambio climático, las crisis humanitarias en curso, las vulnerabilidades económicas, la carga de las enfermedades no transmisibles y la salud mental han retrasado la consecución de los ODS en materia de salud para 2030. España comentó que dos tercios de estos objetivos no se han alcanzado.

Países como **Australia, España, Francia e Irlanda** destacaron la importancia de evitar la duplicación de esfuerzos y la fragmentación, así como la necesidad de la rentabilidad durante las restricciones financieras a las que se enfrenta la organización.

La **región africana** compartió los avances hacia la cobertura sanitaria universal y su apoyo a los países a través de programas clave y la vigilancia.

Las **Bahamas, Barbados, Micronesia y Samoa** instaron a la OMS a garantizar estrategias adaptadas y la inclusión en las iniciativas mundiales, señalando los retos únicos a los que se enfrentan debido a su geografía, las limitaciones de recursos y la vulnerabilidad climática. Hicieron hincapié en la representación equitativa de los datos, la financiación específica y el apoyo a las capacidades nacionales como medidas cruciales para garantizar que nadie se quede atrás.

También se dio gran prioridad a los sistemas de datos, la salud digital y la vigilancia. Países como **Australia, Jamaica, Panamá, Filipinas, Austria, Líbano, Tailandia e Irlanda** destacaron la importancia de disponer de datos sanitarios sólidos y desglosados para respaldar la toma de decisiones basadas en datos empíricos. **Arabia Saudita, El Salvador, Cuba, India, Honduras, Rusia y México** presentaron sus iniciativas en materia de transformación de la salud digital, entre las que se incluyen la integración de la inteligencia artificial, los sistemas de seguimiento en tiempo real y los centros de datos de salud pública para mejorar el seguimiento y la respuesta política.

El desarrollo del personal sanitario y el apoyo técnico fueron destacados por **Irak, Etiopía, Arabia Saudí, Zambia, Namibia, Irán e Israel**. Estos países subrayaron la importancia de la formación continua del personal, la orientación técnica de la OMS y el desarrollo de las capacidades nacionales. Israel propuso específicamente la formación de profesionales en materia de RAM como parte del liderazgo institucional, mientras que otros pidieron una mayor inversión en recursos humanos locales para mejorar de forma sostenible los sistemas de salud. En general, los Estados miembros destacaron la importancia de la cobertura sanitaria universal como uno de los pilares fundamentales de la OMS, probablemente con el apoyo más universal de todos los temas debatidos en la asamblea de este año.

La resistencia a los antimicrobianos (RAM) fue uno de los principales puntos del orden del día, con un amplio apoyo a la actualización del Plan de Acción Mundial. Los países africanos (por ejemplo, **Kenia, Nigeria y Etiopía**), los miembros de la UE (encabezados por **Polonia y Austria**) y los Estados de la EMRO (representados por **Arabia Saudí**) subrayaron la urgencia de combatir la RAM. Varios países pidieron que la IA prestara apoyo en la vigilancia. Países como **Colombia, India, Brasil, Alemania, el Reino Unido, Irlanda, Japón, Tailandia, Malasia** y otros hicieron hincapié en el enfoque «Una sola salud», los planes de acción nacionales, las mejoras en la vigilancia y la necesidad de coordinación internacional. Se reiteraron los llamamientos a la financiación sostenible, el desarrollo de capacidades y la inclusión de los países de ingresos bajos y medios (PIBM).

Comité B

El valor simbólico de las banderas

En el Comité B, los Estados miembros debatieron un proyecto de resolución para que la OMS izara las banderas de los Estados observadores, lo que habría supuesto izar la bandera de Palestina en la sede de la OMS. Israel se opuso abiertamente al proyecto de resolución, argumentando que permitir banderas de Estados no miembros socava el orden basado en normas y los principios de soberanía de las Naciones Unidas. Advirtieron contra la flexibilización de las normas por motivos de simbolismo político y pidieron que se sometiera a votación.

Palestina instó a apoyar la propuesta, enmarcando la bandera como un paso hacia la plena adhesión a la ONU y condenando las acciones de Israel en Gaza. Varios Estados se hicieron eco de esta postura, alegando solidaridad, autodeterminación y la urgencia de abordar las crisis sanitarias bajo ocupación.

Los Estados a favor de la bandera (**Kuwait, Sudáfrica, Egipto, Argelia, China, España, Noruega, Brasil, Nicaragua, Cuba, Malasia, Turquía, etc.**) hicieron hincapié en razones morales, jurídicas y simbólicas, en consonancia con los precedentes de la ONU. Muchos copatrocinaron la resolución, calificándola de correctivo de una injusticia histórica y de mensaje de

esperanza.

Los países neutrales o con un enfoque técnico (**Suiza, Túnez** en sus observaciones iniciales) hicieron hincapié en la colaboración de la ONU en materia de prioridades sanitarias (por ejemplo, la cobertura sanitaria universal o el clima), pero no se opusieron explícitamente a la resolución. Los bloques regionales (**EMRO, Grupo Árabe**) apoyaron unánimemente la resolución, vinculándola a esfuerzos de paz más amplios.

Resultado: Fuerte mayoría a favor de la resolución. La votación se aprobó con 27 abstenciones, 99 votos a favor y 4 en contra. **Australia** fue el único Estado miembro que tomó la palabra para explicar su voto sobre la decisión, esforzándose por asegurar a la asamblea que su «*voto a favor de esta resolución no supone el reconocimiento bilateral de la condición de Estado palestino*».

Los efectos de la guerra nuclear sobre la salud

En el **punto 18.1**, se produjo un intenso debate sobre un proyecto de resolución que facultaba a la OMS a realizar un estudio actualizado sobre los efectos de la guerra nuclear en la salud pública.

Los partidarios de la resolución pronunciaron declaraciones contundentes y aleccionadoras sobre la amenaza existencial que representan las armas nucleares en un mundo cada vez más conflictivo. En nombre de los copatrocinadores de la resolución, **Vanuatu** afirmó que «*la guerra nuclear no es una cuestión que deba politizarse, ya que es demasiado importante y supone una amenaza existencial*».

Los argumentos en contra del proyecto de resolución, presentados principalmente, aunque no de forma exclusiva, por los Estados poseedores de armas nucleares y los miembros de la OTAN, incluían que no era necesario actualizar los informes anteriores sobre el tema, la sugerencia de que la resolución excedía el mandato de la OMS y la preocupación por los recursos financieros.

Algunos Estados miembros argumentaron que la AMS no era el foro adecuado para este debate y que la realización del trabajo propuesto excedía el mandato de la OMS. La **República Popular Democrática de Corea (RPDC)** consideró que «*la intención [de la resolución] va mucho más allá del mandato de esta organización*» y que «*la OMS [debería] centrarse en los retos sanitarios mundiales en lugar de gastar recursos valiosos en repetir un trabajo que ya se ha realizado*».

Los detractores también argumentaron que el informe era un desperdicio de dinero (a pesar de sus minúsculas repercusiones financieras para la OMS), y **Rusia** afirmó que «*la secretaria de la OMS solicitó medio millón de dólares para actualizar este informe que lleva 40 años archivado*», mientras que **la RPDC** argumentó que, dada la crisis financiera de la organización, «*es necesario tomar todas las precauciones a la hora de utilizar los recursos humanos y financieros*».



«Las armas nucleares son una abominación que amenaza la salud de todas las personas».
–Vanuatu

La resolución fue finalmente aprobada por 86 votos a favor, 14 en contra y 28 abstenciones.

Drama y acuerdos secretos sobre el cambio climático y la salud

En el punto 18.3, los Estados miembros examinaron el tema del cambio climático y la salud. En la asamblea del año pasado, la WHA77 aprobó una resolución histórica sobre el cambio climático y la salud. Antes de que se abordara el tema en la WHA78, el destino del Plan de Acción de la OMS sobre el Cambio Climático y la Salud era incierto. A última hora del domingo, se publicó en el sitio web de la OMS una moción para retrasar la aplicación del plan de acción propuesto durante un año, presentada por los miembros de la región EMRO. Los informes indican que la iniciativa de posponer el plan de acción fue impulsada principalmente por **Arabia Saudita**, con el apoyo de la **Federación de Rusia**, y que los países pasaron la mañana presionando a los miembros de la región africana para que apoyaran el aplazamiento.

Afirmando que *«se requieren medidas urgentes y transformadoras, junto con la CMNUCC y el Acuerdo de París»*, **Fiji** (en nombre de los países insulares del Pacífico) *«pidió una asociación mundial sólida, la cooperación multisectorial y la movilización de recursos, el fomento de la capacidad y un apoyo adaptado a las pequeñas naciones insulares remotas»* para garantizar la aplicación efectiva del plan de acción.

El **martes por la tarde**, el debate continuó en el Comité B.



«Hoy estamos poniendo a prueba las normas de procedimiento». – Derek Walton, asesor jurídico

Tras el firme rechazo de su moción en la que proponía aplazar el plan de acción, **Rusia** presentó una enmienda desde la sala (lo que el presidente denominó «*enmienda amistosa*») que modificaría el proyecto de decisión EB156(40) añadiendo un párrafo que dice lo siguiente:

«... solicitar al Director General que consolide la información sobre los progresos realizados en materia de cambio climático, medio ambiente y salud mediante la racionalización de los informes que se presentarán a la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud y a la 82.^a Asamblea Mundial de la Salud, de conformidad con los requisitos y plazos de presentación de informes existentes».

Esta enmienda propuesta habría tenido el efecto de sustituir un párrafo específico del proyecto de decisión original en el que se pedía al Director General que «preparara un informe sobre los progresos realizados en la aplicación del Plan de Acción Mundial» por una solicitud de consolidar esta información con informes más generales ya exigidos sobre los progresos en materia de clima, medio ambiente y salud.

Francia expresó su preferencia por examinar la decisión inicial, en lugar de la versión modificada, alegando, en parte, que los miembros no habían tenido la oportunidad de consultar con las capitales antes de que se examinara la versión modificada. Planteando una cuestión de orden, Francia dijo

que «*nos hubiera gustado que se reconsiderara la decisión de examinar esta enmienda, ya que se presentó muy tarde*». Francia presentó un recurso, que requería una votación del comité sobre la cuestión de si la enmienda propuesta por la **Federación de Rusia** debía siquiera ser examinada. Posteriormente, en una votación de 62 a 47, el comité rechazó la propuesta de examinar las enmiendas de Rusia, dejando así sobre la mesa únicamente la decisión inicial, sin enmiendas. En virtud del artículo 61 del reglamento del debate, **Perú** propuso una moción para cerrar el debate sobre el tema, alegando que «*hoy estamos todos muy cansados y [...] ha sido una larga semana de negociaciones*», lo que permitiría a la comisión pasar directamente a la votación del proyecto de decisión. La moción se aprobó por 94 votos contra 20, por lo que se cerró el debate.



«Delegados, por favor, mantengan la atención» – Presidente de la Comisión B

Tras un silencio incomprensiblemente largo, «aclaraciones» por parte de **Egipto** (en nombre de **EMRO**), que simultáneamente afirmó que no quería adoptar la decisión por

consenso ni solicitar una votación, y repetidas idas y venidas entre el presidente y el asesor jurídico Derek Walton, el proyecto de decisión se sometió finalmente a votación. Los resultados de la votación se registraron a petición de EMRO.

La decisión se aprobó sin ningún voto en contra, por 109 votos a favor, 0 en contra y 19 abstenciones.