

Reforma de la arquitectura mundial de la salud y la Iniciativa ONU80

Un proceso conjunto para apoyar las reformas

Informe del Director General

1. En su 158.ª reunión, el Consejo Ejecutivo examinó el informe del Director General sobre la reforma de la arquitectura mundial de la salud y la Iniciativa ONU80. En su decisión EB158(20) (2026), pidió al Director General que, entre otras cosas, en consulta con los Estados Miembros y convocando a las partes interesadas en la salud mundial pertinentes, diseñara una propuesta relativa a un proceso conjunto albergado por la OMS para transformar la arquitectura mundial de la salud a fin de presentarla a la consideración de la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto de la 44.ª reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración.
2. El proyecto de propuesta (véase el anexo) se elaboró a través de un proceso iterativo de consultas, que contó con el apoyo de un grupo de trabajo interno de los tres niveles de la OMS que incluyó: dos rondas de consultas por escrito; dos sesiones de consulta y dos sesiones informativas con los Estados Miembros; una comunicación periódica con instituciones del ámbito de la salud mundial¹ y las iniciativas de reforma de la arquitectura mundial de la salud;² y consultas con agentes no estatales y representantes de la sociedad civil y de la juventud.

Intervención de la Asamblea de la Salud

3. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del informe, examine el proyecto de propuesta y considere el siguiente proyecto de decisión:

La 79.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Director General;³

¹ Incluidos la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias; Gavi, la Alianza para las Vacunas; el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; Unitaids; y el Fondo contra Pandemias; a tal efecto, también se incluyó en este grupo al Banco Mundial, el UNICEF y UNFPA.

² Incluidas la iniciativa dirigida por el Wellcome Trust sobre la reflexión en torno al futuro de la salud mundial, la Iniciativa Accra Reset, la Agenda de Lusaka, el proceso de reflexión de la UE y donantes afines sobre la reforma de la arquitectura mundial de la salud, y la iniciativa Health Architecture Reimagined, impulsada por organizaciones de la sociedad civil, para reimaginar la arquitectura mundial de la salud.

³ Documento A79/24.

Decidió:

- 1) aprobar la propuesta de proceso conjunto para apoyar las reformas de la arquitectura mundial de la salud;
- 2) pedir al Director General que convoque a las partes interesadas pertinentes, ponga en marcha la aplicación del proceso conjunto y someta un informe final a la consideración de la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2027, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 160.^a reunión.

Anexo

Propuesta para un proceso conjunto para apoyar las reformas de la arquitectura mundial de la salud

Introducción

1. La **arquitectura mundial de la salud**¹ actual ha contribuido de manera sustantiva a las mejoras en materia de salud y bienestar que han tenido lugar en los últimos decenios, entre las que figuran avances importantes en el control de enfermedades, el fortalecimiento de normas y criterios mundiales y una acción colectiva más eficaz para abordar las amenazas transfronterizas para la salud. Sin embargo, el mundo ha cambiado profundamente y la arquitectura mundial de la salud no siempre lo ha hecho al mismo ritmo: la soberanía mundial en materia de salud y las capacidades regionales se han ampliado;² las cargas de las enfermedades y los riesgos para la salud han cambiado; la ciencia, la IA y las tecnologías digitales están evolucionando rápidamente; y el panorama de financiación se ha contraído. La considerable expansión del número de actores del ámbito de la salud que eran fundamentales para lograr estos avances también ha añadido complejidad y ha provocado desequilibrios de poder, fragmentación y duplicaciones, que limitan la implicación de los países, el impacto y la equidad.
2. Al mismo tiempo, las prioridades y los enfoques en materia de salud mundial están experimentando cambios importantes: se está pasando de programas impulsados a escala mundial a programas dirigidos por los países y respaldados a escala regional; de intervenciones específicas para cada enfermedad a enfoques integrados, basados en la atención primaria de salud y orientados a la cobertura universal de salud; de las enfermedades infecciosas y la salud maternoinfantil a la inclusión de las enfermedades no transmisibles, la salud mental, el envejecimiento y el enfoque «Una sola salud»; de una fabricación centralizada de los productos de salud esenciales a una fabricación local y regional; y hacia una financiación nacional armonizada, predecible y sostenible en apoyo de los planes nacionales de salud.
3. En virtud del mandato establecido por el Consejo Ejecutivo,³ en el presente documento se expone una **propuesta de proceso conjunto**⁴ para apoyar la transformación de la arquitectura mundial de la salud con el fin de responder mejor a estos desafíos.

¹ La arquitectura mundial de la salud es el conjunto de actores, marcos y procesos que orientan, coordinan, financian y llevan a la práctica las iniciativas destinadas a mejorar y proteger la salud a escala mundial (véase el documento EB158/44).

² Véase, por ejemplo, la iniciativa de la agenda de soberanía y seguridad en materia de salud de África y otras iniciativas pertinentes refrendadas por la Unión Africana.

³ Decisión EB158(20) (2026).

⁴ A los efectos del presente documento, un «proceso conjunto» se refiere a un enfoque estructurado e inclusivo en el que participan los Estados Miembros, los representantes de iniciativas de salud mundial, las entidades de las Naciones Unidas, las organizaciones regionales de salud y otros grupos clave, en particular de la sociedad civil.

Finalidad, principios y objetivos

4. La **finalidad** del proceso conjunto propuesto es elaborar opciones y recomendaciones para apoyar reformas en la arquitectura mundial de la salud, sobre la base de las iniciativas de reforma existentes y de los elementos pertinentes de la Iniciativa ONU80, así como orientar las decisiones relativas a la transformación de la arquitectura mundial de la salud en un ecosistema verdaderamente dirigido por los países, coherente e inclusivo, que responda de manera más eficaz y eficiente a las necesidades específicas y colectivas de los países y las comunidades, con el objetivo de maximizar el acceso, el impacto y la equidad.

5. Esta iniciativa se regirá por una serie de **principios** generales. La reforma de la arquitectura mundial de la salud debe promover la equidad y la solidaridad, facilitar el derecho a la salud y «no dejar a nadie atrás», reforzar el liderazgo y la implicación de los países, proteger y aprovechar los logros alcanzados y el apoyo existente a nivel nacional, aplicar el principio de subsidiariedad mediante la asignación de las funciones al nivel más adecuado, y mejorar la coherencia y la rendición de cuentas entre los distintos agentes y niveles. El proceso conjunto respetará la primacía de los Estados Miembros y será transparente e inclusivo, basado en la evidencia, orientado al futuro, eficiente y pragmático; se apoyará en las iniciativas existentes y la evidencia disponible, manteniendo al mismo tiempo un claro enfoque en la viabilidad, la aplicación y el impacto.

6. En este contexto, los **objetivos** del proceso conjunto son definir opciones y recomendaciones a los siguientes efectos:

- i) mejorar la armonización de los mandatos y las capacidades de las distintas instancias de la arquitectura mundial de la salud con las funciones esenciales de la arquitectura mundial de la salud en los niveles mundial, regional y nacional;
- ii) mejorar la coordinación y la toma de decisiones para reforzar la colaboración, la rendición de cuentas y la coherencia a escala mundial, regional y nacional;
- iii) armonizar la financiación con las prioridades nacionales, regionales y mundiales para promover la autosuficiencia nacional y garantizar un apoyo sostenible y predecible a los bienes mundiales de salud pública y las funciones regionales.

7. El **alcance** del proceso conjunto abarcará las funciones esenciales en relación con la salud mundial, esto es: establecer normas, orientaciones técnicas y criterios; datos, seguimiento y conocimiento; vigilancia y seguridad sanitaria; innovación en productos y acceso; cooperación para el desarrollo en materia de salud (incluido el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud para promover la resiliencia y la cobertura universal de salud); y respuesta en casos de emergencia humanitaria. El proceso no propondrá revisiones de los mandatos de las organizaciones ni tampoco fusiones o consolidaciones específicas, las cuales son competencia de los órganos rectores pertinentes, ni abordará enfoques para determinadas enfermedades o intervenciones.

8. En el marco del proceso se elaborarán **informes** en los que se recopilarán las opciones y recomendaciones propuestas para su examen por parte del Consejo Ejecutivo de la OMS y los órganos rectores de las organizaciones asociadas, según proceda, con miras a la presentación de un **informe final** a la Asamblea de la Salud. El informe final incluirá una propuesta de hoja de ruta para su aplicación.

Gobernanza y establecimiento del proceso

9. El proceso conjunto estará regido por la Asamblea de la Salud, otros órganos deliberantes de la OMS y los órganos rectores de las entidades de las Naciones Unidas y de las instituciones mundiales pertinentes en materia de salud, en cada caso de conformidad con sus respectivos mandatos, mecanismos de gobernanza e instancias decisorias. Las **decisiones finales sobre las recomendaciones** serán examinadas por la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud y comunicadas en los foros políticos pertinentes.

10. Un **equipo de tareas conjunto sobre la reforma de la arquitectura mundial de la salud** impulsará los tres objetivos del proceso conjunto, con el apoyo de una secretaría específica. El equipo de tareas examinará opciones y recomendaciones para cada objetivo sobre la base de: los productos de los procesos de reforma recientes y en curso; de análisis adicionales, según sea necesario; de las consultas con todos los Estados Miembros de la OMS; y de las aportaciones de las partes interesadas pertinentes. El equipo de tareas colaborará con la Iniciativa ONU80, la Agenda de Lusaka, el Panel de Alto Nivel de la iniciativa Accra Reset sobre la reforma de la arquitectura mundial de salud y la gobernanza, el Comité Ministerial de Alto Nivel de África sobre la reforma de la arquitectura mundial de salud (AHLMC) y la Comisión de la Sociedad Civil de la OMS y el Consejo Juvenil de la OMS.

11. El equipo de tareas mantendrá intercambios con los **órganos deliberantes de la OMS y las organizaciones participantes** al inicio del proceso conjunto, tras la presentación de su informe provisional (noviembre de 2026), y en abril de 2027, antes de la presentación del informe final a la Asamblea de la Salud. Estos intercambios favorecerán el alineamiento, la transparencia y el entendimiento mutuo, sin prejuzgar las decisiones de los órganos competentes.

12. En el marco del objetivo *i*), se espera que los entregables del **equipo de tareas** aporten claridad sobre las funciones de la arquitectura mundial de la salud y los mandatos y las capacidades pertinentes de los actores principales, así como opciones para corregir los solapamientos y las lagunas existentes. El objetivo *ii*) tendrá como finalidad ofrecer un panorama general de los mecanismos actuales de gobernanza y colaboración en la esfera de la arquitectura mundial de la salud, e incluirá opciones para mejorar la coordinación y la adopción de decisiones tanto en los distintos niveles como de manera transversal entre ellos. El objetivo *iii*) elaborará un panorama general de los principales flujos de financiación existentes en la esfera de la arquitectura mundial de la salud, e incluirá opciones para mejorar el apoyo a los planes y presupuestos nacionales, a la transición a los mecanismos nacionales de ayuda y a las funciones principales de la arquitectura mundial de la salud a escala tanto mundial como regional. En el cumplimiento de su mandato, el equipo de tareas podrá establecer grupos de trabajo de duración limitada u otros mecanismos, según proceda, y recurrir a análisis y alianzas externas, en particular con la sociedad civil, para respaldar su labor encaminada a alcanzar los objetivos y relativa a las funciones esenciales en la esfera de la salud mundial.

13. El equipo de tareas conjunto estará compuesto por 25 miembros, 14 de los cuales serán representantes de Estados Miembros de la OMS —dos de cada región de la OMS y dos miembros adicionales de las regiones que aporten a los copresidentes—. Habrá cinco representantes de iniciativas mundiales de salud (Gavi, la Alianza para las Vacunas; el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias; Unitaid; y el Fondo contra Pandemias); hasta cuatro representantes de entidades de las Naciones Unidas, incluida la OMS; y sendos representante del Banco Mundial y de una organización regional de salud. En lo que respecta a las designaciones de los representantes de

los Estados Miembros, se entiende que los grupos regionales mantendrán consultas y presentarán a la Secretaría los nombres de dos países por región, teniendo debidamente en cuenta a los países de ingreso bajo y medio, a más tardar el 31 de julio de 2026. Los grupos regionales también acordarán entre ellos quiénes serán los copresidentes antes de esa misma fecha. Los representantes de las iniciativas mundiales de salud, las entidades de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y la organización regional de salud participarán en calidad de titulares o suplentes. Las organizaciones regionales de salud elegirán a su propio representante. El equipo de tareas funcionará sobre la base del consenso; si no se puede alcanzar un consenso, se presentará la recomendación que cuente con el respaldo de la mayoría de los representantes de los Estados Miembros, y se documentarán las opiniones discrepantes para facilitar el examen y la toma de decisiones por los mecanismos de gobernanza respectivos, según proceda.

14. La Secretaría de la OMS realizará tareas de coordinación y apoyo logístico, síntesis de las aportaciones, preparación de documentos, redacción de informes, encargo de análisis adicionales según sea necesario, y facilitación del intercambio de información y la participación de las partes interesadas.

Participación de las partes interesadas

15. **Todos los Estados Miembros** participarán en el proceso conjunto a través de sesiones informativas o consultivas mensuales con el fin de garantizar que el conjunto de los puntos de vista de los países orienten los avances, las opciones en fase de desarrollo y las posibles recomendaciones del equipo de tareas. También participarán la **Comisión de la Sociedad Civil de la OMS y el Consejo Juvenil de la OMS** a través de reuniones periódicas.

16. Los **grupos de partes interesadas** incluirán a la sociedad civil, los jóvenes, las comunidades afectadas y los grupos de población con experiencia de primera mano; entidades de las Naciones Unidas e instituciones financieras internacionales; grupos de cooperación regional; expertos académicos y técnicos; donantes y entidades filantrópicas; organizaciones no gubernamentales y de defensa de derechos de ámbito internacional; asociaciones del sector privado; alianzas para el desarrollo de productos; asociaciones profesionales; y sectores relacionados con la salud. Estos grupos participarán regularmente en cada fase del proceso, a través de convocatorias abiertas para la presentación de comentarios por escrito, consultas regionales, diálogos temáticos, mesas redondas de expertos o sesiones de participación específicas.

17. Las consultas con las partes interesadas se organizarán de conformidad con el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales, según proceda, y los marcos de colaboración aplicables de las organizaciones participantes.

Cronograma y fases

18. El proceso conjunto está concebido como una iniciativa limitada en el tiempo, de un año de duración y dividida en cuatro fases:

- i) **Fase I** - Establecimiento (junio-julio de 2026): establecimiento del proceso conjunto, incluida la constitución del equipo de tareas conjunto y la secretaría, la interacción con los Consejos correspondientes y la localización y la síntesis iniciales de la información existente.
- ii) **Fase II** - Mapeo y opciones (agosto-octubre de 2026): desarrollo de las primeras opciones para los tres objetivos, lo que culminará en el informe provisional conjunto de los

Consejos, que tendrá en cuenta las decisiones pertinentes de la Iniciativa ONU80⁵ y las conclusiones de los procesos nuevos o en curso, incluidos el Panel de Alto Nivel de la iniciativa Accra Reset sobre la reforma de la arquitectura mundial de salud y la gobernanza y el estudio de la Red de Desempeño Multilateral (MOPAN) sobre mandatos institucionales.⁶

iii) **Fase III** - Examen por el Consejo (noviembre de 2026-febrero de 2027): examen por parte de los órganos deliberantes pertinentes de las opciones y las recomendaciones dimanantes del informe provisional conjunto de los Consejos, con la participación de las partes interesadas.

iv) **Fase IV** - Finalización (marzo-mayo de 2027): consolidación de las recomendaciones revisadas, lo que culminará en un informe final para su consideración por los órganos deliberantes pertinentes y, posteriormente, por la Asamblea de la Salud.

19. El informe final incluirá propuestas de disposiciones para la coordinación, el seguimiento y la evaluación de la ejecución de la hoja de ruta, así como para apoyar reformas adicionales, tras la 80.^a Asamblea Mundial de la Salud.

20. En la figura (apéndice) se presentan los plazos indicativos, los principales entregables y las actividades de cada fase.

Implicaciones en materia de recursos

21. El proceso está concebido para ser eficiente desde el punto de vista de los recursos, utilizando tanto como sea posible los análisis, las plataformas y los procesos existentes y apoyándose en modalidades híbridas para facilitar la participación. Se necesitarán recursos específicos para la secretaría del equipo de tareas conjunto, las actividades de análisis y las consultas, y para apoyar la participación de los principales grupos de partes interesadas que, de otro modo, no podrían participar.

Gestión de riesgos

22. Los riesgos principales asociados al proceso conjunto incluyen una participación desigual de los países y las partes interesadas, en especial de las procedentes de entornos de ingreso bajo y mediano, la sociedad civil y las poblaciones afectadas; una participación limitada de las iniciativas y los organismos del ámbito de la salud mundial como consecuencia de prioridades contrapuestas; limitaciones desde el punto de vista de los recursos que afectarán al compromiso sostenido, y trastornos derivados de grandes sucesos humanitarios o de salud mundial. Estos riesgos se mitigarán mediante actividades proactivas de divulgación, apoyo, especialmente para países de ingreso bajo y mediano, que incluirán un diseño, una secuenciación y una gestión cuidadosos de los procesos del equipo de tareas, y una interacción temprana y proactiva con las iniciativas de salud mundial. Cuando proceda, los foros regionales servirán para promover una participación inclusiva y la continuidad.

23. Las medidas adecuadas para determinar y gestionar posibles **conflictos de intereses** incluirán medidas de transparencia respecto de las funciones y los intereses institucionales, una delimitación clara entre las responsabilidades de análisis y de toma de decisiones, y la adhesión a las políticas aplicables, incluido el Marco para la Colaboración con Agentes No Estatales.

⁵ En particular las relativas a la salud en las esferas de: la prestación de conocimientos especializados y experiencias a demanda, el pacto humanitario, la reconfiguración de los equipos de las Naciones Unidas en los países, el reinicio regional y las fusiones e integraciones pertinentes.

⁶ [MOPAN Insights on Multilateral Effectiveness in Global Health](#) (consultado el 5 de mayo de 2026).

Apéndice

Figura. Proceso conjunto sobre la reforma de la arquitectura mundial de la salud – cronogramas indicativos, entregables y actividades en cada fase


