



Health for All Now! People's Health Movement

Resumen diario de PHM sobre la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS:

Día 5 (22 de mayo de 2026)

Informe elaborado por el equipo de seguimiento de la OMS de PHM

Comité A, sesión matutina (9:00-12:30)

Punto 12.4: Cobertura sanitaria universal (continuación)

En el quinto día de la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud, el Comité A prosiguió los debates en el marco del **punto del orden del día sobre la cobertura sanitaria universal (A79/5)**, centrándose en el proyecto de [estrategia mundial para la atención integrada de urgencias, cuidados intensivos y quirúrgica \(2026-2035\) \(EB158/4\)](#), el acceso ético y la supervisión de los trasplantes de células, tejidos y órganos humanos, y el reconocimiento de las enfermedades raras como prioridad de salud mundial para la equidad y la inclusión.

El debate sobre el proyecto de estrategia mundial para la atención integrada de urgencias, cuidados intensivos y quirúrgica (2026-2035) se centró en la necesidad de sacar la atención de urgencias y quirúrgica de entornos hospitalarios aislados e integrar en la atención primaria y los sistemas nacionales de salud. **Togo**, en nombre de la Región Africana, pidió “*un enfoque estratégico universal*” que coordine la atención a lo largo de toda la vida, mientras que **Ghana** destacó que la atención de urgencias y quirúrgica es esencial para reducir las muertes evitables “*especialmente en los países de ingresos bajos y medios*”. **Zambia** vinculó la cuestión directamente con los recientes brotes de cólera, la viruela del simio y las inundaciones relacionadas con el clima, advirtiendo de que las carencias de financiación y de personal siguen socavando la preparación. **Chad** expresó su apoyo al borrador de la estrategia sobre atención integrada de urgencias, cuidados intensivos y quirúrgica para 2026-2035, en particular en contextos como la *cuenca del lago Chad, afectada por los ataques de Boko Haram*, los desplazamientos, la migración, las crisis persistentes y la escasez de personal sanitario cualificado. **Camboya** argumentó que la atención quirúrgica es fundamental para reducir “*las muertes y discapacidades evitables*”.

En cuanto al trasplante de células, tejidos y órganos humanos, los debates se centraron en gran medida en la ética, la regulación y la soberanía sanitaria. **Togo** pidió “*marcos legislativos sólidos*” para prevenir el tráfico de órganos y proteger a donantes y receptores, mientras que **Pakistán**, en nombre de la Región del Mediterráneo Oriental, advirtió de que los sistemas de trasplantes siguen siendo “*complejos y muy heterogéneos*”, lo que requiere *una mayor supervisión, registros de trasplantes y cooperación regional*. **Burkina Faso** destacó sus primeros trasplantes renales como “*un paso importante*” hacia la reducción de las costosas evacuaciones médicas al extranjero y el fortalecimiento de la soberanía sanitaria nacional. Varios países, entre ellos **Qatar** y **Marruecos**, apoyaron la continuación de los trabajos sobre una estrategia mundial de trasplantes, aunque los Estados Miembros

acordaron finalmente aplazar su examen final hasta la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en 2027 para permitir nuevas consultas y mejoras técnicas.

Las enfermedades raras se convirtieron en uno de los debates con mayor repercusión política en el marco de este punto del orden del día, y muchas delegaciones plantearon la cuestión como una prueba de equidad e inclusión dentro de la cobertura sanitaria universal. **Egipto**, en nombre de 41 Estados Miembros co-patrocinadores, describió la primera resolución de la historia sobre enfermedades raras como un “*paso histórico*” para la “*visibilidad, dignidad y equidad*” de millones de personas que viven con enfermedades raras. Al mismo tiempo, varios países advirtieron de que el acceso al diagnóstico, el tratamiento y los medicamentos huérfanos sigue siendo profundamente desigual. **Sri Lanka** describió sus servicios para enfermedades raras como “*subdesarrollados y fragmentados*”, mientras que **Malasia** pidió registros más sólidos, centros de excelencia y mecanismos de financiación sostenibles. **Kenia** acogió con satisfacción la elaboración de un plan de acción mundial de la OMS y se ofreció a actuar como centro regional de excelencia para las enfermedades raras.

A lo largo del debate, muchas delegaciones vincularon la cobertura sanitaria universal (CSU) a cuestiones más amplias de justicia, desigualdad y responsabilidad política. **México** subrayó que la CSU no puede reducirse únicamente a los planes de seguro, sino que debe garantizar “*un acceso efectivo, oportuno y continuo*”, independientemente de los ingresos o la situación laboral. **Haití** advirtió que la CSU “*no debería ser un privilegio*” reservado a los países estables. **Palestina** abogó por una cobertura sanitaria universal integral y sistemas de salud sólidos “*para todos, sin excepción*”, invocando la *Declaración de Astana* y su visión de la salud como vía hacia la paz. La delegación subrayó que las condiciones en Gaza y en todo el territorio palestino ocupado, incluidos Jerusalén Este y la Zona C de Cisjordania, *según* *excluidas de cualquier avance positivo en materia de salud* debido a la crisis humanitaria en curso, la violencia de los colonos y los ataques que afectan a la población civil, al personal médico palestino, a los trabajadores humanitarios y a los activistas de solidaridad internacional.

Al término de la sesión, el Comité A aprobó las resoluciones (resoluciones [EB158.R2](#), [EB158.R3](#), [EB158.R4](#) y [EB158.R5](#)) en el marco del punto 12.4 del orden del día, incluidas las resoluciones sobre medicina de precisión, acceso equitativo a las técnicas de diagnóstico por imagen mediante teleradiología, reducción de la carga de los accidentes cerebrovasculares y farmacovigilancia inteligente. El Comité también aprobó el proyecto de estrategia mundial para la atención integrada de urgencias, cuidados intensivos y quirúrgicos 2026-2035 (decisión [EB158\(4\)](#)), mientras que el examen de la estrategia mundial de trasplantes se aplazó hasta la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en 2027.

Comité B, sesión matutina (9:00-12:00)

Punto 20.1: Reforma de la arquitectura sanitaria mundial y la Iniciativa UN80 (continuación)

Durante la sesión matutina, los Estados Miembros debatieron el informe [A79/23](#), en el que se describe la colaboración de la OMS con el sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales en 2025. En el marco del punto 20.1 del orden del día, los Estados Miembros debatieron el informe [A79/24](#) sobre el proceso conjunto propuesto para reformar la arquitectura sanitaria mundial y la Iniciativa UN80, junto con las repercusiones financieras y administrativas de la propuesta ([A79/24 Add.1](#)) y el informe correspondiente del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo ([A79/31](#)).

Un tema dominante a lo largo del debate fue que el proceso debe seguir estando firmemente *dirigido por los Estados Miembros*. Esta posición fue compartida por **Pakistán, Panamá, Indonesia, Nepal, México, China y Arabia Saudí**. **Sudáfrica** hizo especial hincapié en que *“la titularidad solo puede recaer en los Estados Miembros”*, advirtiendo que, si bien la inclusividad era importante, la autoridad final debía seguir recayendo en los gobiernos. Pakistán insistió en que las consultas con sede en Ginebra sigan siendo fundamentales para el proceso, argumentando que las Misiones Permanentes son la *“voz autorizada de los Estados Miembros”*. Indonesia subrayó que el proceso *“debe ser visible para los Estados Miembros en todo momento”*, y Nepal destacó que las consultas en Ginebra deben seguir siendo accesibles e inclusivas para los países de ingresos bajos y medios. Más allá de la participación de los Estados Miembros, **el Líbano** destacó la importancia de involucrar a *la sociedad civil* en los debates sobre la reforma.

Varias delegaciones, entre ellas **Noruega, Canadá, Eslovaquia e Indonesia**, subrayaron la necesidad de un proceso de reforma *ágil, eficiente y práctico*. Eslovaquia pidió un *“proceso ágil”* sin *“carga financiera adicional”*.

La cuestión de la **ayuda oficial al desarrollo (AOD)** y la disminución de la financiación sanitaria surgió repetidamente a lo largo del debate. En una intervención de gran alcance, **Pakistán** recordó a la sala que la reforma *“no debe traducirse en una reducción de la AOD, un debilitamiento de la presencia de la OMS en los países o una disminución del apoyo a los países en desarrollo”*. Advirtiendo contra una reforma impulsada por la austeridad, la delegación subrayó que *“ágil” no debe convertirse en sinónimo de “menos”*. Pakistán argumentó además que *“una reforma genuina exige una financiación sostenida y predecible, una transferencia acelerada de tecnologías innovadoras para construir la autosuficiencia a largo plazo, al tiempo que se mantiene el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud como eje central”*.

Colombia realizó una de las intervenciones más sustantivas desde el punto de vista político, cuestionando la base misma del proceso de reforma. *“La información sobre la reforma de la arquitectura no es suficiente”*, afirmó la delegación, argumentando que los debates se centraron en gran medida en *“la metodología y la organización, pero no en cuestiones sustantivas”*. Colombia preguntó directamente: *¿Qué se está reformando y por qué?*, advirtiendo de que el proceso podría tener un *“impacto masivo en la OMS como organismo especializado de las Naciones Unidas”*. Refiriéndose a anteriores esfuerzos de reforma de la OMS bajo el mandato de Brundtland, Chan y Tedros, Colombia subrayó que cualquier nueva reforma debe definir claramente su propósito. La delegación insistió además en que *“cualquier reforma debe proteger el carácter público y multilateral de la organización de las Naciones Unidas”*, advirtiendo contra *“la injerencia de intereses comerciales privados”*.

Sudáfrica también advirtió contra la *“influencia indebida”* en el proceso de reforma y destacó la importancia de proteger los principios de equidad, *“especialmente ahora que estamos consolidando la equidad en el Acuerdo sobre Pandemias”*. La delegación vinculó el debate sobre la reforma a la necesidad de una mayor resiliencia frente a futuras crisis de salud pública.

En su intervención final, **Pakistán** solicitó que los informes provisionales y finales se compartieran con los Estados Miembros antes de su distribución general. El **Jefe de Gabinete** confirmó que las observaciones de **Pakistán** se reflejarían en las actas resumidas de la AMS y se tendrían en cuenta en el proceso de implementación.

Al cerrar el debate, **el director general Tedros** mencionó los recientes esfuerzos de estabilización financiera de la OMS, señalando que el aumento de las cuotas aprobadas en 2023 y 2025 había ayudado a reducir el impacto de los recortes de financiación y a estabilizar la Organización durante la reestructuración. Explicó que los futuros

aumentos de las cuotas deberían llegar a representar «entre el 50 % y el 60 %» del presupuesto total de la OMS, lo que haría que la OMS fuera “*más resiliente*” y “*más independiente*”. Aludiendo a las intervenciones de varios Estados Miembros, Tedros respondió que la OMS había escuchado los llamamientos a la “*transparencia, un proceso inclusivo y una verdadera división del trabajo*”, y concluyó que “*la regla de este juego es la unión*”.

La Asamblea tomó nota de los informes A79/23 y A79/24.

Sesión de la tarde del Comité A (14:00-17:30)

Punto 12.5. Atención primaria de salud y punto 12.8. Informe del Grupo Consultivo de Expertos sobre el Código de Prácticas de la OMS para la Contratación Internacional de Personal Sanitario

En los puntos 12.5 y 12.8 del orden del día, los Estados Miembros debatieron el futuro de la atención primaria de salud (APS) (Documento [A79/5](#)) y la creciente crisis en torno a la contratación internacional de personal sanitario (Documentos A79/5, [A79/5 Add.3](#) y [A79/5 Add.5](#)), con debates que pusieron de manifiesto claras tensiones entre los países de origen y los de destino. A lo largo del debate, las delegaciones calificaron repetidamente a la APS como la base política y financiera de la cobertura sanitaria universal, mientras que muchos países de África, Asia, América Latina y los pequeños Estados insulares en desarrollo advirtieron de que la migración de la mano de obra, la falta de financiación y la fragilidad de los sistemas de salud están socavando los avances.

Varios países reafirmaron con firmeza que la APS es la columna vertebral de los sistemas nacionales de salud. **Etiopía** vinculó explícitamente su intervención a la *Declaración de Alma-Ata de 1978*, describiendo la APS como la “*pedra angular*” de su sistema de salud y señalando que “*el 80 % [de la población] recibe sus servicios*” a través de estructuras de APS comunitarias y multisectoriales. **Cuba** destacó su modelo de APS de larga data, impulsado por la comunidad y creado por *Fidel Castro*, basado en la igualdad, la prevención y el acceso local a la atención. **Ghana** subrayó que la APS sigue siendo “*la base de la cobertura sanitaria universal, los sistemas de salud resilientes y la seguridad sanitaria*”, al tiempo que señaló su nueva iniciativa de APS gratuita y sus programas de prevención comunitarios. **Zimbabue** hizo hincapié de manera similar en un “*enfoque centrado en las personas y que abarca a toda la sociedad*”, destacando la importancia de integrar a los trabajadores sanitarios comunitarios en los sistemas formales. **Micronesia** advirtió que, para las pequeñas naciones insulares, la APS es a menudo “*el primer y, a veces, el único punto de atención disponible para las comunidades remotas*”, y pidió inversiones en salud digital, transporte y servicios descentralizados.

El debate político más acalorado surgió en el marco del punto 12.8 del orden del día, relativo a la contratación internacional de personal sanitario. Los países de origen argumentaron repetidamente que los países de destino ricos se benefician de la migración de los trabajadores sanitarios sin compensar a los países que financian su educación y formación. **Pakistán** realizó una de las intervenciones más contundentes de la sesión, afirmando: “*Acudimos a estas negociaciones en busca de justicia, no de caridad*”. Pakistán destacó que cada año invierte fuertemente en la formación de profesionales sanitarios, solo para ver cómo son contratados en el extranjero por países de altos ingresos que “*aborran miles de millones en la formación de profesionales sanitarios que nunca tuvieron que financiar*”. La delegación vinculó la pérdida de personal a la fragilidad de los sistemas de salud, las catástrofes climáticas, los conflictos fronterizos y la reducción del margen de maniobra fiscal, al tiempo que criticó la resolución por carecer de obligaciones vinculantes. “*Reducir*” no debe convertirse en sinónimo de

“menos”, argumentó Pakistán, señalando que *“el texto actual no refleja la magnitud del problema, ni la urgencia que sienten los países de origen”*. Pakistán abogó por una “financiación específica”, “obligaciones vinculantes de coinversión” y mecanismos financieros concretos, incluida la AOD, al tiempo que advertía a los Estados miembros: *“Estaremos muy atentos y no lo olvidaremos fácilmente”*.

Bangladesh planteó sus preocupaciones desde un ángulo diferente, argumentando que la lista de salvaguardias de la OMS, destinada a proteger los sistemas de salud vulnerables, también puede limitar injustamente las oportunidades de los trabajadores sanitarios de los países de origen. La delegación advirtió que, debido a su aplicación inflexible, la lista de salvaguardias se ha convertido en *“una barrera para los derechos de los profesionales sanitarios... a desempeñar un trabajo digno y significativo en el extranjero”*, mientras que muchos permanecen desempleados o subempleados en su país de origen. Bangladesh argumentó que la migración también puede ayudar a los trabajadores a adquirir experiencia profesional que más adelante podría fortalecer los sistemas de los países de origen, y pidió una mayor “flexibilidad” y una coinversión más significativa por parte de los países de destino.

Varios Estados miembros de la Región Africana se hicieron eco de las preocupaciones sobre el agotamiento de la mano de obra. **Zambia** argumentó que los países de origen han *“soportado el elevado coste de formar a los profesionales sanitarios”* durante demasiado tiempo, mientras que **Zimbabue** advirtió de que la eliminación prematura de la lista de salvaguardias de la OMS podría acelerar la pérdida de mano de obra y socavar los avances hacia la cobertura sanitaria universal. **Ghana** destacó igualmente el creciente impacto de la contratación internacional en los sistemas de los países de origen.

Los países de destino y las delegaciones europeas defendieron en gran medida el carácter voluntario del Código de la OMS. En nombre de la UE, **Croacia** hizo hincapié en la contratación ética, el fortalecimiento de los sistemas de datos y la cooperación internacional, mientras que **Japón** subrayó que *“el fortalecimiento de los sistemas nacionales de financiación de la salud y la promoción del aprendizaje entre países siguen siendo indispensables”*. Japón también destacó la cooperación bilateral en materia de personal sanitario a través de la JICA y acogió con satisfacción el reconocimiento de los trabajadores de cuidados en el código revisado. **Noruega, Irlanda, Suiza, Australia** y el **Reino Unido** hicieron hincapié en los enfoques de colaboración, la sostenibilidad de la mano de obra y la cooperación mutuamente beneficiosa, aunque varias delegaciones evitaron respaldar obligaciones financieras vinculantes para los países de origen.

A lo largo del debate, los Estados miembros vincularon repetidamente la atención primaria de salud y la migración de personal sanitario a cuestiones más amplias de equidad, financiación y soberanía. **Chile** subrayó que la atención primaria de salud no solo debe abordar las necesidades clínicas, sino también *“fortalecer los vínculos comunitarios y la conexión social”*, al tiempo que se combate el aislamiento y la exclusión. **Brasil** advirtió que la migración de personal sanitario plantea *“difíciles desafíos para la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de salud en los países en desarrollo”*, mientras que **México** hizo hincapié en la atención comunitaria para las poblaciones rurales e indígenas. **Papúa Nueva Guinea** afirmó sin rodeos que *“la crisis del personal sanitario no es teórica, es inmediata y se siente profundamente”*, advirtiendo de que la migración está ejerciendo *“una presión significativa sobre unos servicios de salud ya de por sí frágiles”*. La delegación pidió medidas cuantificables, una contratación ética, acuerdos bilaterales transparentes y un mayor apoyo técnico de la OMS.

Al término de la sesión, el Comité A aprobó la resolución por la que se actualiza el Código de Prácticas de la OMS sobre la Contratación Internacional de Personal Sanitario y tomó nota de la aplicación continuada de la

agenda de la APS. El texto adoptado reforzó la formulación sobre la coinversión, la contratación ética y la sostenibilidad de la fuerza de trabajo, aunque muchos países de origen dejaron claro que el compromiso final no alcanzaba los compromisos financieros vinculantes y los mecanismos de rendición de cuentas que habían buscado.

Sesión de la tarde del Comité B (14:00-17:30)

Punto 20.2 Comunicaciones del Secretario General de las Naciones Unidas en su calidad de depositario de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud

En el marco del [punto 20.2 del orden del día](#), relativo a las comunicaciones del Secretario General de las Naciones Unidas en su calidad de depositario de la Constitución de la OMS, los Estados Miembros debatieron la retirada de Argentina de la Organización Mundial de la Salud y las enmiendas propuestas a la decisión [EB158 \(12\)](#).

La **EB158** decidió recomendar a la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud la adopción de la siguiente resolución:

“La 79.^a Asamblea Mundial de la Salud, tomando nota del informe del Director General;

habiendo tomado nota de la comunicación del Ministro de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto de la República Argentina, en la que notifica al Secretario General de las Naciones Unidas que la República Argentina se retira de la Organización Mundial de la Salud, con efecto a partir del 17 de marzo de 2026,

RESUELVE tomar nota del retiro de la República Argentina de la Organización Mundial de la Salud, con efecto a partir del 17 de marzo de 2026”.

B Bélgica, Brasil, Croacia, Francia, Alemania, Japón, los Países BajosB , B NoruegaB y la B República de CoreaB propusieron una enmienda ([A79/B/CONF./2](#)) para evitar un texto que reconociera explícitamente la retirada, proponiendo en su lugar *“tomar nota de la solicitud del Asesor Jurídico de las Naciones Unidas”.*

Paraguay propuso además añadir el siguiente texto: [la AMS] *“RESUELVE que, si bien la Organización Mundial de la Salud siempre acogerá con satisfacción la plena reintegración de la República Argentina en la labor de la Organización, no es necesario adoptar ninguna otra medida adicional.”*

El texto final fue el siguiente:

The Seventy-ninth World Health Assembly,

Taking note of **the recommendation contained in decision EB 158 (12)** entitled “Withdrawal of the Argentine Republic from the World Health Organization” and the report by the Director-General;

Having noted the communication from the Minister of Foreign Affairs, International Trade and Worship of the Argentine Republic **dated 25 February 2025, and received by the United Nations Secretary General on 17 March 2025, notifying the latter that the Argentine Republic withdraws from the World Health Organization and that the withdrawal would be effective one year after the receipt of that letter;** ~~notifying the United Nations Secretary General that the Argentine Republic withdraws from the World Health Organization, effective as of 17 March 2026;~~

RESOLVES that while the World Health Organization will always welcome the Argentine Republic’s full co-operation in the work of the Organization, it is not considered that any further action at this stage is desirable. ~~to acknowledge the withdrawal of the Argentine Republic from the World Health Organization, effective as of 17 March 2026.~~

El proyecto de resolución modificado ([A79/B/CONF./4](#)) fue aprobado.

Varios Estados miembros pronunciaron declaraciones políticas más amplias tras la aprobación. **China** destacó que la OMS sigue siendo la “*institución con mayor autoridad en materia de salud mundial*”, argumentando que “*la salud pública mundial es un todo y no puede dividirse*”. **China** también calificó la retirada de los Estados Miembros como una cuestión “*delicada y compleja*” y pidió normas más claras en relación con las obligaciones financieras, los procedimientos de retirada y las condiciones para volver a incorporarse a la OMS. **Bolivia** describió la decisión como «*vital para la soberanía de los Estados*», mientras que **Sierra Leona**, en nombre del Grupo Africano, subrayó que la unidad de la OMS sigue siendo “*esencial para los países en desarrollo*” y reafirmó el “*compromiso inquebrantable del Grupo con la OMS*”.

Punto 15.1: Fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud; punto 15.3: La salud de los pueblos indígenas; y punto 15.4: Nutrición materna, del lactante y del niño pequeño

La sesión de la tarde continuó con el debate del punto 15.1 del orden del día, el documento [A79/5](#), sobre el fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud, el punto 15.3 del orden del día sobre la salud de los pueblos indígenas ([A79/5](#) y EB158/2026/REC/1, decisión EB158(10)), y el punto 15.4 del orden del día sobre la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño ([A79/5](#)).

En cuanto a la rehabilitación en los sistemas de salud, muchos Estados miembros destacaron la necesidad de integrar los servicios de rehabilitación en la atención primaria de salud, la respuesta a emergencias y la cobertura sanitaria universal. Estados miembros como **China, Brasil, Tailandia, Panamá, Arabia Saudí, Filipinas y Chile** describieron la rehabilitación como un componente “*esencial*” de los sistemas de salud. **El Salvador** planteó las necesidades específicas de los supervivientes de *minas y restos explosivos de guerra*, especialmente en las zonas rurales. **Zambia, Senegal y Marruecos** señalaron la escasez de personal, de infraestructuras de rehabilitación y de tecnologías de apoyo, y pidieron un mayor apoyo de la OMS y mecanismos de financiación sostenibles.

El debate sobre la salud de los pueblos indígenas se centró en la participación significativa de las comunidades indígenas y en los enfoques interculturales de la prestación de asistencia sanitaria. **Brasil** destacó que la salud indígena “*no puede separarse de la tierra y la cultura*”, reafirmando su compromiso con los enfoques de salud interculturales. De manera similar, **Colombia** hizo hincapié en los modelos de atención interculturales como esenciales para construir sistemas de salud equitativos; **Ecuador** destacó la importancia de integrar enfoques basados en la familia y la comunidad en la atención a las poblaciones indígenas. Panamá subrayó la importancia de “*escuchar las voces y aprender de los conocimientos de los pueblos indígenas*”, y **Angola** acogió con satisfacción la integración de la medicina indígena y los sistemas de conocimientos tradicionales en la atención sanitaria.

En el ámbito de la nutrición materna, infantil y de la primera infancia, los Estados miembros compartieron su preocupación por los avances hacia los objetivos mundiales de nutrición. **Burkina Faso** destacó los avances nacionales en la reducción de la malnutrición del 25 % al 17 % entre 2019 y 2025, junto con el aumento de las tasas de lactancia materna. **Sri Lanka** mencionó que la crisis económica y los desastres climáticos están agravando la inseguridad alimentaria.

Muchas delegaciones pidieron una regulación más estricta de la comercialización de los sustitutos de la leche materna. **Jamaica** subrayó que la comercialización de los sustitutos de la leche materna “*debe regularse*”, mientras que **Tailandia** advirtió de que las infracciones relacionadas con la comercialización digital transfronteriza se habían “*casi triplicado*” en 2025. **China, Turquía, Lesoto** y la **República Centroafricana** pidieron igualmente una mayor supervisión de la publicidad digital. A lo largo del debate, los Estados miembros vincularon repetidamente la nutrición con la atención primaria de salud, la equidad y la resiliencia a largo plazo del sistema sanitario.