



# 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 6 (23 de mayo de 2026)

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

### Comité A (Mañana)

#### **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 (Continuación)**

Al inicio de la sesión del Comité A, se concedió a los actores no estatales la oportunidad de formular declaraciones en relación con los puntos 12.5 y 12.8, tras la interrupción abrupta de la sesión del comité celebrada la tarde anterior, que impidió a varios actores no estatales intervenir sobre estos temas. El punto 12.8 se refería al «informe del Grupo Consultivo de Expertos sobre el Código de Prácticas Mundial de la OMS para la Contratación Internacional de Personal Sanitario». El informe en cuestión (contenido en el documento [EB158/17](#)) se comunicó a través del informe consolidado de la Dirección General (documento [A79/5](#)), y se pidió al Comité que examinara el proyecto de decisión [EB158\(7\)](#). Se tomaron nota de los informes y se aprobó el proyecto de resolución sobre el «Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre la Contratación Internacional de Personal Sanitario» ([A79/5 Add.3](#)).

#### **Punto 12.7 Productos médicos de calidad inferior y falsificados y punto 12.9 Proyecto de plan de acción mundial actualizado sobre la resistencia a los antimicrobianos**

El comité pasó a debatir el punto 12.9 «Proyecto de plan de acción mundial (GAP) actualizado sobre la resistencia a los antimicrobianos». El comité examinó el proyecto de plan de acción mundial actualizado sobre la resistencia a los antimicrobianos (2026-2036) (que figura en el documento [A79/5 Add.2](#)), que es una versión actualizada del documento [EB158/18](#), examinado por el 158.º Consejo Ejecutivo a principios de este año. Se presentó un proyecto de decisión ([EB158\(6\)](#)) en el que se recomendaba a la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) que adoptará el plan de acción mundial actualizado sobre la resistencia a los antimicrobianos y se solicitaba al Director General que informará cada dos años sobre los avances a las AMS en 2027, 2029 y 2031.

El amplio debate vio cómo muchos Estados miembros se centraban en la transferencia de tecnología, mientras que las discusiones también estuvieron marcadas por los temas recurrentes de los conflictos, la guerra y los recursos limitados, así como por la necesidad de cooperación y solidaridad.

**Nueva Zelanda** y otros Estados miembros del Norte global, así como aquellos que albergan las sedes de empresas farmacéuticas, abogaron por una estrategia de transferencia de tecnología basada en términos ‘voluntarios y mutuamente acordados’. **Chipre, en nombre de la Unión Europea y sus 27 Estados miembros**, acogió con satisfacción el borrador del plan de acción global (GAP) actualizado como resultado de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas de 2024. Chipre señaló que el sector medioambiental es ahora un componente importante del GAP y destacó la importancia de respetar las normas internacionales de propiedad intelectual y la transferencia voluntaria de tecnología en términos mutuamente acordados. **El Reino Unido** pidió medidas más claras en materia de seguimiento y evaluación, así como orientaciones explícitas sobre la RAM en situaciones de conflicto. En cuanto a la transferencia de tecnología, el Reino Unido declaró que interpreta el GAP como un estímulo específico a la promoción de la transferencia de tecnología por parte de los Estados miembros y que mantiene su compromiso con las asociaciones voluntarias y mutuamente acordadas. **Filipinas** subrayó la importancia de la transferencia de tecnología, el intercambio de conocimientos y la cooperación científica. **Brasil** advirtió de que los marcos normativos deben ser precisos y proporcionados al riesgo para evitar el endurecimiento de los medicamentos genéricos legítimos y asequibles. **Nauru**, en su calidad de pequeño Estado insular, animó a la OMS y a sus socios a garantizar que las medidas contra la RAM sean operativamente realistas para los países con recursos y capacidad de personal limitados.

**Japón** valoró el enfoque «One Health» más amplio del borrador revisado y acogió con satisfacción la creación del panel independiente sobre pruebas para la acción contra la RAM. Japón, con el respaldo de **Suecia**, solicitó a la Secretaría que procediera a realizar preparativos exhaustivos y consultará con los Estados miembros sobre el panel en el momento oportuno.

**Francia**, en consonancia con la UE, acogió con satisfacción el refuerzo de la dimensión medioambiental y de las ciencias sociales y del comportamiento, y anunció un pacto internacional presentado en la Cumbre «One Health» de Lyon para promover el uso adecuado de los antibióticos y prohibir los antimicrobianos como promotores del crecimiento en el ganado. **Italia**, en consonancia con la UE, destacó la necesidad de integrar las dimensiones ambientales de la RAM y reiteró la importancia de una financiación sostenible para las poblaciones desfavorecidas y vulnerables. **India** subrayó que las medidas intersectoriales en el ámbito medioambiental deben basarse en datos empíricos, ser graduales y proporcionadas, al tiempo que se da prioridad a la reducción de la carga de la RAM para la salud humana. **China** pidió una línea de financiación específica para «One Health», normas técnicas uniformes para la vigilancia ambiental y un mecanismo justo de transferencia de tecnología. China añadió que *“la secretaría debería desarrollar un modelo de financiación diversificado y sostenible, acelerar la elaboración de orientaciones sobre la regulación coordinada de la venta transfronteriza a través de Internet y reforzar el apoyo técnico específico para los países de bajos ingresos”*. **Nepal** instó a la OMS a reforzar la gobernanza de ‘One Health’, la capacidad bacteriológica, la vigilancia digital y la financiación predecible a largo plazo. **Irán** reafirmó su compromiso con «One Health», señaló que los conflictos y las sanciones perturban las cadenas de suministro y la capacidad de los laboratorios, y pidió una mayor cooperación internacional, la armonización normativa y la transferencia de tecnología.

**Tailandia** hizo hincapié en la necesidad de reforzar los mecanismos de gobernanza mundial para la RAM como medio de reforzar los esfuerzos nacionales sostenidos, especialmente durante los períodos de transición política o de cambio de liderazgo. Tailandia declaró: *“Unos mecanismos mundiales sólidos pueden ayudar a mantener el compromiso político, la rendición de cuentas, la coordinación multisectorial y la financiación sostenible”*. **Libia** pidió cooperación internacional para reducir los costes de los medicamentos y mejorar los mecanismos de detección, e informó de un programa de vigilancia activa de las bacterias resistentes a los medicamentos. **Togo**

señaló los retos recurrentes en la financiación del mecanismo e invitó a los Estados miembros a dar prioridad al fortalecimiento de la normativa y a la limpieza de las cadenas de suministro a nivel nacional y regional. **Cuba** informó de la actualización de su plan de acción nacional para incorporar los nuevos objetivos del GAP, pero señaló las limitaciones financieras que dificultan su implementación y sostenibilidad. **La República Centroafricana**, al reflexionar sobre la RAM en un contexto de recursos limitados, instó a la OMS y a los socios financieros a intensificar el apoyo al desarrollo de capacidades y a los sistemas reguladores nacionales. **Chad** pidió una mayor solidaridad internacional y mecanismos de financiación sostenibles. **Etiopía** pidió una inversión sostenida, investigación e innovación, y apoyo a la fabricación local. **México** señaló que solo el 10 % de los países cuenta con financiación específica para los planes nacionales contra la RAM y animó a los Estados miembros a garantizar dicha financiación. **Ucrania**, a pesar de la guerra a gran escala de Rusia, informó de que sigue reforzando su labor en materia de RAM. Ucrania señaló que la guerra genera graves riesgos adicionales, como un aumento de las infecciones, un mayor uso de antimicrobianos y presión sobre el sistema sanitario, y pidió financiación sostenible y apoyo técnico para los países afectados por conflictos. **Sudán**, que se enfrenta a la guerra y a una grave crisis humanitaria en la cadena de suministro, declaró: *“Sudán no puede hacer frente a la RAM por sí solo mientras responde al mismo tiempo a las epidemias de desplazamientos y al colapso del sistema sanitario”*, y pidió un apoyo mundial continuado para los entornos afectados por la guerra.

**Colombia** afirmó que la RAM es una amenaza global comparable en magnitud al cambio climático y que la transferencia de tecnología no puede dejarse únicamente en manos de mecanismos voluntarios porque *“es un desafío que nos afecta a todos”*. **Los Países Bajos** destacaron que la RAM no es solo una amenaza futura, sino una crisis que se está desarrollando hoy mismo, afirmando: *“Enmarcarla únicamente como algo que nos afectará en el futuro no solo es obsoleto, sino también peligroso”*. **Malí** señaló que *“Esta década que se inicia no debe ser una de promesas repetidas, sino una que conduzca a una equidad real en la lucha contra esta pandemia silenciosa”*.

**Alemania** anunció una aportación adicional de 25 millones de euros para la OMS este año, de los cuales 1 millón se destinará a la RAM, concretamente a funciones con financiación insuficiente como la vigilancia, las capacidades de diagnóstico y la gestión, junto con una nota de preocupación: *“Nos sigue preocupando que el departamento de RAM tenga varias funciones con financiación insuficiente... la OMS debe abordar esto con urgencia”*.

**Nigeria** anunció que la quinta conferencia ministerial de alto nivel sobre la RAM tendría lugar en Abuja en junio y extendió una invitación a todos.

El Comité tomó nota de los informes contenidos en el documento A79/5 y aprobó el proyecto de decisión titulado «Proyecto de Plan de Acción Mundial Actualizado sobre la Resistencia a los Antimicrobianos» que figura en la decisión [EB158\(6\)](#). No se plantearon objeciones.

## Comité A (Tarde)

### **Punto 12.6: La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y Punto 12.10: Armonización de los enfoques normativos, la gobernanza y las normas en materia de datos, salud digital e inteligencia artificial en el sector sanitario**

Para dar inicio a la sesión de la tarde, el Comité A comenzó a debatir conjuntamente los puntos 12.6 y 12.10, referidos respectivamente a la «Salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible» (Documento [A79/5](#)) y a

la «Armonización de los enfoques normativos, la gobernanza y las normas relativas a los datos, la salud digital y la inteligencia artificial en el sector sanitario» (Documento A79/5).

En relación con el punto 12.6 (Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible), **Irán, en nombre de la EMRO**, declaró que la salud es un requisito previo y un resultado del desarrollo sostenible. La región solicitó a la OMS que continuará apoyando a los Estados miembros en la promoción de la cobertura sanitaria universal, el fortalecimiento de la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias, y los sistemas de información sanitaria. Entre los retos persistentes se encuentran las restricciones financieras, los conflictos, las amenazas medioambientales y la interrupción de los servicios de salud. **Maldivas, en nombre de la SEARO**, afirmó que la transformación digital debe guiarse por la confianza, la equidad y una gobernanza sólida. Entre los retos se encuentran la interoperabilidad, la protección de datos, la ciberseguridad, la supervisión ética y la desigualdad en las infraestructuras. La armonización debe seguir siendo flexible y adaptable a las prioridades nacionales y a la madurez digital.

**La República Democrática del Congo, en nombre de la AFRO**, afirmó que el desarrollo sostenible necesita sistemas de salud sólidos basados en la atención primaria, pero que la región se enfrenta a problemas de financiación insuficiente y de acceso. La viruela del simio puso de manifiesto la necesidad de reforzar los servicios de atención primaria de salud.

**Barbados y Chile** se sumaron a la valoración de que el mundo sigue estando muy lejos de alcanzar los ODS relacionados con la salud para 2030. Para los pequeños Estados insulares en desarrollo, las consecuencias se traducen en presupuestos sanitarios limitados y presiones sobre el personal sanitario. **Japón** también expresó su preocupación por el hecho de que muchas metas de los ODS relacionadas con la salud sigan sin cumplirse y pidió que se volviera al principio de “*no dejar a nadie atrás*”. **Noruega** expresó su preocupación por la falta de avances en materia de cobertura sanitaria universal, atención primaria de salud, protección financiera y servicios básicos como la vacunación y la salud reproductiva, materna e infantil. **Filipinas** afirmó la urgente necesidad de contar con sistemas de salud más sólidos, un acceso más amplio a la atención primaria de salud, una financiación sostenible y un mejor uso de los datos. Para los países con sistemas de salud descentralizados, armonizar las prioridades nacionales con la implementación local sigue siendo un reto clave.

**Nigeria** señaló que 4 500 millones de personas siguen sin tener acceso a servicios de salud esenciales, mientras que la ayuda oficial al desarrollo se redujo en aproximadamente un 23 % en 2025; el mayor descenso anual registrado. Nigeria pidió “*una aceleración renovada hacia los objetivos relacionados con la salud basados en la atención primaria y la cobertura sanitaria universal, una financiación nacional más sólida y no dejar a nadie atrás*”. **Brasil** afirmó que el progreso futuro depende de una financiación predecible, un intercambio de conocimientos estructurado y sistemas de información resilientes.

**Panamá** afirmó que la salud es tanto un objetivo como un motor del desarrollo sostenible. La cobertura de los servicios esenciales, la atención primaria y los sistemas de datos es fundamental. **Malasia** subrayó la necesidad de fortalecer la APS como base de la promoción de la salud, la prevención, la detección precoz y la atención integrada centrada en la persona, junto con una acción intensificada sobre los factores de riesgo de las ENT. Malasia solicitó la asistencia de la OMS para desarrollar plataformas estructuradas para el intercambio de mejores prácticas. **Gambia** instó a acelerar el avance hacia la cobertura sanitaria universal mediante el fortalecimiento de la APS, las inversiones en personal sanitario y la movilización de recursos nacionales. **Marruecos** reiteró que la salud es un pilar clave del desarrollo sostenible.

**Papúa Nueva Guinea, en nombre de los Estados del Pacífico,** recordó la adopción de la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas que respaldaba el dictamen consultivo de la Corte Internacional de Justicia sobre el cambio climático del 20 de mayo de 2026, en la que se afirmaba que *“el cambio climático es una amenaza directa y sin precedentes para la salud, la dignidad humana y la supervivencia, y los Estados tienen la obligación moral y jurídica de actuar. Para el Pacífico, el cambio climático es la mayor amenaza para la salud y el desarrollo sostenible”*.

El Índice de Vulnerabilidad Multidimensional refuerza la necesidad de que los sistemas globales reconozcan las vulnerabilidades estructurales de los PEID (pequeños Estados insulares en desarrollo) para mejorar el acceso a una financiación sostenible destinada a sistemas de salud resilientes al clima. Los Estados del Pacífico instaron a la OMS y a los socios para el desarrollo a proporcionar una financiación predecible, accesible y sostenible para sistemas de salud resilientes al clima, en consonancia con la Estrategia 2050 para el Continente Azul del Pacífico y la Visión de Islas Saludables 2050. **Vanuatu,** en consonancia con la declaración de los Estados del Pacífico, afirmó que el cambio climático sigue erosionando los avances en materia de desarrollo, y pidió a la OMS y a los socios que aumentaran la financiación previsible, la asistencia técnica, la transferencia de tecnología y el desarrollo de capacidades para los PEIS.

*“...para los pequeños Estados insulares, la vulnerabilidad persiste incluso cuando alcanzamos la categoría de países de ingresos altos. Nuestra lejanía, nuestro tamaño y nuestra exposición a las crisis no desaparecen con las estadísticas. Si la Agenda 2030 pretende realmente no dejar a nadie atrás, la financiación destinada a la salud debe reflejar la vulnerabilidad, y no solo el PIB. Para Nauru, el avance en los ODS depende de sistemas de salud resilientes que puedan funcionar a pesar del aislamiento geográfico, los recursos limitados y las presiones climáticas.”*

- **Nauru** -

En relación con el punto 12.10, el informe que figura en el documento [EB158/19](#) (Armonización de los enfoques normativos, la gobernanza y las normas relativas a los datos, la salud digital y la inteligencia artificial en el sector sanitario) fue presentado por la Secretaría de conformidad con la Decisión [WHA78\(22\)](#), que prorrogó la estrategia mundial sobre salud digital (originalmente para el período 2020-2025) hasta 2027, y pidió a la Dirección General que elaborara un proyecto de estrategia mundial sobre salud digital para el período 2028-2033. El informe señala que algunos Estados miembros destacaron tres áreas clave tras la 78.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud: la medicina de precisión; la gobernanza normativa y ética de los datos y la inteligencia artificial en el sector sanitario; y la transformación de la salud digital para lograr sistemas de salud resilientes. Posteriormente se decidió agrupar estos temas en un único punto del orden del día.

**Maldivas, en nombre de la SEARO,** declaró que la transformación digital debe guiarse por la confianza, la equidad y una gobernanza sólida. Entre los retos se incluyen la interoperabilidad, la protección de datos, la ciberseguridad, la supervisión ética y la desigualdad en las infraestructuras. La armonización debe seguir siendo flexible y adaptable a las prioridades nacionales y a la madurez digital. **Irán, en nombre de la EMRO,** instó a los Estados miembros a exigir la integración de datos del sector privado mediante marcos jurídicos y a desarrollar planes de arquitectura de salud digital interoperables. **Polonia** afirmó que las tecnologías digitales influyen en las decisiones asistenciales y en la confianza, pero que la tecnología por sí sola nunca es la respuesta. Para Polonia, los datos sanitarios y unos sistemas de información sanitaria sólidos son la base, mientras que la IA debe seguir siendo una herramienta basada en datos fiables e interoperables, regida por marcos éticos y jurídicos claros.

Polonia apoyó firmemente un uso de la IA centrado en las personas, transparente y seguro, con una sólida protección de datos y una supervisión humana significativa.



*“Es importante que la transformación digital siga centrándose en las personas y se entienda desde una perspectiva basada en los derechos humanos. El debate no puede limitarse simplemente a qué tecnologías utilizamos, sino a quién puede acceder a ellas, quién se beneficia y bajo qué principios se rige. El futuro de la salud no puede consistir en sustituir las desigualdades tradicionales por desigualdades digitales. La innovación solo tiene sentido cuando los beneficios llegan a todas las personas y comunidades.”*

- Delegado de **Colombia** -

**Brasil** señaló que la estrategia mundial de salud digital propuesta debe considerar los datos, los sistemas de información y la IA como pilares interconectados, guiados por una gobernanza sistémica, en lugar de una mera adopción tecnológica aislada. La estrategia debería impulsar una financiación inclusiva, normas comunes y una participación significativa del Sur Global. **China** señaló que se deben realizar esfuerzos para promover la innovación en los escenarios de aplicación de la IA, reforzar la infraestructura de salud digital, las normas reguladoras, los recursos de datos y las garantías de seguridad, y fomentar el intercambio transfronterizo de la IA. China está dispuesta a participar en la cooperación internacional sobre IA en materia de regulación farmacéutica para construir un marco regulatorio global que equilibre la seguridad y la innovación. **Japón** subrayó la importancia de promover la digitalización en la salud, incluida la IA. En los pequeños Estados insulares en desarrollo (PEID) y las zonas rurales, la IA respaldada por una infraestructura de datos sólida tiene un potencial significativo para mejorar la eficiencia del sistema de salud. **Burkina Faso** ha implementado reformas para fortalecer la gobernanza de los datos de salud, la interoperabilidad y el uso responsable de la IA, pero persisten los retos en materia de conectividad, ciberseguridad, capacidades técnicas y alojamiento soberano de los datos de salud. **La República de Corea** abogó por soluciones que den prioridad al modo sin conexión para entornos con una infraestructura de comunicaciones limitada, como las naciones insulares.

**Chile** afirmó que la transformación digital de la salud es una condición facilitadora para lograr sistemas de salud resilientes y centrados en las personas. La interoperabilidad de los datos sanitarios, la salud digital y la IA deben contribuir a fortalecer la atención primaria, la continuidad asistencial y la vigilancia sanitaria. **Zambia** hizo hincapié en tres prioridades: la interoperabilidad y las normas como eje central de la próxima estrategia mundial de salud digital; una gobernanza de la IA ética y segura, armonizada a nivel mundial pero adaptable a nivel local; y una financiación sostenible para la infraestructura pública digital. **Etiopía** instó a la OMS a proporcionar orientación práctica y adaptada al contexto sobre la evaluación comparativa de la IA, la transparencia, la rendición de cuentas y la protección de datos. **Togo** pidió normas comunes para la interoperabilidad, criterios de referencia compartidos sobre la calidad de los datos, marcos éticos para la IA y mecanismos sólidos de ciberseguridad.

*“Debemos desarrollar un marco global armonizado para los datos sanitarios que garantice la calidad, la complementariedad y la fiabilidad de los datos. También necesitamos un sistema de gobernanza de la inteligencia artificial en el ámbito de la salud que se centre en un uso seguro y responsable.”*

- **Sultanato de Omán** -

Suiza señaló la estrecha relación entre los datos sanitarios, los sistemas interoperables y la inteligencia artificial, destacó la necesidad de estar preparados para la inteligencia artificial y de contar con datos fiables para hacer frente a la desinformación, y anunció que acogerá la Cumbre Mundial sobre Inteligencia Artificial en Ginebra en 2027.

Se tomaron nota de los informes sobre los puntos 12.6 y 12.10 que figuran en el documento A79/5.



Los miembros de PHM WHO-Watchers obsequiaron al Dr. Tedros con la séptima edición de la serie “Global Health Watch”.

## Comité B

### **Punto 20.1: Reforma de la arquitectura sanitaria mundial y la Iniciativa ONU80, y 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 (continuación)**

Al inicio de la sesión, el Comité B leyó y aprobó su tercer proyecto de informe ([A79/40](#)) tal y como lo presentó el relator. El informe abarcaba los puntos 20.1 y 20.2 del orden del día (colaboración del sistema de las Naciones Unidas, ONUSIDA y comunicaciones del Secretario General de las Naciones Unidas). El Comité recomendó al plenario la decisión y la resolución adjuntas. No se plantearon objeciones.

**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 (continuación)**

A continuación, el Comité reanudó los debates sobre los subpuntos 15.1, 15.3 y 15.4 del apartado «Promover la salud» (Documentos [A79/5](#) y [EB158/2026/REC/1](#), y decisión [EB158\(10\)](#)).

En el punto 15.3 (Pueblos Indígenas), **México** reafirmó su compromiso con los modelos de salud interculturales, señalando que en México existen 364 variantes lingüísticas y que *“las barreras lingüísticas siguen siendo un obstáculo estructural para la inclusión social”*. México llevó a cabo una consulta nacional para una ley sobre pueblos indígenas y está impulsando enfoques integrales durante los primeros 1000 días de vida. **Surinam** describió los esfuerzos para mejorar el acceso a la atención sanitaria de las comunidades indígenas en las regiones del interior, y declaró: *“Proteger eficazmente su salud requiere no solo intervención médica, sino también la salvaguardia activa de sus conocimientos tradicionales, culturas y entornos”*. **Eswatini** señaló que la atención basada en la cultura y la participación comunitaria deben integrarse en los marcos nacionales.

En el punto 15.1 (Rehabilitación), **Nigeria, Etiopía, Tanzania, Nepal** y **Brunei Darussalam** pidieron que la rehabilitación se incorporará a los sistemas nacionales de información sanitaria y al Índice de Cobertura de Servicios de la Cobertura Sanitaria Universal de la OMS. **Etiopía** solicitó a la OMS que difundiera el conjunto de indicadores de rehabilitación. **Nigeria** señaló que *“el enfoque en el dolor lumbar crónico primario... proporciona un marco práctico para supervisar el rendimiento de la rehabilitación”*. **Tanzania** informó de la integración de un sistema de información de gestión sanitaria (HMIS) de rehabilitación en las historias clínicas electrónicas y de la inclusión de la rehabilitación en los planes de seguro médico, afirmando que *“los servicios de rehabilitación a nivel comunitario son prestados principalmente por centros de rehabilitación comunitarios”*. **Nepal** hizo hincapié en los servicios comunitarios y descentralizados. Varias delegaciones pidieron el desarrollo de la fuerza de trabajo, la financiación y la integración en la atención primaria de salud.

En el punto 15.4 (Nutrición), los países señalaron que seguían enfrentándose a retos a la hora de abordar el retraso en el crecimiento, la emaciación, la malnutrición crónica, la anemia durante el embarazo y la aplicación de la lactancia materna exclusiva. **Nigeria** subrayó que *“la atención primaria de salud debe ser el principio organizativo de la acción en materia de nutrición. La nutrición debe integrarse plenamente... y no tratarse como un programa vertical”*. **Pakistán** advirtió que *“la falta de financiación para la nutrición está amenazando los logros conseguidos con tanto esfuerzo y también las vidas de millones de mujeres y niños”*, y pidió a la comunidad internacional que mantuviera y aumentara las inversiones en nutrición. **Nepal** advirtió que el cambio climático y la inseguridad alimentaria amenazan el progreso. **Ucrania** señaló la doble carga de la malnutrición, donde coexisten las deficiencias nutricionales y la obesidad infantil, a pesar de sus esfuerzos por reformar los programas de nutrición escolar, que incluyeron la actualización de las normas y comidas gratuitas en las regiones de primera línea, afirmando que *“Las intervenciones nutricionales esenciales deben seguir siendo accesibles incluso durante emergencias y situaciones de crisis, especialmente para las mujeres y los niños vulnerables”*. **Palestina** describió la extrema inseguridad alimentaria en Gaza, afirmando que *“Más del 90 % de los niños pequeños y las mujeres embarazadas y lactantes se enfrentan a una grave pobreza alimentaria con una diversidad dietética mínima y extremadamente limitada.... Aproximadamente 126 000 niños menores de 5 años corren el riesgo de no alcanzar su pleno potencial de desarrollo debido a la inanición”*. Palestina señaló que la agresión israelí ha perturbado los sistemas de salud y restringido el acceso a la atención prenatal y posnatal. Muchas delegaciones solicitaron el apoyo técnico de la OMS para la adaptación nacional, el desarrollo de capacidades y medidas específicas para contextos de emergencia y fragilidad.

**Punto 15.2: Bienestar y promoción de la salud, y punto 15.5: Borrador de estrategia sobre la economía de la salud para todos**

Posteriormente, el Comité B pasó a tratar el punto 15.2: Bienestar y promoción de la salud. Documentos [A79/5](#), [EB158/28](#) y [EB158/2026/REC/1](#), decisión [EB158\(9\)](#) y al punto 15.5, en el que se debatió el nuevo proyecto de estrategia sobre la economía de la salud para todos (documentos A79/5, [A79/5 Add.1](#) y EB158/2026/REC/1, decisión [EB158\(8\)](#)).

*Punto 15.2 Bienestar y promoción de la salud*

**Colombia, en nombre de un grupo interregional de 61 Estados miembros**, afirmó que el lema “*Juntos por la salud, apoyemos la ciencia*” es un poderoso recordatorio del papel de la OMS. Un enfoque integral de los derechos sexuales y reproductivos mejora el bienestar y la salud. Colombia afirmó que, con la ciencia en el centro de la labor, la organización y la arquitectura sanitaria mundial pueden fortalecerse mediante la cooperación, el respeto mutuo y soluciones basadas en la evidencia. **Burundi, en nombre del Grupo de África (47 Estados miembros)**, acogió con satisfacción el informe de la Comisión de la OMS sobre Conexión Social. La soledad y el aislamiento social tienen un impacto significativo en la salud física y mental, agravando las enfermedades crónicas y debilitando la cohesión social entre los jóvenes, las personas mayores y los grupos vulnerables. El Grupo de África considera que el fortalecimiento de la conexión social es una inversión estratégica para construir sociedades más inclusivas, resilientes y saludables. El Grupo apoya la integración de la conexión social en las políticas de salud pública, los programas de desarrollo sostenible y las iniciativas comunitarias. **Tailandia, en nombre de la Oficina Regional para Asia Sudoriental (SEARO)**, declaró que los Estados miembros están promoviendo una vida sana y activa mediante enfoques que abarcan todo el gobierno y toda la sociedad. La cobertura sanitaria universal se reconoce como una inversión en capital humano y desarrollo sostenible. Las relaciones sociales son fundamentales para la salud integral a lo largo de todo el ciclo de vida. Tailandia solicitó a la OMS que revitalizará la agenda sobre ciudades saludables y activas, la salud en todas las políticas y los entornos saludables, incluidas las escuelas, los lugares de trabajo y los centros de salud. **Pakistán, en nombre de la EMRO**, afirmó que la región se enfrenta a retos únicos, como los conflictos, los desplazamientos masivos y la inestabilidad económica, que exponen a los grupos vulnerables a un grave riesgo de desconexión social. La soledad y el aislamiento son factores de riesgo significativos de muerte prematura, enfermedades cardiovasculares y diabetes. Pakistán recomendó que los Estados miembros incluyeran formalmente las conexiones sociales en las estrategias nacionales de salud. La región aboga por el Programa de Ciudades Saludables como plataforma multisectorial sostenible.

**Francia** afirmó que el bienestar debe considerarse un objetivo de las políticas públicas más allá de los indicadores económicos tradicionales. Las relaciones sociales son un determinante clave de la salud; la soledad y el aislamiento tienen un enorme impacto en la salud mental y física y en la cohesión social. Combatir el aislamiento social es una palanca importante para prevenir la mala salud. **Singapur** afirmó que, a medida que la población envejece en todo el mundo, abordar la soledad y el aislamiento social se vuelve cada vez más crítico para la sostenibilidad del sistema sanitario y el bienestar individual. Sus centros de envejecimiento activo ofrecen programas en cinco ámbitos clave: social, físico, sanitario, cognitivo, de aprendizaje y de voluntariado. **Suecia** afirmó que tanto la soledad como el aislamiento social son cuestiones profundamente personales y una preocupación para la sociedad en su conjunto. Si realmente queremos mejorar la salud pública, debemos dar prioridad a las relaciones sociales; son tan importantes como la alimentación y el ejercicio. **Austria** afirmó que, para promover verdaderamente la salud y el bienestar de todos, deben abordarse todos los determinantes de la

salud, incluidos los sociales, económicos, comerciales y ambientales. **Japón** afirmó que la soledad y el aislamiento social son determinantes importantes de la salud. En Japón, se ha nombrado a un ministro encargado de la soledad y el aislamiento social, y se ha promulgado una legislación integral para promover medidas contra estos problemas, la primera de su tipo en el mundo.

**Etiopía**, como país con una larga historia de estructura social que une a las comunidades a través de la solidaridad y la protección social, sigue aprovechando las plataformas de participación comunitaria. **Irán** declaró que sus programas de salud se basan en tres décadas de enfoques comunitarios que abarcan todo el gobierno y toda la sociedad. Irán pidió un mayor compromiso político, la movilización de recursos multisectoriales y un intercambio más amplio de experiencias regionales facilitado por la OMS. **Irlanda** afirmó que el bienestar debe integrarse en todas las políticas públicas y que la conexión social es un determinante fundamental tanto de la salud física como de la mental. A través de su marco «Ireland Healthy», Irlanda está impulsando acciones intersectoriales para mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades, lo que incluye el fortalecimiento de iniciativas comunitarias, el apoyo a la conexión social y la integración del bienestar en la toma de decisiones en todos los sectores. **Italia** afirmó que la prescripción social ofrece una vía prometedora para poner en práctica las recomendaciones. En Italia, esta práctica está ganando terreno a través de iniciativas de base en la atención primaria, los servicios de salud mental y el bienestar comunitario. **Nepal** cuenta con una sólida red de centros de servicios de salud básicos a nivel comunitario y más de 50,000 voluntarias de salud comunitaria, y está implementando programas de salud escolar, campañas de promoción de la salud que incluyen yoga y medicina tradicional, asesoramiento psicosocial y exámenes de detección de enfermedades.

**Eslovenia** afirmó que las Cartas de Ottawa y Ginebra son ahora más importantes que nunca. Estas constituyen una base para abordar las desigualdades en materia de salud, las presiones comerciales y los retos que plantea la IA, y permiten centrarse en el empoderamiento, la inclusividad, la equidad y la participación significativa. **Egipto** señaló que el aislamiento social y los débiles lazos comunitarios se reconocen cada vez más como factores determinantes de los malos resultados de salud. Abordar estos retos requiere una acción multisectorial que integre la conexión social en la atención primaria de salud, la planificación urbana, los sistemas educativos y las políticas de inclusión digital. **La República de Corea** afirmó que integrar el bienestar en la gobernanza nacional requiere una base jurídica y estadística sólida. Corea también puso en marcha un Grupo de Trabajo sobre Innovación en Bienestar y Cuidados con IA para aplicar la IA en la seguridad social de forma responsable.

**Ucrania** afirmó que el bienestar y la promoción de la salud están directamente vinculados a la resiliencia durante la guerra y la recuperación. Esto afecta a la salud mental, la educación, el empleo y el capital humano a largo plazo.

#### *Punto 15.5: Proyecto de estrategia sobre la economía de la salud para todos*

Este punto tiene su origen en la resolución [WHA77.13](#) (2024), en la que se instaba a la Secretaría a elaborar directrices, movilizar recursos, prestar apoyo técnico a las oficinas en los países y a los Estados Miembros y, en general, impulsar una estrategia y un programa de trabajo para la consecución de una «economía de la salud para todos». Se sometió a debate el informe del Director General titulado «Economía de la salud para todos» (incluido en el documento [EB158/31](#)), remitido por la 158.ª reunión del Consejo Ejecutivo, y el proyecto de decisión [EB158\(8\)](#), que, en esencia, solicitaba a la Asamblea Mundial de la Salud que aprobará el informe y

encomendara a la Secretaría la presentación de informes bienales a la Asamblea sobre la aplicación de la estrategia.

Todos los países apoyaron en general el proyecto de estrategia y su visión de la salud como inversión estratégica y motor de la prosperidad inclusiva, el desarrollo sostenible y la resiliencia. Recomendaron una acción de todo el gobierno, la equidad, la participación social, la igualdad de género y una mayor inversión en salud, en consonancia con marcos como los ODS y la Agenda 2063. **Finlandia, en nombre de un grupo de países que incluye a Bélgica, Canadá, Ecuador, Estonia, Etiopía, Letonia, Singapur, España, Sri Lanka y Suecia**, hizo hincapié en el enfoque de todo el gobierno, el liderazgo nacional y principios rectores como la participación social, la equidad y la igualdad de género. Es fundamental reforzar el diálogo entre los ministerios y con la sociedad civil. La OMS desempeña un papel crucial en el apoyo a los Estados miembros mediante orientación normativa, asistencia técnica y la facilitación del intercambio de experiencias. **Austria** declaró que el acceso a la asistencia sanitaria es un derecho, no un privilegio, y no debería depender de los ingresos, la condición social o las redes personales, y se adhiere al enfoque de las economías del bienestar. **Francia** recomendó además que la salud y el bienestar se integran plenamente en las decisiones económicas y las políticas públicas globales, con el apoyo de enfoques políticos transversales y herramientas de evaluación armonizadas. **Islandia**, reiterando su compromiso con una economía del bienestar, hizo hincapié en tres prioridades: la acción de todo el gobierno y de toda la sociedad; la aplicación práctica, incluyendo herramientas y datos empíricos; y la equidad y el valor a largo plazo. **Irlanda** también apoya un enfoque de la política económica que sitúe la salud y el bienestar en el centro, reconociendo que los indicadores económicos tradicionales por sí solos no captan todos los determinantes del progreso social. **Arabia Saudí** señaló la importancia de incluir las tecnologías digitales y las asociaciones público-privadas. **Sudáfrica** declaró que la movilización de recursos nacionales requiere medidas estructurales urgentes. La fiscalidad progresiva debe situarse en el centro de las estrategias globales y nacionales. La aplicación del impuesto sobre el patrimonio y el impuesto de transición puede liberar los miles de millones necesarios para financiar la salud para todos. Por el contrario, recurrir a la financiación mixta y privada no es una solución viable. Las pruebas demuestran sistemáticamente que estos mecanismos perjudican a los pobres y agravan las desigualdades en la atención sanitaria.

**La República Dominicana** afirmó que el progreso de las sociedades no puede medirse únicamente mediante indicadores económicos tradicionales. **Bután** afirmó que el borrador de la Estrategia Global sobre la Economía de la Salud para Todos es una iniciativa histórica que redefine la salud no como un coste, sino como la base del desarrollo sostenible e inclusivo. Para Bután, esta visión se alinea estrechamente con la filosofía de desarrollo de la felicidad nacional bruta, que sitúa el bienestar de las personas en el centro del desarrollo. **Senegal** invitó a la Secretaría a reforzar el apoyo a los Estados miembros, en particular mediante el fortalecimiento del diálogo estructurado entre los ministros responsables de finanzas y salud, la creación de redes de unidades de expertos nacionales y el intercambio de buenas prácticas. **La República de Corea** declaró que obtener pruebas fiables sobre el rendimiento económico de las inversiones en salud debería ser una condición primordial; proceder sin pruebas claras podría dar lugar a una aceptación desigual de las políticas entre los Estados miembros. Las recomendaciones deben respetar las políticas nacionales y la autonomía de los Estados miembros y evitar una regulación excesiva. Las políticas en materia de fiscalidad, comercio e industria deben mantener la flexibilidad suficiente para reflejar las condiciones económicas específicas de cada país. **Irán** declaró que un enfoque transformador debe respetar la apropiación nacional y la implementación liderada por la comunidad. **Filipinas** animó a la Secretaría de la OMS a apoyar la implementación mediante herramientas prácticas, el desarrollo de capacidades y el intercambio de conocimientos, al tiempo que se garantiza la alineación con las líneas de trabajo de la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).



*“Para Sudáfrica, la justicia económica no es solo un concepto abstracto; es un requisito previo indispensable para lograr la salud para todos. No podemos separar las desigualdades económicas estructurales históricas de los resultados en materia de salud pública. [...] Nos gustaría plantear la cuestión de que la visión de Alma-Ata de un nuevo orden económico internacional sigue sin completarse, y Sudáfrica está dispuesta a llevarla adelante. Además, Sudáfrica está preparada para sentar las bases institucionales necesarias para completar el proyecto de transformación económica que supone la verdadera justicia sanitaria.”*

*- Sudáfrica -*

**Pakistán, en nombre de la Oficina Regional para Europa y Oriente Medio (EMRO)**, señaló que la región se enfrenta a retos estructurales, entre los que se incluyen un margen de maniobra fiscal limitado, vulnerabilidades relacionadas con la deuda, amplios sectores informales y repetidas crisis derivadas de los conflictos, los desplazamientos y el cambio climático. Pakistán instó a que se adoptara la estrategia, con un firme apoyo a su aplicación para los países frágiles y de ingresos medios, una colaboración sistemática con las autoridades financieras y de planificación, y un apoyo financiero, normativo y técnico sostenido por parte de la OMS. **Etiopía** reafirmó el llamamiento a reforzar la movilización de recursos nacionales, mejorar la coordinación entre la financiación externa y la nacional, tal y como propone la Agenda de Lusaka, y alinearse con el enfoque *“Un plan, un presupuesto, un informe”*.

El Comité tomó nota de los informes contenidos en el documento A79/5. No se planteó ninguna objeción.

El Comité aprobó el proyecto de decisión titulado «Economía de la salud para todos», contenido en la decisión EB158(8). No se planteó ninguna objeción.

El presidente declaró clausurado el Comité B.